

**EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN UN
CONTEXTO DE CRÍSIS ECONÓMICA
PRINCIPALES TENDENCIAS EN EUROPA**



Noviembre 2012



ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN.....	4
1.1. Objeto y metodología.....	5
1.2. Ámbito: medidas analizadas.....	6
1.3. Estructura.....	7
2. INTRODUCCIÓN: ¿CRISIS DEL SECTOR PÚBLICO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS?.....	10
2.1. La ayuda a domicilio en el marco de los cuidados de larga duración.....	10
2.2. Incremento de la demanda y del gasto en ayuda a domicilio.....	15
2.3. Incremento de las necesidades de la población atendida.....	22
2.4. Retos de los sistemas públicos de ayuda a domicilio.....	24
2.5. Reformas adoptadas en distintos países europeos en el sector de la ayuda a domicilio.....	26
3. MEDIDAS QUE PERMITEN LA CONTENCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN AYUDA A DOMICILIO.....	29
3.1. Medidas de contención de la demanda de ayuda a domicilio.....	32
3.1.1. Medidas de apoyo a la red informal de atención.....	32
3.1.1.1. Prestaciones económicas para personas cuidadoras informales.....	36
3.1.1.2. Valoración formal de las necesidades de la persona cuidadora informal.....	46
3.1.1.3. Servicios de apoyo para personas cuidadoras.....	49
3.1.2. Otras medidas de reducción de la demanda: visitas preventivas y recapacitación a domicilio.....	55
3.1.2.1. Visitas preventivas para personas mayores en Dinamarca.....	56
3.1.2.2. Servicios de recapacitación a domicilio en el Reino Unido.....	58
3.2. Medidas de reducción de la oferta del servicio.....	65
3.2.1. Restringir el acceso al servicio de ayuda a domicilio.....	65
3.2.1.1. Principales características de los sistemas de acceso a la ayuda a domicilio en algunos países europeos.....	66
3.2.1.2. Reformas dirigidas a endurecer los criterios de acceso al servicio de ayuda a domicilio.....	70
3.2.2. Reducción de la intensidad de atención.....	75
3.2.2.1. Límites a la intensidad máxima del servicio.....	75
3.2.2.2. Delimitación de las obligaciones de atención de los miembros del hogar.....	77
3.2.2.3. Restringir las prestaciones incluidas en el servicio de ayuda a domicilio.....	80
3.3. Medidas para disminuir el coste unitario del servicio.....	82
3.3.1. Prestaciones económicas como medida de contención del gasto.....	82
3.3.2. Medidas para incrementar la competencia entre las entidades prestadoras del servicio de ayuda a domicilio.....	85
3.3.3. Apertura del mercado a profesionales con menor cualificación.....	89
4. MEDIDAS DIRIGIDAS A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	94
4.1. Garantía de la seguridad y del bienestar de las personas usuarias.....	96
4.1.1. Mecanismos de control de la calidad de los servicios.....	96
4.1.1.1. Regulación de los requisitos de funcionamiento de los servicios de ayuda a domicilio.....	96
4.1.1.2. Estándares de capacitación profesional y programas de formación.....	99
4.1.1.3. Evaluación global de la calidad de la atención.....	103
4.1.2. Medidas de supervisión directa de la atención prestada en el domicilio.....	104
4.1.2.1. Visitas y entrevistas de seguimiento.....	105
4.1.2.2. Valoración periódica de la situación de la persona atendida.....	106

4.2.	Adecuación de los servicios a las preferencias individuales.....	108
4.2.1.	Elección del proveedor del servicio mediante la apertura al mercado privado	110
4.2.2.	El empoderamiento de la persona usuaria a través de fórmulas de asignación económica individual	114
4.2.3.	Servicios de asesoramiento y apoyo a la persona usuaria para la planificación de la atención.	124
5.	IMPACTO DE LAS TENDENCIAS Y DE LAS REFORMAS INTRODUCIDAS EN LA AYUDA A DOMICILIO.....	128
5.1.	Impacto de las reformas en las personas y en las relaciones de cuidado	129
5.1.1.	Impacto en las personas usuarias del servicio.....	129
5.1.2.	Impacto en las personas cuidadoras informales	132
5.1.3.	Impacto para las personas profesionales de los servicios.....	137
5.2.	Impacto de las reformas en el modelo de atención	139
5.2.1.	¿Hacia una re-familiarización de la atención?: impacto de las reformas en términos de género.....	141
5.2.2.	¿Se está socavando la universalidad del sistema?.....	145
5.2.3.	¿Derechos individuales o familiares?.....	147
6.	PROPUESTAS ORIENTADAS A ADAPTAR LOS SERVICIOS DE LA CAPV	149
	Bibliografía.....	157

1. PRESENTACIÓN

Los servicios de ayuda a domicilio han constituido, durante décadas, el principal apoyo público ofrecido a las personas con limitaciones en su autonomía para permanecer en su entorno. Ese protagonismo se ha visto amenazado en los últimos años, ante la creciente demanda —que se espera siga creciendo empujada por factores como el envejecimiento de la población y la reducción de la capacidad de la red informal de atención— y las dificultades de financiación que empiezan a observarse y que han llevado, desde algunas ópticas, a cuestionar su sostenibilidad financiera en el medio e incluso en el corto plazo. En este contexto, muchos países europeos han optado por reformar la regulación del servicio y la forma de prestarlo.

Estas reformas, que han adoptado formas distintas en cada país, en función de sus especificidades sociales y culturales, y del modelo de Estado de Bienestar en el que se insertan, han tenido unos objetivos relativamente comunes: en primer lugar, proporcionar servicios de ayuda a domicilio de calidad, que respondan a necesidades cada vez más complejas de forma individualizada; en segundo lugar, promover la eficiencia del servicio, mediante mecanismos de provisión que faciliten el control del gasto en ayuda a domicilio; en tercer lugar, promover la elección y la participación de las personas usuarias; y, finalmente, atraer y retener la fuerza laboral necesaria para cubrir la demanda de atención.

1.1. Objeto y metodología.

Este informe analiza las reformas y medidas adoptadas en distintos países europeos para conseguir y conciliar estos objetivos, así como los efectos que tienen para las personas atendidas y para sus cuidadoras y cuidadores informales.

Se basa en un análisis exhaustivo de la literatura especializada, completado con las aportaciones y aclaraciones ofrecidas por expertos internacionales contactados con esta finalidad. Con todo, es importante tener presente que la disponibilidad de documentación descriptiva de la situación en otros países condiciona enormemente el contenido de los análisis: no de todos los países es posible obtener el mismo tipo de información ni con el mismo nivel de detalle.

En la elaboración del informe, no se ha partido de una selección de países predeterminada atendiendo al modelo de bienestar al que se adscriben, sino que se ha optado por detectar tendencias, reformas y medidas aplicadas en Europa a lo largo de la última década y por centrar el análisis en dichas evoluciones fueran cuales fueran los países europeos en los que se observaran. Esta fórmula presenta la ventaja obvia de permitir una selección más amplia de tendencias, en la medida en que amplía el ámbito geográfico objeto de estudio, y de centrar el análisis únicamente en el tipo de medidas que interesen; también permite aprovechar la información disponible sobre una determinada tendencia, aunque la misma sólo se observe en un país concreto, conscientes de que ello no significa necesariamente que no existan ejemplos igual de significativos en otros países.

Junto con estas ventajas, esta opción metodológica presenta también un inconveniente y es que no permite analizar cada una de las medidas detectadas en el contexto específico del sistema en el que se insertan, lo cual puede forzar determinadas interpretaciones, ya que las opciones de unos y otros países vienen muy condicionadas por el marco político-administrativo que las establece o promueve, pero también en la cultura y en la tradición de protección social que las antecede y en las corrientes y movimientos sociales que las generan y dinamizan. Si a pesar de ello se ha optado por la primera fórmula es porque el equipo de estudio disponía ya de descripciones pormenorizadas recientes de los principales sistemas de protección europeos, que había elaborado, en los dos últimos años, en el marco de otros informes centrados en una temática muy directamente relacionada con la que aquí se trata: “Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia”, elaborado a petición de la Diputación Foral de Gipuzkoa en el año 2011, y el informe

sobre “Instrumentos de acceso y de determinación de la intensidad para los servicios de ayuda a domicilio de la CAPV, elaborado, en ese mismo año, para Eudel, en el que se incluía una comparativa europea de los sistemas de acceso a los servicios de ayuda a domicilio. Esta disponibilidad permitía conjugar la flexibilidad de la primera fórmula de análisis al amparo de la seguridad ofrecida por las descripciones detalladas, combinando así las ventajas de ambas modalidades.

1.2. **Ámbito: medidas analizadas.**

Por lo que se refiere a las medidas incluidas en el análisis, conviene señalar que no se limitan a aquellas que afectan directamente al servicio de ayuda a domicilio, sino que se incluyen otras que pueden inscribirse en una política más amplia de atención comunitaria (“*ageing in place*”). Estas medidas se incluyen porque, aunque indirecto, sí tienen un impacto en el servicio, en tanto que modifican el entramado de servicios y prestaciones en los que se inscribe la atención domiciliaria, modificando, en consecuencia, el propio servicio. Así, por ejemplo, aunque la introducción de servicios de apoyo para personas cuidadoras informales no puede considerarse una medida directamente relacionada con la ayuda a domicilio, sí tiene un impacto en el servicio, en la medida en que puede estar orientada a conseguir una reducción de la demanda futura del mismo. En este sentido, la inclusión de este tipo de medidas indirectas completa la visión que se obtendría de un análisis restringido de las medidas aplicadas específicamente en el ámbito de la ayuda a domicilio. Con todo, esta ampliación se limita necesariamente a las medidas que se enmarcan en los sistemas de cuidados de larga duración, quedando al margen otras políticas y reformas, como en particular algunas políticas de empleo y de familia –las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar, o las de regularización de personas inmigrantes– que afectan indirectamente al servicio de ayuda a domicilio o al contexto en el que se presta.

Es cierto, por otra parte, que al realizar el análisis de las medidas no siempre es fácil deslindar las medidas específicamente orientadas al servicio de ayuda a domicilio de aquellas otras que se orientan al sistema de atención considerado en su globalidad. Es más, el estudio de las reformas aplicadas hace entrever que, de algún modo, las medidas aplicadas al servicio de ayuda a domicilio no responden directamente a la necesidad de limitar el acceso a ese servicio sino a la necesidad de limitar el acceso al sistema de atención y, siendo el servicio de ayuda a domicilio el primer servicio formal de la cadena de atención es en él donde se concentran los frenos de acceso al sistema. A esto se añade el hecho de que es un servicio fácilmente modulable, lo que hace de él un muy buen candidato a ser utilizado como vía de recorte del gasto público: es más

sencillo introducir medidas de contención del gasto en el servicio de ayuda a domicilio (por ejemplo, limitando la intensidad), que en el ámbito residencial en el que los servicios ofrecen una atención integral y en el que existen fuertes costes estructurales.

Existe también, por último, una dificultad de diferenciación entre las medidas específicamente orientadas al servicio de ayuda a domicilio, como servicio de atención prestado en especie, y las que se aplican a las prestaciones económicas para la adquisición de atención que han proliferado por buena parte de los países europeos y que no sólo se destinan a la financiación de servicios domiciliarios.

A pesar de estas dificultades, difícilmente salvables habida cuenta de la diversidad y de la complejidad de los sistemas europeos nacionales, se ha tratado de ofrecer una descripción clara y sintética del conjunto de medidas que, de forma directa o indirecta, pueden tener un impacto en el presente y en el futuro de la ayuda a domicilio.

1.3. Estructura.

El informe adopta una estructura que pretende ayudar a centrar la atención en el potencial de las diferentes reformas en relación con dos tipos de resultados básicos deseados: por un lado, la contención o incluso la reducción del gasto público en servicios domiciliarios; por otro, la garantía de la calidad de la atención ofrecida en el domicilio. En base a ellos, el informe se estructura en dos grandes capítulos:

- Capítulo I: Medidas susceptibles de contener el gasto público.
 - Medidas de contención de la demanda.
 - Medidas de reducción de la oferta.
 - Medidas de disminución del coste unitario del servicio.
- Capítulo II: Medidas susceptibles de mejorar la calidad de la atención.
 - Medidas para garantizar la seguridad y el bienestar de las personas usuarias.
 - Medidas para adecuar la atención a las preferencias individuales.

Si se opta por estos criterios de clasificación es porque, en un contexto de crisis económica como el actual, interesa destacar las posibilidades que presentan las diversas medidas para compatibilizar dos resultados que suelen presentarse como difícilmente conciliables. El informe no trata, por lo tanto, de ordenar las medidas en función del objetivo principal que cada

país persigue con su introducción, sino de ordenarlas en función de su potencial para generar unos determinados resultados que son de gran trascendencia en el momento actual y se ajustan mejor al propósito del informe, a saber, identificar medidas y reformas susceptibles de introducirse en los servicios de ayuda a domicilio de la Comunidad Autónoma del País Vasco, para hacer frente a su actual situación de crisis en la que se encuentra sumido. En otros términos, las medidas agrupadas en el Capítulo sobre medidas con un impacto en la contención del gasto público no fueron necesariamente ideadas con ese objetivo en todos los países que las aplican pero son susceptibles de llevar a ese resultado.

Al leer el informe, conviene tener muy presente que los criterios adoptados son sólo criterios de ordenación de una realidad muy diversa y que, como tales, presentan el riesgo de ofrecer una interpretación forzada, algo simplificada, de sistemas de atención complejos sometidos a evoluciones también complejas:

- Así, hay que recordar que una misma medida o reforma puede, en distintos países y contextos, servir distintos propósitos y, al contrario, un mismo objetivo puede alcanzarse mediante instrumentos diversos; por ejemplo, el objetivo de contener el gasto destinado a la ayuda a domicilio puede conseguirse limitando las prestaciones incluidas en el servicio o restringiendo el acceso al mismo, pero también mediante medidas para reforzar o promover la atención informal. De igual manera, la introducción de prestaciones económicas como alternativa a los servicios suele tener como objetivo incrementar la capacidad de elección de la persona usuaria aunque, en algunos países, también puede utilizarse como medida de contención del gasto público (en la medida en que las prestaciones suelen tener una cuantía inferior al coste del servicio).
- También ocurre, y es frecuente que así sea, que un país introduzca una medida con múltiples objetivos, objetivos que, además, pueden ser principales o complementarios, directos o indirectos. De ahí, que a veces pueda observarse una fuerte interrelación entre diversos objetivos y que, en ocasiones, resulte difícil deslindarlos.

Esta complejidad debe tenerse muy presente porque determina que una misma medida requiera ser tratada en distintos apartados del informe.

El documento se cierra con un último apartado en el que se analizan las consecuencias que han tenido las reformas descritas en la manera en que las personas mayores y las personas con discapacidad reciben apoyo en sus domicilios, las implicaciones que han tenido en términos del

modelo de atención y las lecciones que se pueden extraer de la experiencia internacional para los servicios de ayuda a domicilio que se prestan en Euskadi.

2. INTRODUCCIÓN: ¿CRISIS DEL SECTOR PÚBLICO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS?

2.1. La ayuda a domicilio en el marco de los cuidados de larga duración

Los servicios de ayuda a domicilio tienen una larga tradición –ya en 1892 se creaba en Frankfurt la primera Asociación de Asistencia Domiciliaria– aunque su verdadero desarrollo se da a partir de la década de los años 60, cuando se empiezan a configurar, en el marco de los distintos Estados de Bienestar, políticas dirigidas a cubrir las necesidades de las personas que –ya sea por alguna enfermedad o discapacidad– precisan cuidados continuados. En esa primera etapa de su desarrollo, los servicios de ayuda a domicilio se dirigen generalmente a personas con un nivel de autonomía relativamente elevado que requieren un apoyo de poca intensidad para poder permanecer en su entorno habitual (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011). En ese sentido, los servicios de ayuda a domicilio proporcionan fundamentalmente atención de carácter doméstico, y una atención personal básica.

A partir de la década de los 70, surge el debate sobre atención comunitaria y toma fuerza el movimiento de desinstitucionalización, lo que lleva a aquellos países con tasas de atención residencial más elevadas –como los países nórdicos, el Reino Unido y Holanda– a plantearse la posibilidad de atender a más personas a través de los servicios de ayuda a domicilio. Los servicios domiciliarios tenían, para los gestores públicos, dos ventajas fundamentales frente a la alternativa residencial: en primer lugar, estaban más en la línea de las preferencias de las personas mayores y de las personas con discapacidad –que deseaban ser atendidas en su entorno–,

lo que, por otra parte, otorga a estos servicios el atractivo añadido de la rentabilidad política (Saizarbitoria, R., 1984); en segundo lugar, se preveía que la atención en el domicilio sería menos costosa que la residencial. En los años 80, el potencial de los servicios de ayuda a domicilio como medida de control del gasto en cuidados de larga duración se convirtió en una de las cuestiones centrales del debate sobre atención comunitaria en muchos países. No obstante, pronto se hizo evidente que la mera sustitución de plazas residenciales por servicios de ayuda a domicilio no era posible, debido a los cambios que se producían en la extensión y en la naturaleza de la demanda de servicios domiciliarios (Da Roit, B., 2012).

En efecto, una vez creada la oferta, los servicios de ayuda a domicilio atrajeron nueva demanda de personas que vivían en sus domicilios sin apoyo formal y que cumplían los requisitos de acceso a los nuevos servicios. De esta manera, personas que, a pesar de sus limitaciones para desenvolverse de forma autónoma, no hubieran demandado servicios residenciales, encontraron en los servicios de ayuda a domicilio una alternativa ciertamente atractiva, lo que en la mayoría de los países produjo un incremento –relativamente inesperado– de la demanda. Por otra parte, a partir de los años 90, se unen a lo anterior dos fenómenos que determinan que la demanda de los servicios de ayuda a domicilio no se limite a aquellas personas con unas necesidades de atención relativamente ligeras, sino que se extienda también a personas con necesidades más intensas, e incluso, en determinados casos, a personas con necesidades de apoyo generalizado:

- en primer lugar, el aumento de la esperanza de vida, y el consiguiente incremento de la población en domicilios que, por su avanzada edad, presenta un elevado grado de dependencia;
- en segundo lugar, la aceptación y la interiorización del principio de dar prioridad a la atención comunitaria –tanto por parte de las propias personas necesitadas de atención, como de los poderes públicos– que ha llevado a “retrasar” cada vez más el momento de la institucionalización.

Con respecto a esta última cuestión, es preciso reflexionar sobre hasta qué punto es posible continuar retrasando el momento de la residencialización, ofreciendo una adecuada cobertura de las necesidades y una atención de calidad, y garantizando, al mismo tiempo, la sostenibilidad económica del Sistema. En efecto, en el ámbito internacional se ha comprobado que proporcionar la intensidad de atención necesaria para mantener en el domicilio a personas con niveles de dependencia muy elevados únicamente mediante la provisión de servicios formales es cla-

ramente insostenible; de hecho, cuando, en los años 80, se apelaba a la atención en el domicilio como una alternativa más barata que la residencial¹, uno de los argumentos utilizados era, precisamente, el de asumir que parte de las necesidades de atención serían cubiertas por la red informal. Actualmente, de hecho, el objetivo de la permanencia en el domicilio el mayor tiempo posible se está consiguiendo principalmente a costa de la dedicación de la red informal y, en muchos países, recurriendo al mercado de trabajo irregular, para conseguir una atención intensiva a un coste asumible. Las principales consecuencias que está teniendo esta situación son:

- En primer lugar, se está imponiendo una carga excesiva a las familias, especialmente a las mujeres, lo que tiene impacto en términos de empleo femenino y de igualdad de oportunidades para las mujeres y los hombres.
- En segundo lugar, se está fomentando un mercado de trabajo irregular, en el que se ofrecen condiciones laborales y salariales muy precarias.
- En tercer lugar, no existen garantías en cuanto a la calidad de la atención que están recibiendo muchas de las personas dependientes que viven en la comunidad.

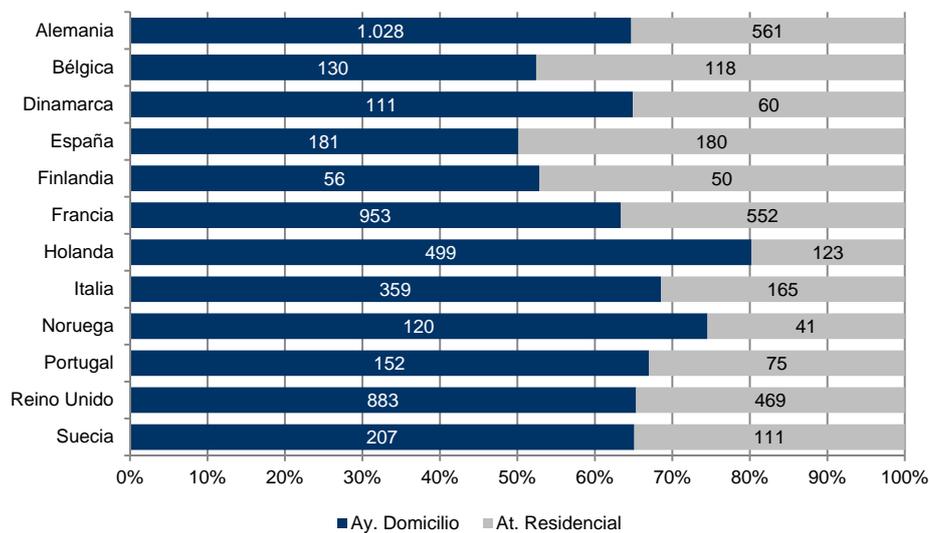
En un contexto como este, parece necesario reconsiderar el papel de la atención domiciliaria dentro del sistema y en relación con otras formas de atención comunitaria como pueden ser los alojamientos de baja intensidad o los centros residenciales. Al realizar esta reflexión conviene tener presente que las alternativas de alojamiento en la comunidad son y deben ser una opción positiva para algunas personas y deben ser promovidas, junto con un servicio de ayuda a domicilio de calidad, para poder hacer frente al reto de la atención en la comunidad.

Al margen de estas consideraciones sobre el futuro de la atención domiciliaria, la realidad es que los servicios de ayuda a domicilio han adquirido un papel muy relevante en el marco de los cuidados de larga duración. En la mayoría de los países de Europa más de dos tercios de las personas que requieren apoyo para las actividades de la vida diaria reciben dicha ayuda en el

¹ En la década de los años 80, los argumentos relacionados con la eficiencia económica de los servicios comunitarios frente a las alternativas institucionales tuvieron un gran peso en la adopción de políticas de corte comunitario –especialmente en países como el Reino Unido, más proclives a consideraciones económicas– aunque, ya en aquel momento, existían voces críticas que advertían de la escasez de datos empíricos que demostrasen –fuera de toda duda– el carácter coste-efectivo de estos servicios; es el caso, por ejemplo, del economista Martin Knapp, cuyo artículo “Searching for efficiency in long-term care: de-institutionalisation and privatisation”, publicado, en 1988, en la revista *British Journal of Social Work*, señala precisamente esta falta de fundamentación empírica de los argumentos expuestos. Evaluaciones económicas posteriores han demostrado que la relación coste-efectividad de los servicios comunitarios frente a los residenciales depende, en realidad, del grado de dependencia de las personas atendidas, de manera que, a partir de determinado grado de dependencia –que variará en función del país del que se trate– la atención en el domicilio resulta igual de costosa o más que la atención en residencias (Hughes, J. y D. Challis, 2004; Williams, A.P., et al., 2009; Kuluski, K. et al., 2012).

domicilio, e incluso en aquellos países en los que, como en España o en Bélgica, la atención residencial es más común, en torno a la mitad de las personas que requieren apoyo para vivir de forma autónoma son atendidas en su hogar.

Gráfico 1. Distribución de las personas usuarias de cuidados de larga duración en el domicilio y en instituciones en algunos países europeos en 2007 (miles).



Fuente: Adaptado de: Comisión Europea. *2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Serie: European Economy, n° 2, Bruselas: European Commission, 2009, página 158.

La importancia de la atención domiciliaria en el sistema de cuidados de larga duración también se hace evidente en la proporción del gasto público que se le dedica, que oscila, dependiendo del país, entre una quinta parte y las tres cuartas partes del gasto total en servicios para personas dependientes (ver *Tabla 1*). La tabla también pone de manifiesto el peso que han adquirido las prestaciones económicas y los fondos personales para la adquisición de atención en algunos países como Italia, donde estas fórmulas de asignación económica individual representan más del 40% del gasto total en cuidados de larga duración, o en Inglaterra, Alemania y Francia, donde suponen entre una cuarta parte y un tercio del gasto total.

Tabla 1. Gasto público en cuidados de larga duración en algunos países europeos (año más reciente entre 2004 y 2008 para el que se dispone de datos).

	Gasto total (% del PIB)	Instituciones (% del gasto total)	Ay, Domicilio (% del gasto total)	Prestaciones económicas (% del gasto total)
Alemania	0,9	57,7	17,8	24,4
Austria	1,3	43		57,3
Bélgica	1,5	72		27,9
Dinamarca ⁽¹⁾	2,7	27	73,3	0,0
Irlanda ⁽²⁾	0,6	60	40,4	19,6
España ⁽³⁾	0,3	59,0	27,0	13,9
Finlandia	1,0	48,3	45,0	6,7
Francia ⁽²⁾	0,9	57,4	42,6	20,7
Holanda	3,6			
Inglaterra	1,2	47,4	24,2	28,5
Italia	1,7	26,2	31,7	42,1
Luxemburgo ⁽²⁾	1,3	67,2	32,8	2,1
Noruega	2,3	50,2	41,9	7,9
Suecia	3,9	58,7	38,1	3,3
Suiza	0,9	80,4		19,6

Fuente: Adaptado de Huber, M. et al. (2009). "Expenditure and financing". En: *Facts and figures on long-term care. Europe and North America*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research, página 99.

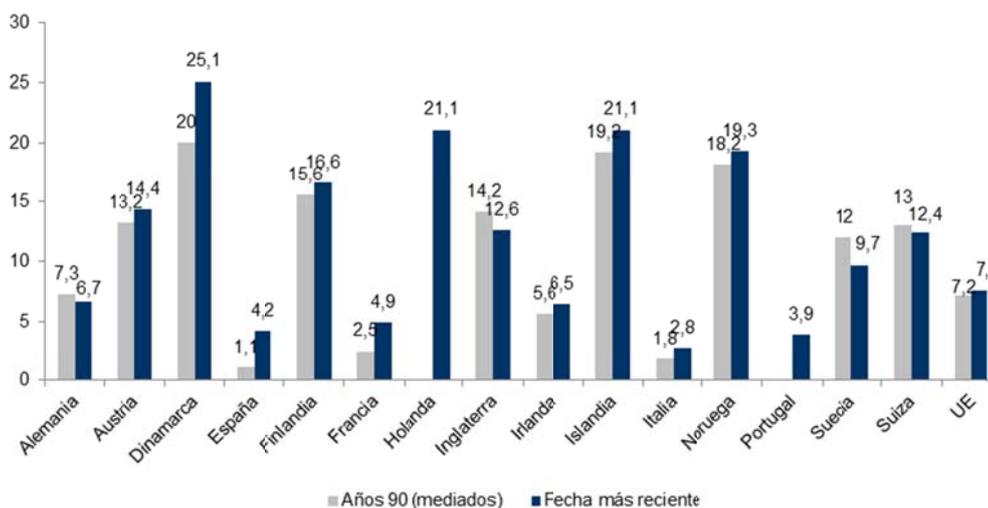
(1) En Dinamarca la atención personal que requieren las personas usuarias de alojamientos

(2) Debido a que los datos sobre servicios y prestaciones económicas provienen de fuentes distintas, sólo las columnas correspondientes a los servicios (instituciones y ayuda domiciliaria) suman el 100%.

(3) Los datos se refieren al año 2004 y por lo tanto, son anteriores a la LAPAD.

Cabe destacar, además, que, en la mayoría de los países europeos, la cobertura de los servicios de ayuda a domicilio ha tendido a crecer en las últimas décadas. En términos relativos, el incremento ha sido considerable en España (la cobertura se ha triplicado, prácticamente), en Francia (96% de incremento), en Italia (55%), en Dinamarca (25%) y en Irlanda (16%). En cambio, la cobertura ha descendido en algunos países como Alemania (8% de reducción), Inglaterra (11%) y Suecia (19%).

Gráfico 2. Evolución de la cobertura de los servicios de ayuda a domicilio en algunos países europeos entre mediados de los años noventa y la fecha más reciente para la que se dispone de datos. (tasas por 100 personas mayores).



Fuente: Adaptado de Huber, M. et al. (2009). "Beneficiaries of Formal Home Care". En: *Facts and figures on long-term care. Europe and North America*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research, página 72.

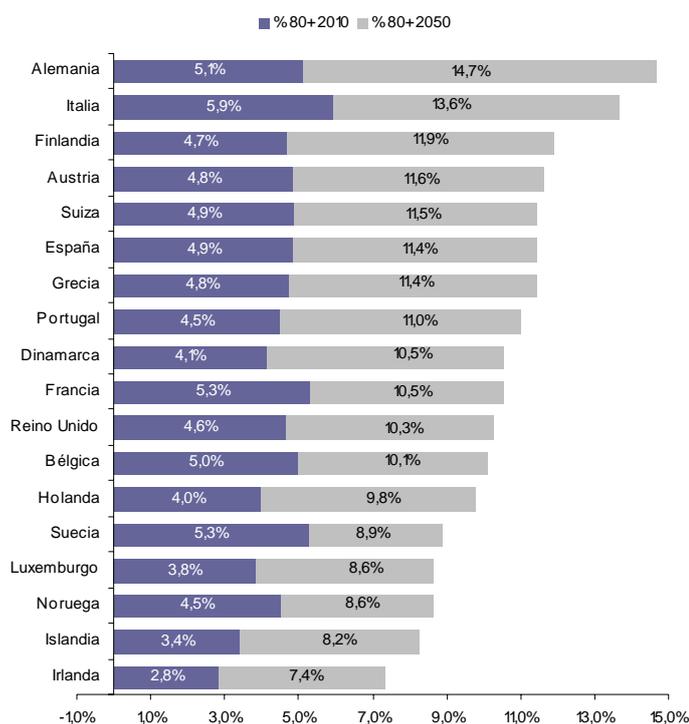
Fecha más reciente: Alemania (2006); Austria (2006); Dinamarca (2007); España (2006); Finlandia (2005); Francia (2007); Holanda (2006); Inglaterra (2006); Irlanda (2004); Islandia (2005); Italia (2004); Noruega (2007); Portugal (2007); Suecia (2007); Suiza (2006). Los datos para Francia incluyen sólo a los beneficiarios del APA (prestación estatal para personas dependientes), por lo que queda fuera la ayuda a domicilio de los Departamentos (administraciones locales); los datos para Italia incluyen únicamente los servicios en especie (*Assistenza Domiciliare Integrata*, ADI); los datos sobre Holanda se refieren a los servicios financiados por el seguro de dependencia a lo largo del año; los datos para España incluye sólo el SAD público para personas mayores.

2.2. Incremento de la demanda y del gasto en ayuda a domicilio

Tal y como se ha expuesto, factores demográficos –envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida y retraso de la morbilidad, fundamentalmente– y las propias políticas sociales han determinado que la demanda de servicios de ayuda a domicilio haya crecido considerablemente a partir de la década de los 80, centrándose, además, progresivamente, en una población con necesidades más complejas. Se espera, por otra parte, que la demanda siga creciendo en el futuro, debido fundamentalmente a tres factores (Colombo, F. et al., 2011):

- *El incremento de la población dependiente.* durante las próximas décadas, los países industrializados seguirán envejeciendo, lo que significa que el peso de las personas mayores de 80 años en la población llegará a niveles sin precedentes en la mayoría de los países europeos. De acuerdo con datos de la OCDE, en 2050, la población mayor de 80 años llegará a representar más del 10% de la población total en la mayoría de los países europeos, duplicando y, en algunos casos, triplicando la tasa actual.

Gráfico 3. Proporción de la población mayor de 80 años en algunos países europeos. 2010 y 2050.



Fuente: adaptado de Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 324 págs.

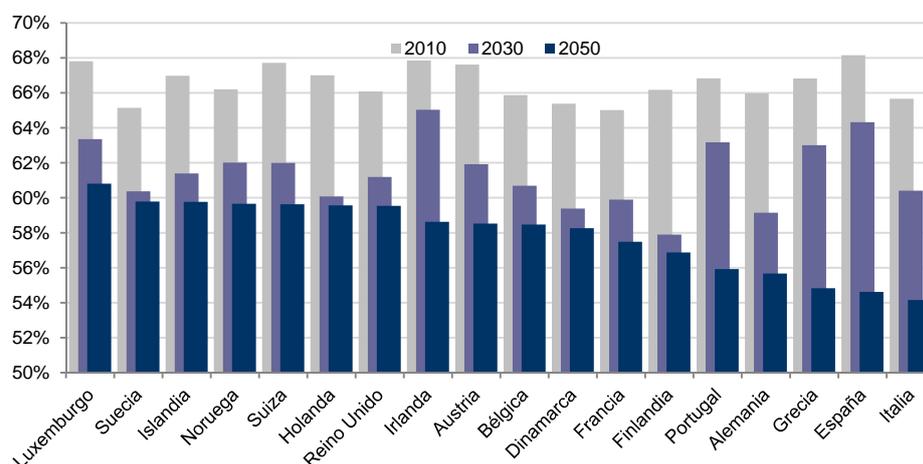
Aunque algunas fuentes señalan a una reducción en la prevalencia de la discapacidad en los últimos años, la mayoría de las previsiones realizadas hasta el momento coinciden en que el aumento del peso de las personas de más edad en la población tenderá a incrementar la demanda de cuidados de larga duración; la cuestión es cuánto se incrementará y en qué momento sucederá en cada país.

Por otra parte, la esperanza de vida de las personas que han nacido con una discapacidad se ha incrementado considerablemente como consecuencia de los avances médicos y la calidad de los cuidados que se les proporcionan, lo que también incrementará la demanda de atención en el futuro.

- *La disminución de la capacidad de la red informal de atención.* Al tiempo que las sociedades occidentales envejecen, la proporción de la población en edad de trabajar se reducirá considerablemente, especialmente en los países del sur de Europa (ver Gráfico 4), lo que tendrá un impacto negativo en el número de personas disponibles para proporcionar atención informal a las personas dependientes. Por otra parte, aunque se espe-

ra que la proporción de personas mayores de entre 65 y 79 años –que suelen ejercer como cuidadores/as– crezca ligeramente en ese periodo, este incremento no podrá compensar la reducción de la población en edad laboral.

Gráfico 4. Proporción de la población en edad activa (15 a 64 años) en distintos países europeos (%). 2010-2050.



Fuente: adaptado de Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 324 págs.

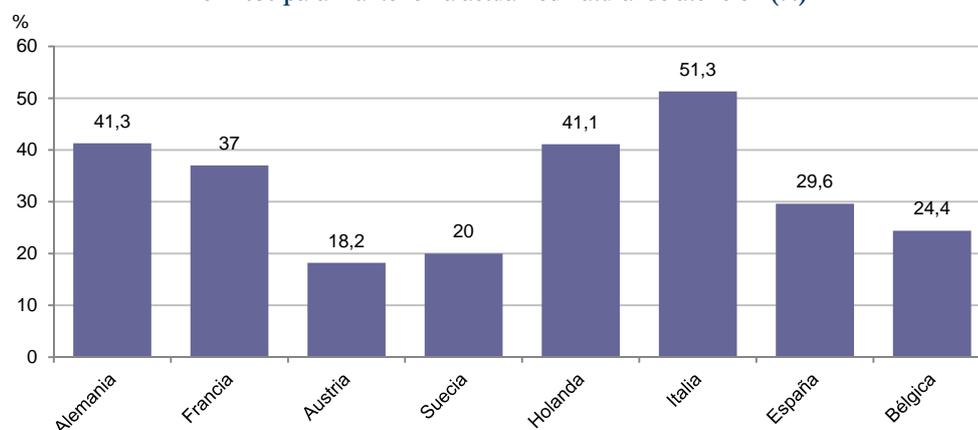
A esto se unen fenómenos sociales como la reducción del tamaño de las familias, el incremento de parejas sin hijos/as o la disminución del número de personas mayores que conviven con sus familias, lo que también tendrá un impacto negativo en la disponibilidad de cuidadores/as informales, especialmente de personas en edad laboral con posibilidad de ofrecer apoyo intensivo a sus padres. Las elevadas tasas de divorcio y la creciente participación de la mujer en el mercado laboral también incidirán negativamente en la futura capacidad de la red informal de atención.

Esta reducción en el número de personas disponibles para proporcionar atención informal a las personas dependientes puede verse parcialmente compensada por otros factores: por una parte, el aumento de la esperanza de vida –especialmente entre los hombres– incrementa la probabilidad de que las personas mayores vivan en pareja en el futuro y que, por lo tanto, dispongan de apoyo familiar. Por otra parte, se espera que, para 2030, disminuya la proporción de personas mayores que no tienen familia a causa del fallecimiento de todos sus descendientes. Ambos factores pueden contrarrestar en cierta medida la tendencia hacia la disminución de la atención informal a la que se ha aludido con anterioridad, aunque también determinan que pueda existir una

mayor proporción de hogares en los que ambos miembros de la pareja precisen apoyo para vivir de forma independiente.

Los datos disponibles indican que para mantener la actual ratio de cuidadores/as informales por cada persona dependiente o con dificultades para las actividades de la vida diaria, el número de personas cuidadoras tendría que incrementarse al menos en un 20 o un 30% en la mayoría de los países europeos, siendo necesarios incrementos mayores, de hasta un 40% o un 50%, en países como Holanda, Alemania o Italia.

Gráfico 5. Estimación del incremento del número de cuidadores/as informales que serán necesarios/as en 2050 para mantener la actual red natural de atención (%)



Nota: el dato se refiere al incremento del número de cuidadores/as informales que se requeriría en 2050 para mantener la actual ratio de cuidadores/as informales por persona dependiente.

Fuente: adaptado de Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OCDE Publishing, 324 págs.

- *Las expectativas sociales sobre los servicios públicos.* A medida que se avanza en el desarrollo económico y social, y se incrementa el nivel cultural de la población, se incrementan las expectativas de la ciudadanía con respecto a los servicios públicos. La ciudadanía no sólo espera que los estados le ofrezcan protección ante determinadas contingencias –como la dependencia– que antes recaían en el ámbito de la responsabilidad privada de las familias, sino que además cada vez demanda servicios de mayor calidad y que se adapten mejor a las circunstancias individuales. Ello incrementa la presión sobre las administraciones públicas, que deben atender no sólo a los aspectos cuantitativos de la futura demanda, sino también a sus aspectos más cualitativos, como son una mayor coordinación de los servicios entre sistemas y entre diferentes niveles de un mismo sistema, una mayor sensibilidad respecto a la necesidad de respetar la au-

tonomía de las personas usuarias, de tomar en consideración sus preferencias, y de promover alternativas de servicios que hagan efectiva la posibilidad de elección.

Aunque calcular el impacto de estos factores en la demanda y el coste de los cuidados de larga duración resulta ciertamente complejo, las estimaciones realizadas hasta el momento por la OCDE indican que, para 2050, el coste de la atención a personas dependientes podría al menos duplicarse –e incluso triplicarse en algunos países como España– como consecuencia, únicamente, de los factores demográficos (envejecimiento e incremento de las tasas de dependencia), incluso en un escenario en el que el incremento de la longevidad conllevara un retraso en la aparición de la dependencia (escenario de envejecimiento saludable). En escenarios alternativos en los que se tuvieran en cuenta probables cambios en la estructura de costes de los servicios o la reducción de la disponibilidad de atención informal, el gasto público medio para los países de la UE que pertenecen a la OCDE podría verse triplicado (ver

Tabla 2).

Interesa en particular el sexto escenario, dado que en él se estima el efecto que tendría sobre el gasto público el hecho de cubrir la demanda generada por la reducción de cuidadores/as informales mediante servicios de atención domiciliaria. Si se prevé una reducción anual del 1% en la proporción de personas que disponen de un cuidador o de una cuidadora informal hasta 2020, y se atiende a dicha población en servicios formales de ayuda a domicilio, el gasto público se duplica para 2050, si se considera el conjunto de los países de la Unión Europea que pertenecen a la OCDE, y prácticamente se triplica en España, siendo el país que, de hecho, mayor esfuerzo económico tendría que realizar para poner en marcha este tipo de política. Si se compara con el escenario demográfico puro –aquel en el que se considera sólo el impacto del envejecimiento de la población– la mayoría de los países de la Unión Europea requerirían incrementar el gasto público dedicado a los cuidados de larga duración entre un 5% y un 20%. En el caso de España, debido a que, en la actualidad, cuenta con una mayor proporción de personas dependientes que reciben únicamente atención informal, el gasto tendría que al menos duplicarse (incremento del 114%).

Tabla 2. Posibles escenarios para la estimación del gasto público dedicado a los Cuidados de Larga Duración (CLD) en distintos países europeos (como % del PIB). 2050.

	2050 (% del PIB)						
	Año base (2007)	Efecto de la dependencia		Cambios en la estructura de costes de los CLD		Reducción de la atención informal	
		Factores Demográficos Solo	Envejecimiento saludable	-1% del PIB por trabajador/a	+1% del PIB por trabajador/a	Todo SAD	Todo residencial
	(1)	(2) Escenario base	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Alemania ³	0,9	2,3	2,2	2,1	2,5	2,4	2,7
Austria	1,3	2,5	2,4	2,3	2,7	2,6	2,6
Bélgica	1,5	2,9	2,8	2,6	3,2	3,1	3,5
Dinamarca	1,7	3,4	3,2	3,1	3,7	3,7	3,4
España	0,5	1,4	1,3	1,3	1,5	1,4	3,0
Finlandia	1,8	4,2	4,2	3,8	4,7	4,5	5,3
Francia	1,4	2,2	2,1	1,9	2,5	2,3	2,6
Grecia	1,4	3,3	3,2	2,9	3,7	3,5	3,9
Holanda	3,4	8,2	7,7	7,5	9	8,4	9,2
Irlanda	0,8	1,8	1,8	1,6	2	1,9	2,2
Italia	1,7	2,9	2,8	2,6	3,2	3,3	3,9
Luxemburgo	1,4	3,1	3	2,8	3,4	3,3	3,8
Noruega	2,2	4,5	4,3	4,1	4,9	4,6	5,3
Portugal	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Suecia	3,5	5,5	5,3	5	6,1	5,8	6,3
Reino Unido	0,8	1,3	1,2	1,2	1,4	1,3	1,3
Media UE-OCDE(*)	1,3	2,4	2,3	2,2	2,7	2,5	2,9

Fuente: adaptado de Colombo, F. et al. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OCDE Publishing, 324 págs., 2011.

- (1) Gasto público en cuidados de larga duración como porcentaje del Producto Interior Bruto, en 2007. Base de comparación para los diversos escenarios de estimación.
- (2) Escenario en el que se estima el gasto público que será necesario realizar en 2050, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, únicamente. La demanda futura de servicios se estima utilizando las tasas de dependencia para el año de referencia (en este caso 2007). Es equivalente a asumir que el número de años de discapacidad se incrementará proporcionalmente al aumento de la esperanza de vida.
- (3) Escenario en el que se estima el gasto público que será necesario realizar en 2050, si se considera que el incremento de la longevidad conllevará un retraso de la morbilidad.
- (4) En el escenario base se adopta la hipótesis de que el coste de los cuidados de larga duración crecerá proporcionalmente al PIB por trabajador/a. En este cuarto escenario se prevé que dicho coste crezca un punto porcentual por debajo del PIB por trabajador/a durante los 10 primeros años de la estimación. Este escenario podría darse, por ejemplo, si la introducción de nuevas tecnologías supusiera incrementar la capacidad de atención a un menor coste.
- (5) En este escenario se calcula el efecto que tendría el hecho de que el coste de proporcionar cuidados de larga duración creciese a un menor ritmo que el salario medio en el mercado como resultado, por ejemplo, de una política de reducción de salarios en el sector. Este escenario es muy plausible si se considera que pueden existir dificultades para conseguir el número de trabajadores/as necesarios para cubrir la demanda de cuidados de larga duración en un contexto de compresión de la población activa.
- (6) En este escenario se estima el gasto público que sería necesario realizar en 2050, asumiendo que se producirá una reducción del %1 anual en el número de personas que cuentan con atención informal hasta 2020 y que todas esas personas recibirán apoyo formal domiciliario.
- (7) Este último escenario es una variante de la estimación anterior, en la que se asume que la reducción en el número de personas que reciben apoyo informal (que se estima en un 1% anual durante los diez primeros años de la estimación) se cubrirá en su totalidad mediante el acceso de estas personas a servicios residenciales.
- (*) La media incluye todos los países de la UE que forman parte de la OCDE. Algunos de ellos se han omitido de la tabla.

En resumen, aunque dependiendo de la fuente consultada existen distintas previsiones sobre el efecto que tendrán los fenómenos demográficos y sociales en la demanda de cuidados de larga duración, todas ellas coinciden en señalar que ésta va a crecer; la principal incertidumbre es

saber cuándo se producirá dicho incremento en cada país y qué magnitud tendrá. Por otra parte, dado que la atención en el propio domicilio es la opción preferida por la mayoría de las personas que requieren apoyo para las actividades de la vida diaria, y puesto que, en los países industrializados, existe consenso sobre la necesidad de promover la atención en el entorno comunitario, frente a la residencial, es de esperar que el incremento de la demanda afecte particularmente a los servicios de ayuda a domicilio.

2.3. Incremento de las necesidades de la población atendida

Tal y como se ha mencionado, en sus inicios, los servicios de ayuda a domicilio iban generalmente dirigidos a una población con necesidades relativamente ligeras –apoyo para las actividades instrumentales de la vida diaria, fundamentalmente– y su principal objetivo era prevenir el deterioro funcional de estas personas, retrasando en lo posible su institucionalización.

Desde la década de los años 80, el nivel de dependencia de la población mayor en domicilios ha ido incrementándose, por influencia de varios factores (Glendinning, C., 2002: 301; Merlis, M., 2000: 144-145; Pavolini, E. y C. Ranci., 2008: 249):

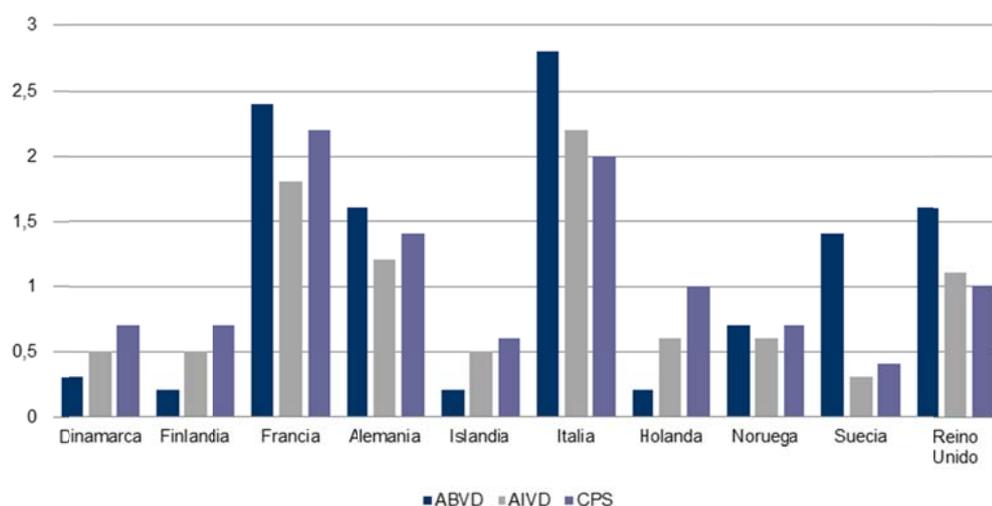
- Por una parte, por el incremento de la esperanza de vida y, como consecuencia de ello, del número de personas de edad muy avanzada, con elevado riesgo de dependencia.
- Relacionado con lo anterior, por los avances en tratamientos médicos, que han propiciado que determinadas enfermedades se hagan crónicas, con el consiguiente aumento de la población mayor en domicilios particulares que padece varias enfermedades crónicas.
- La reducción o contención del número de plazas residenciales como consecuencia de las políticas de desinstitucionalización y de priorización de la atención comunitaria ha supuesto concentrar los recursos residenciales en la población con mayores necesidades, dejando fuera a personas con niveles de dependencia relativamente elevados. Este fenómeno resultó especialmente significativo en países que, como Holanda o Suecia, tenían tasas de atención residencial particularmente elevadas con anterioridad a la aplicación de las políticas de promoción de la atención comunitaria.

- La aplicación, en algunos países como el Reino Unido, de medidas para controlar el gasto en sanidad; concretamente, medidas para reducir la duración de las estancias hospitalarias tras intervenciones quirúrgicas o episodios de enfermedad aguda, y medidas dirigidas a limitar las funciones de los servicios sanitarios a domicilio a los cuidados médicos y de enfermería estrictamente, dejando a los servicios sociales las tareas de cuidados personales que, anteriormente, habían sido parcialmente asumidos por aquellos. Este tipo de medidas han tenido el efecto de incrementar la gama de necesidades a atender desde los servicios de ayuda a domicilio.

Aunque numerosas investigaciones han constatado esta tendencia a la mayor complejidad de las necesidades de la población atendida desde los servicios de ayuda a domicilio europeos (Larsson, K., 2006, Glendinning, 2009), hay muy pocos datos comparativos sobre las características de las personas usuarias del servicio en distintos países. A principios de 2000, la Comisión Europea financió un proyecto de investigación conocido con el nombre de “*The Aged in Home Care Project*” (ADHOC), precisamente para llenar este vacío y conocer las características de las personas que reciben atención a domicilio en Europa. Los investigadores de los 11 países que participaron en el proyecto aplicaron la herramienta RAI-HC, que permite recopilar gran cantidad de información acerca del estado de salud y de las necesidades sociales de las personas valoradas, a una muestra de personas usuarias de los servicios de ayuda a domicilio en su país. En total 4.500 personas mayores usuarias del servicio fueron valoradas en los 11 países participantes.

De acuerdo con los datos de este estudio, los niveles de dependencia de las personas usuarias de los servicios de ayuda a domicilio son relativamente elevados en Francia, Italia y, en menor medida, en Alemania y en el Reino Unido, mientras que son mucho más reducidos en los países nórdicos. En Italia, la puntuación media de las personas usuarias del servicio en la escala del instrumento RAI que mide las dificultades en las actividades básicas de la vida diaria es de 2,8 puntos (de un máximo de 7 puntos, que indicaría una dependencia total) y en Francia el promedio está en 2,4 puntos, mientras que en Dinamarca, Finlandia u Holanda, dicha media oscila entre 0,2 y 0,3 puntos (apenas necesitan supervisión para las actividades básicas de la vida diaria). Esto refleja, probablemente, la provisión más generosa de servicios a domicilio en los países del norte de Europa aunque, como se verá más adelante, en esos países también, la cobertura de los servicios formales se ha reducido notablemente desde mediados de los años 90.

Gráfico 6. Dificultades para las actividades de la vida diaria y capacidad cognitiva de las personas mayores usuarias del servicio de ayuda a domicilio en algunos países europeos. 2002.



Carpenter, I. et al. (2004). "Community care in Europe: the Aged in Home Care Project (AdHOC). *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 16, nº 4, págs. 259-269.

Nota: ABVD: puntuación media en la escala de actividades básicas de la vida diaria del RAI (máximo 7 puntos); AIVD: puntuación media en la escala de actividades instrumentales de la vida diaria del RAI (máximo 4 puntos); CPS: capacidad cognitiva medida con la *Cognitive Performance Scale* del RAI (máximo 7 puntos)

2.4. Retos de los sistemas públicos de ayuda a domicilio

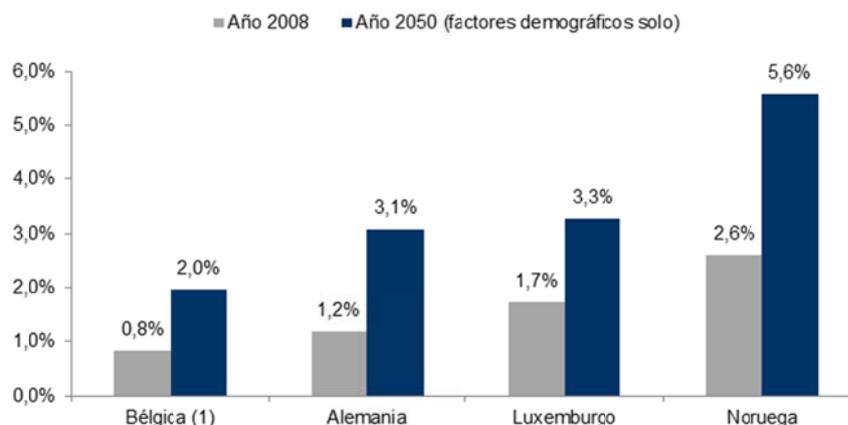
Las tendencias descritas –tanto el previsible incremento de la demanda y del gasto asociado a los servicios de ayuda a domicilio, como la diversificación y la mayor complejidad de las necesidades a atender desde los mismos– conllevan algunos retos importantes para las administraciones públicas responsables de prestar el servicio.

- Por una parte, las previsiones sobre la evolución del gasto han creado cierta preocupación por la sostenibilidad económica del servicio, y de los Sistemas de Bienestar en general. Tal y como se ha mencionado, las previsiones realizadas hasta el momento indican que, de no producirse cambios en el modelo de atención, y en el más optimista de los escenarios, el gasto público en servicios para personas dependientes tendría al menos que duplicarse en las próximas décadas. Este ritmo de crecimiento se considera difícil de sostener a largo plazo, ya que, de no existir cambios en los mecanismos actuales de financiación de los sistemas públicos de protección social, se espera que la recaudación o las contribuciones que los sufragan crezcan a un ritmo menor que los gastos. En este escenario, parte del coste de la atención que precisan las personas con

limitaciones en su autonomía podría transferirse a las familias –para las que ya supone un coste difícil de asumir²–, ya sea exigiéndoles una mayor participación en el cuidado informal de las personas dependientes, ya sea incrementando el copago por los servicios. El reto para los sistemas públicos de bienestar social consiste, pues, en proporcionar una protección justa contra el riesgo que supone la dependencia, asegurando, al mismo tiempo, su sostenibilidad financiera para el futuro.

- Por otra parte, el incremento de la demanda de atención domiciliaria también tiene implicaciones en términos de empleo. De acuerdo con las estimaciones realizadas, mantener la actual ratio de cuidadores/as profesionales por persona dependiente en 2050 exigiría al menos duplicar el número de personas contratadas en el sector, debido simplemente al incremento de la población con dependencia (ver Gráfico 7). Si se tiene en cuenta que, dado el previsible debilitamiento de la red informal, muchas personas que actualmente son atendidas por personas allegadas podrían requerir atención formal en el futuro, el incremento de personal necesario sería mucho mayor.

Gráfico 7. Proporción de la población ocupada empleada en el sector de CLD. 2008 y 2050 (%).



Fuente: adaptado de Colombo, F. et al. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OCDE Publishing, 324 págs., 2011.

(1) Recoge sólo el personal de enfermería y de cuidados personales que trabaja en servicios residenciales.

DPE: Dedicación Plena Equivalente

Cubrir esta demanda de personal puede resultar problemático debido a las características del propio empleo y a las condiciones laborales que se ofrecen en el sector. En efecto, los empleos relacionados con el cuidado de personas dependientes son frecuentemente trabajos poco valorados y mal pagados, lo que dificulta la contratación y

² De acuerdo con datos del Eurobarómetro especial sobre pobreza y exclusión social publicado en 2010, el 45% de la población de la Unión Europea considera que no puede hacer frente al coste de los servicios de larga duración. Comisión Europea. *Second Biennial Report on Social Services of General Interest*. Bruselas: Comisión Europea, 2010.

retención del personal en los servicios. Atraer la fuerza laboral necesaria para cubrir las necesidades de atención será, en este sentido, otro de los principales retos de los sistemas públicos de ayuda a domicilio en las próximas décadas.

- En tercer lugar, los cambios que se han producido en las características de la población atendida –el incremento de las personas con un elevado grado de dependencia y con necesidades socio-sanitarias complejas, fundamentalmente– también suponen un reto para la gestión del servicio. Atender a las necesidades de esta población desde el domicilio significa ampliar y diversificar las prestaciones que se ofrecen, incrementar la intensidad de atención y la frecuencia de las visitas, coordinarse con otros agentes (generalmente del ámbito sanitario) que intervienen en el cuidado de la persona, etc., y todo ello supone un reto para quienes gestionan el servicio.

- Por último, aunque no menos importante, las expectativas de la población en cuanto a la responsabilidad que deben tener los poderes públicos a la hora de asumir la protección contra el riesgo de enfermedad y dependencia se han incrementado sustancialmente en las últimas décadas, a la par que han crecido sus exigencias respecto al nivel de calidad que deben alcanzar los servicios prestados y respecto al papel que se debe otorgar a las personas usuarias en la definición de sus necesidades de atención y de la mejor manera de cubrirlas. Dar respuesta a estas expectativas de la población requerirá implantar sistemas para garantizar la calidad de la atención prestada y diseñar nuevas vías para incrementar el grado de elección y de autodeterminación de las personas usuarias. Todo ello, como ya se ha dicho, en un contexto de creciente presión financiera.

2.5. Reformas adoptadas en distintos países europeos en el sector de la ayuda a domicilio

La mayoría de los países occidentales se enfrentan, pues, a una serie de retos comunes en el ámbito de los cuidados de larga duración y de los servicios domiciliarios. La necesidad de cubrir una creciente demanda de atención –tanto en términos del volumen de personas a atender, como del tipo de necesidades a las que se debe dar respuesta– y de contener, al mismo tiempo, el gasto público destinado a estos servicios, es decir, la necesidad de incrementar la eficiencia del servicio, ha determinado que la respuesta a estos retos por parte de las administraciones competentes haya sido bastante homogénea en países de muy diverso signo político

y con modelos de bienestar relativamente diferentes. Esto ha llevado a determinados expertos a postular la existencia de una convergencia de los regímenes o modelos de atención (Degrave, F. y M. Nyssen (eds.), 2012; Da Roit, B., 2010; Doyle, M y V. Timonen, 2007). De acuerdo con estos autores, serían indicativos de un proceso de convergencia los siguientes desarrollos que han tenido lugar en el ámbito de los cuidados de larga duración en general y de los servicios de ayuda a domicilio en particular:

- La introducción, en la mayoría de los países, de fórmulas de asignación económica individual como alternativa a la prestación de servicios en especie.
- La separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios, por la vía de la Nueva Gestión Pública (*New Public Management*), y la consiguiente proliferación de entidades privadas proveedoras de servicios en el ámbito de la ayuda a domicilio.
- Un renovado interés por la red de atención informal y por programas y servicios que puedan ayudar a su mantenimiento.
- La adopción de medidas para promover una atención centrada en la persona, ofreciendo a las personas usuarias la posibilidad de participar en el diseño de los paquetes de atención más adecuados a sus necesidades y/o de elegir el proveedor del servicio.
- La adopción de medidas dirigidas a mejorar las cualificaciones de los y las profesionales y las condiciones de trabajo en el sector y
- La preocupación por la transparencia en la gestión del servicio y la introducción de sistemas de control y de mejora de la calidad de la gestión.

El presente informe tiene como objetivo analizar y comparar estas políticas y reformas en la medida en que han afectado el servicio de ayuda a domicilio en diferentes países europeos. Se trata de una tarea complicada, porque, más que políticas integrales, lo que existen son medidas dispersas, distribuidas de desigual manera dentro de los sistemas de protección, que raras veces tienen como objetivo explícito el servicio de ayuda a domicilio, por lo que, con frecuencia, sería necesario efectuar un riguroso rastreo dentro del conjunto de estos sistemas extremadamente complejos. También porque la mayor parte de los servicios de ayuda a domicilio son de carácter local, dada la autonomía de las entidades locales en esta materia y esto dificulta una tarea de por sí compleja.

A pesar de estas dificultades, el estudio comparado de las políticas aplicadas en otros países debería ofrecer a las administraciones de la CAPV competentes en materia de regulación y prestación del servicio algunas claves para superar las carencias que actualmente presenta el

mismo y que, de acuerdo con la Asociación Española de Directores de Servicios Sociales, pueden resumirse en los siguientes términos:

- Su escasa capacidad para cubrir las necesidades de las personas con elevados grados de dependencia, debido a la existencia, tanto en la CAPV, como en el resto del Estado, de límites en cuanto a la intensidad máxima que se puede ofrecer desde los servicios públicos. Ello limita la capacidad del servicio de ayuda a domicilio para constituir una verdadera alternativa frente a la atención residencial.
- El elevado coste/hora del servicio, a pesar de prestarse desde la iniciativa privada, con lo que supone un importante coste para el sistema de servicios sociales.
- El actual sistema de aportación económica de las personas usuarias que determina que personas con un nivel de renta medio tengan que pagar el coste íntegro del servicio.

Estas carencias del servicio, junto con la introducción, en el marco del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, de prestaciones económicas –concretamente la Prestación Económica de cuidados en el entorno familiar– para contribuir a la financiación de la atención que requieren las personas en situación de dependencia, y la existencia de un amplio mercado privado de personas inmigrantes que prestan sus servicios en la economía sumergida a un precio mucho más reducido que el de la atención domiciliaria formal, han limitado la demanda de ayuda a domicilio, en la CAPV y en España, hasta el punto de poner en cuestión la futura viabilidad del servicio en las condiciones en las que se presta actualmente (García, G. (ed.), 2010).

3. MEDIDAS QUE PERMITEN LA CONTENCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN AYUDA A DOMICILIO

En los años 80, en la fase de desarrollo de las políticas de atención comunitaria, el servicio de ayuda a domicilio recibió un importante impulso en términos de cobertura intensidad, en parte con la esperanza de que contribuyera a la contención del creciente gasto público destinado a la atención de personas dependientes. La defensa de una mayor inversión en el servicio de ayuda a domicilio apelaba fundamentalmente a tres argumentos:

- En primer lugar, era la opción preferida por la mayoría de las personas que requerían apoyos para desenvolverse de forma autónoma en las actividades de la vida diaria. Las encuestas e investigaciones disponibles al respecto indicaban que la mayoría de las personas prefería permanecer en el domicilio con el apoyo necesario, en lugar de tener que trasladarse fuera de su entorno e ingresar en un centro residencial.
- En segundo lugar, las primeras evaluaciones realizadas indicaban que la permanencia en el entorno proporcionaba, gracias al mantenimiento de los lazos comunitarios de la persona, mejores resultados en términos de autonomía personal y calidad de vida.
- En tercer lugar, se consideraba que la atención comunitaria resultaba menos costosa que la residencial: en parte, porque se evitaban los costes de alojamiento y manutención y, en parte, porque parte de la atención necesaria recaería en la red informal de atención, al menos para las personas que mantuvieran lazos en la comunidad.

Con todo, en las décadas siguientes, el gasto en ayuda a domicilio creció por encima de las e provisiones en la mayoría de los países, lo que, paradójicamente, obligó a algunos países a introducir medidas de contención del gasto en un servicio que, precisamente, había sido reforzado con ese mismo objetivo.

Barbara Da Roit (Da Roit, 2012), en su análisis de las políticas de contención del gasto aplicadas recientemente en el ámbito de la ayuda a domicilio en Holanda, señala varios factores que contribuyeron a incrementar el gasto público dedicado a los servicios de ayuda a domicilio por encima de las provisiones realizadas en los años 80, y que son aplicables a la mayoría de los países de Europa:

- En primer lugar, la disponibilidad de servicios de apoyo en el domicilio afloró una demanda, hasta entonces no expresada, de personas que vivían en sus hogares con necesidades significativas de atención pero que no habían presentado ninguna demanda ante los servicios sociales, puesto que no se veían atraídas por las alternativas de atención de carácter residencial que estaban disponibles en aquel momento.
- En segundo lugar, diversos estudios pusieron de manifiesto que la atención domiciliaria no resultaba menos costosa que la residencial, al menos una vez que se tenían en cuenta las características de las personas usuarias –su nivel de dependencia, fundamentalmente– y la calidad de la atención prestada. Esto significaba que los postulados en los que se habían basado los defensores de la ayuda a domicilio como alternativa más barata que la residencial debían ser matizados.
- Finalmente, por un efecto paradójico del propio sistema que, al retrasar el ingreso en servicios residenciales mediante la provisión de servicios de ayuda a domicilio, incrementaba las necesidades de apoyo de la población mayor en domicilios particulares, lo que, a su vez, hacía aumentar el coste de la ayuda a domicilio necesaria para responder a sus necesidades adecuadamente.

Estos factores, junto con las provisiones existentes sobre el futuro incremento de la demanda de ayuda a domicilio y sobre la disminución de los recursos públicos disponibles para hacer frente a dicha demanda, llevaron a la mayoría de los países europeos a adoptar medidas para contener el gasto público destinado al servicio de ayuda a domicilio. De acuerdo con la literatura consultada, este objetivo general se persiguió por cuatro vías diferentes:

- Por la vía de la contención de la demanda, es decir, reduciendo el número de personas que solicitan el servicio, ya sea porque se reduce la necesidad del mismo, o bien porque las necesidades existentes se cubren por otra vía.
- Por la vía de la reducción de la oferta, es decir, limitando la población que tiene acceso al servicio o la intensidad con que se presta.
- Mediante una disminución del coste unitario del servicio: en este caso, del coste de la hora de atención domiciliaria.

Las medidas que se incluyen a continuación no siempre se han introducido, en los países que lo han hecho, con el objetivo de contener el gasto, o no necesariamente sólo con ese objetivo, pero se analizan en cuanto que tienen ese potencial: a saber, el de contribuir a la contención del gasto público dedicado a los servicios de ayuda a domicilio.

Sin entrar en consideraciones sobre la necesidad o la inevitabilidad de este tipo de medidas de contención del gasto público en las actuales circunstancias económicas, sí conviene recordar que su introducción presenta ciertos riesgos:

- En general, cuando afectan la oferta de servicios, ya sea por la vía de una reducción de la población sujeta a derecho o mediante la reducción de la intensidad de la atención prestada, pueden conducir a una sobrecarga de la red informal de atención, que debe hacerse cargo de las necesidades no cubiertas por los servicios formales.
- Cuando se realizan por la vía de la disminución del coste/hora del servicio pueden afectar las condiciones laborales y el nivel de satisfacción de los y las profesionales, lo que a su vez tendría un impacto negativo en la calidad de los servicios prestados a las personas usuarias y, en consecuencia, también en su nivel de bienestar.
- Cuando afectan la capacidad económica de las personas usuarias, mediante un incremento de las tasas correspondientes, se corre el riesgo de empobrecer a un segmento de la población, como el de las personas mayores o el de las personas con discapacidad, con un nivel de renta media ya de por sí más reducida que la del conjunto de la población. Por otra parte, cuando el copago se establece con fines disuasorios en lugar

de con fines recaudatorios, dicho efecto suele potenciarse en los grupos de población más desfavorecidos, por lo que se crean desigualdades de acceso a los servicios.

3.1. Medidas de contención de la demanda de ayuda a domicilio

Una de las vías que los países europeos han explorado de cara a contener el gasto público destinado a los servicios de ayuda a domicilio ha sido la de introducir medidas orientadas a reducir la demanda del servicio, generalmente por dos vías:

- A través de intervenciones preventivas y rehabilitadoras dirigidas a reducir la incidencia de las necesidades atendidas por el servicio y, por lo tanto, la demanda de atención. A pesar de resultar la manera menos problemática de disminuir el gasto en servicios formales, dado que no tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas atendidas, es una de las vías menos exploradas en el ámbito internacional. Aunque existen ejemplos de buenas prácticas que han demostrado su eficacia a la hora de reducir las necesidades de apoyo de la población, la introducción de programas preventivos y rehabilitadores se ha realizado de manera muy fragmentada y, en numerosas ocasiones, con carácter experimental.
- Resulta más frecuente, en el ámbito europeo, la introducción de medidas orientadas a fomentar el cuidado informal y a prestar reconocimiento y apoyo a las redes informales existentes, dado que el debilitamiento de las redes informales es uno de los factores que se considera podrían hacer crecer la demanda de ayuda a domicilio en el futuro. Aunque, como se verá, el énfasis que se ha otorgado a estas políticas varía de un país a otro, en función de la orientación general más o menos familiarista de cada sistema de protección, prácticamente todos los países europeos han introducido algún tipo de medida orientada a compensar o a prestar apoyo a la red informal de atención.

3.1.1. Medidas de apoyo a la red informal de atención

Una de las consecuencias del surgimiento de los Estados de Bienestar, a partir de la segunda mitad del siglo XX, fue la llamada “desfamiliarización” de la atención a personas enfermas y dependientes, es decir, la asunción, por parte de los Estados, de algunas de las responsabilidades que, anteriormente, siempre habían recaído en la esfera privada familiar y, más concreta-

mente, en sus miembros femeninos. Este proceso de “desfamiliarización” que trajo consigo la construcción de los Estados del Bienestar se produjo, lógicamente, en diferentes momentos en distintos países europeos y se manifestó con mayor o menor intensidad en función de la cultura de cada país y del sentir de la ciudadanía respecto a quién debería asumir la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes: si la sociedad, o el individuo y la familia. El resultado de este proceso fue el surgimiento, en cada Estado, de un sistema de bienestar con una combinación concreta de agentes públicos y privados (el *welfare-mix*).

En efecto, Gøsta Esping-Andersen, en su clásica tipología de los Estados del Bienestar, clasifica los distintos modelos existentes en la década de los 90 en función de la relativa importancia que, en cada uno de ellos, tienen los distintos agentes sociales –la familia, el mercado y el Estado– en la producción del bienestar: los regímenes socialdemócratas se definirían por la primacía del Estado en la producción de servicios; los regímenes liberales por una preponderancia del mercado; y los regímenes conservador y mediterráneo (o del sur de Europa) por una preponderancia de la familia, distinguiéndose entre ellos por un menor papel del Estado en los países del modelo mediterráneo frente al conservador (Figura 1). De acuerdo con esto, los países nórdicos –arquetipos del modelo socialdemócrata– tenderían a cubrir las necesidades de atención de la población mediante la prestación de servicios públicos, mientras que en los países del centro y del sur de Europa, el peso de la atención recaería mayormente en la red informal de atención.

Figura 1. Tipología de regímenes del bienestar en función del papel que asumen los principales agentes sociales

<i>Papel de:</i>	La familia	El mercado	El Estado
<i>Modelo</i>			
Liberal	Marginal	Central	Marginal
Socialdemócrata	Marginal	Marginal	Central
Conservador	Central	Marginal	Subsidiario
Mediterráneo	Central	Marginal	Marginal

Fuente: Adaptado de Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Editorial Ariel, página 115.

Sin menoscabo de la utilidad que ha tenido la clasificación propuesta para el análisis comparado de las políticas sociales europeas en los años 90, en las últimas décadas se han producido dos fenómenos que han alterado en buena medida este panorama:

- Por una parte, como se verá más adelante, la apertura del mercado de la ayuda a domicilio a las empresas privadas, en un intento de incrementar la competitividad y reducir los costes –incluso en los países de tradición socialdemócrata o conservador– ha tenido importantes consecuencias en el cambio de configuración de los Estados del Bienestar.
- Por otra parte, el reconocimiento de la labor de los cuidadores y cuidadoras informales, y de su potencial para contribuir a la futura sostenibilidad del Estado del Bienestar, a partir de la publicación de diversas investigaciones que han aportado datos empíricos sobre la importancia –cuantitativa y cualitativa– de la contribución de la red informal de atención al cuidado de las personas dependientes. Para algunos autores, por esta vía se ha abierto un proceso de “re-familiarización” de la atención en aquellos países en los que la familia había tenido anteriormente un papel marginal.

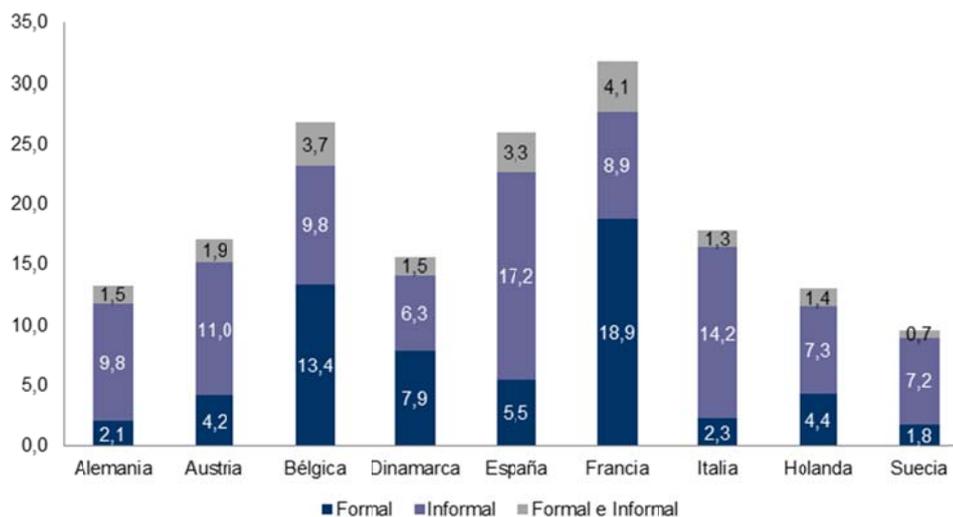
En efecto, diversas investigaciones han constatado que, sin menoscabo del importante grado de desarrollo que han alcanzado los servicios públicos de atención en algunos países del norte de Europa en términos de cobertura e intensidad de la atención que ofrecen, gran parte de los cuidados a personas con limitaciones en la autonomía todavía se prestan en el ámbito privado de la familia. Vilaplana y colaboradores (2011), por ejemplo, utilizando datos de la encuesta SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), calculan que más de siete de cada diez personas mayores dependientes que reciben algún tipo de atención formal o informal en Italia, Alemania, y Suecia –y más de la mitad en España, Austria y Holanda– reciben cuidados informales exclusivamente; y en Bélgica, Dinamarca y Francia, a pesar de contar con una mayor cobertura de los servicios formales, una parte significativa de las personas que requieren apoyo para las actividades de la vida diaria –más de una tercera parte, en cualquier caso– también recibe dicho apoyo de personas allegadas únicamente (Gráfico 8)³.

Por otra parte, de acuerdo con datos del proyecto de investigación EUROFAMCARE, las personas cuidadoras informales de los seis países que participaron en el estudio –Alemania, Grecia, Italia, Polonia, Suecia y el Reino Unido– prestaban, por término medio, 46 horas de

³ Los datos sobre la proporción de la población dependiente que recibe cuidados únicamente de la red informal en distintos países europeos parecen contradecir los modelos teóricos que se utilizan habitualmente para clasificar los Estados del Bienestar, dado que muestran que la importancia de la red informal es mayor en algunos países del norte de Europa con sistemas formales de atención más desarrollados, que en países del sur, donde, de teóricamente, el apoyo de la red informal debería tener mayor peso. Los autores explican que, en realidad, los resultados no contradicen los modelos teóricos, puesto que la principal diferencia entre los países del norte y del sur de Europa reside, no tanto en la proporción de personas que reciben apoyo informal, sino en el tipo de apoyo que reciben, siendo éste mucho más intenso en el sur.

atención semanal y, en el momento de la encuesta, llevaban una media de 60 meses atendiendo a la persona dependiente (Triani, J. et al, 2010).

Gráfico 8. Distribución de la población de 65 y más años con discapacidad y limitaciones en las AVD en función del tipo de atención (formal, informal o ambas) que recibe (%). 2006-2007.



Fuente: Vilaplana, C., S. Jiménez-Martín y P. García. "Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa". *Gaceta Sanitaria*, vol. 25, supl., páginas 115-124, 2011.

Este reconocimiento de la importancia de la labor ejercida por los cuidadores y las cuidadoras informales, junto con estimaciones acerca del ahorro que este trabajo no remunerado supone para los sistemas de bienestar –en Inglaterra, por ejemplo, se calcula que la contribución de la red informal de atención al cuidado de las personas dependientes supone un ahorro de unos 87 mil millones de libras anuales (unos 108.300 millones de euros) para el NHS (Audit Commission, 2009)–, y las predicciones que apuntan hacia una menor disponibilidad de personas cuidadoras informales en el futuro, han llevado a numerosos países europeos a interesarse por políticas de apoyo a la red informal de atención. Muestra de ello, en la cumbre europea celebrada en primavera de 2007, los Ministros de Empleo y Asuntos Sociales de la UE señalaban, en su discurso inicial al Consejo de Europa, que el apoyo a las personas cuidadoras informales constituía un ámbito de actuación prioritario para la Unión (Glendinning, C., 2009).

Las principales medidas de apoyo a la red informal de atención que se han adoptado en el marco de los sistemas europeos de cuidados de larga duración son de tres tipos⁴:

⁴ A las mencionadas a continuación habría que añadir, entre las principales medidas para fomentar la atención informal, las dirigidas a la conciliación de la vida laboral y familiar, especialmente aquellas orientadas a posibilitar excedencias (pagadas o no) o la flexibilización de la jornada laboral para el cuidado de familiares adultos dependientes. Con todo, no se tratan en este informe, en primer lugar porque se trata, generalmente, de medidas de corta duración, que permiten a las personas ocupadas

- Prestaciones económicas a las personas cuidadoras informales, bien en forma de compensación económica por la reducción de ingresos derivada de la dedicación a la atención informal, bien en forma de salario abonado a la persona cuidadora en contrapartida por las funciones de atención que asume y, que, si bien se dan en la esfera privada, también recaen en la responsabilidad pública (SIIS centro de Documentación y Estudios, 2011)⁵.
- Valoración formal de las necesidades de la persona cuidadora, con el objetivo de elaborar un plan de atención adaptado a sus necesidades específicas, al margen de las de la persona dependiente.
- Servicios de información, orientación y asesoramiento sobre la tarea de cuidado y sobre el manejo de la dependencia, así como programas de formación para personas cuidadoras, que tienen el doble objetivo de garantizar la calidad de la atención recibida por la persona usuaria y minimizar los efectos negativos del cuidado en la salud y el bienestar de la persona cuidadora informal.

3.1.1.1. Prestaciones económicas para personas cuidadoras informales

Más de la mitad de los países considerados disponían de alguna prestación económica para apoyar a la red informal de atención en 2006, de acuerdo con un estudio sobre la situación de las personas cuidadoras informales y de los servicios de apoyo disponibles para ellas en 21 países europeos (Riedel, M. y M. Kraus, 2011a).

compatibilicen, temporalmente, el trabajo remunerado con la atención de familiares enfermos o necesitados de atención y, por lo tanto, no constituyen, como tal, medidas orientadas a conseguir una reducción de la demanda de ayuda a domicilio de carácter permanente. En segundo lugar porque se trata de políticas del ámbito del empleo, más que de políticas relacionadas con los servicios sociales.

⁵ La introducción de prestaciones económicas y de fondos personales como alternativa a la prestación de servicios en especie es una de las tendencias más importantes en los sistemas de cuidados de larga duración en las últimas décadas, tanto por las implicaciones que tiene en términos del modelo de atención, como por el impacto que tiene en los diferentes agentes (personas usuarias, personas cuidadoras informales y profesionales). Dado que la introducción de estas nuevas modalidades de atención ha respondido a distintas finalidades, y que pueden ser aplicados con distintos propósitos, las prestaciones económicas se tratan en distintos apartados del informe: en primer lugar, se analizan como medida de apoyo a la red informal, en la medida en que algunas de estas prestaciones permiten la remuneración o compensación de un cuidador familiar; en segundo lugar, como medida de reducción del coste-unitario de la atención, en la medida en que se reconocen prestaciones de cuantías inferiores al que supondría proporcionar los servicios en especie; finalmente en relación con la cuestión de la elección de las personas usuarias, puesto que constituyen una de las fórmulas que se han explorado para incrementar la autodeterminación y la participación de las personas usuarias en la definición de la atención que se les va a prestar.

Estas prestaciones pueden ser directas, cuando la cuantía se le concede a la propia persona cuidadora informal; o indirectas, cuando la prestación se pone a disposición de la persona dependiente para que –en los casos en los que la normativa reguladora de la prestación lo permita y la persona así lo decida– sea ella quien la utilice para pagar a una persona allegada o a un profesional autónomo. Esta diferenciación entre prestaciones directas e indirectas es importante porque no suponen el mismo grado de reconocimiento de la labor de las personas que prestan cuidados informales. Por otra parte, es importante que el lector tenga presente esta diferenciación, puesto que, en el resto del informe, ambos tipos de prestaciones se tratan indistintamente.

Las prestaciones económicas consideradas pueden cumplir dos funciones distintas:

- algunos países las introducen como medidas dirigidas a compensar la pérdida de ingresos del trabajo debida al cuidado de personas dependientes, con lo que la prestación constituye prácticamente un complemento de ingresos para la persona cuidadora informal;
- en otros países, la finalidad de la prestación es más bien la de sustituir los ingresos procedentes del trabajo, con lo que adopta la forma de un salario.

Al margen de cuál haya sido la finalidad con la que se ha introducido la posibilidad de compensar económicamente a la persona cuidadora informal en cada país –si para completar sus ingresos del trabajo o para sustituirlos–, la cuantía de la prestación resulta, lógicamente, determinante, dado que una prestación cuyo importe sea muy inferior al salario medio, difícilmente puede constituir una alternativa al empleo para la persona cuidadora informal.

Tabla 3. Disponibilidad de prestaciones económicas directas e indirectas para apoyar a la red informal de atención en algunos países europeos.

País	Denominación	Tipo de prestación		Función	
		Prestaciones directas	Prestaciones indirectas	Complementar los ingresos del trabajo	Sustituir los ingresos del trabajo
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración		✓	✓	
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración		✓	✓	
Francia	Prestación personalizada de autonomía		✓		
	Prestación compensatoria de la discapacidad		✓		
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración		✓		
Italia	<i>Indennità di accompagnamento</i>		✓	✓	

País	Denominación	Tipo de prestación		Función	
		Prestaciones directas	Prestaciones indirectas	Complementar los ingresos del trabajo	Sustituir los ingresos del trabajo
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria		✓	✓	
	Fondo personal		✓		
	Prestación económica a cuidadores – <i>Carer's Allowance</i>	✓		✓	
Suecia	Prestación económica de asistencia personal para persona con discapacidad		✓		
	Prestación económica de apoyo a domicilio para personas mayores		✓		
	Prestación económica a cuidadores de personas mayores – <i>Anböriganställning</i>	✓			✓

Fuente: elaboración propia a partir de SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011 y Riedel, M. y M. Kraus. (2011a)

Tal y como se muestra en la tabla, es relativamente frecuente que las prestaciones económicas que se les conceden a las personas dependientes para sufragar los costes de la atención personal que requieren permitan la contratación de familiares, aunque con algunas restricciones orientadas, generalmente, a garantizar que la atención prestada es suficiente y se adecúa a las necesidades de la persona dependiente. Los criterios que se utilizan con más frecuencia son (ver Tabla 4):

- *Relación entre la persona atendida y la persona cuidadora.* Algunos países establecen restricciones en cuanto a la relación de parentesco y de convivencia que debe existir entre la persona dependiente y la persona cuidadora informal:
 - En Holanda, la posibilidad de compensar económicamente al cónyuge sólo se aplica cuando la intensidad de los apoyos requeridos supera la intensidad de los cuidados habituales que se consideran implícitos en la naturaleza de la relación conyugal.
 - En el Reino Unido, en la modalidad de fondos personales no se establece ninguna restricción en cuanto a las características que debe cumplir la persona cuidadora informal para poder ser beneficiaria del fondo; en cambio, en la modalidad de prestación económica de atención comunitaria no se permite retribuir a cuidadores/as familiares que convivan en el mismo domicilio que la persona dependiente.
 - En Suecia, no se excluye la contratación o, en su caso, la compensación económica a ningún familiar pero cuando la atención es prestada por un familiar

que convive, la relación de cuidado debe formalizarse a través de una entidad externa, es decir, la persona dependiente no puede contratar directamente al familiar.

- *Dedicación de un mínimo de horas de atención:* Consiste en exigir que la persona cuidadora dedique, como mínimo, un determinado número de horas a la atención informal, con el objetivo de garantizar el ejercicio efectivo de las funciones de atención y garantizar la intensidad de los apoyos ofrecidos. La articulación de esta obligación como requisito pone el énfasis en el hecho de que la prestación debe corresponderse con una atención real, de cierta intensidad, que exige de la persona cuidadora un esfuerzo, en tiempo, superior al que puede considerarse habitual o natural en las relaciones familiares. En algunos casos, la intensidad mínima establecida constituye un requisito de acceso a la prestación, de manera que las personas cuidadoras informales que no llegan a esa dedicación no pueden acceder a la ayuda (es el caso de la prestación directa para personas cuidadoras informales en el Reino Unido y en Suecia), mientras que en otros países determina el acceso a la cobertura, por parte del sistema, de las cotizaciones de Seguridad Social (como sucede en Alemania y en Holanda);

- *Límite a la dedicación laboral, educativa y formativa de la persona cuidadora:* Algunos países limitan el tiempo que la persona cuidadora puede dedicar a actividades diferentes de la atención informal a cuya retribución o compensación se destina la prestación económica o el fondo personal, con el objetivo de garantizar que la persona cuidadora dispone de tiempo suficiente para asumir realmente la atención informal y, por esa vía, garantizar la intensidad de los apoyos requeridos. La articulación de esta obligación como requisito pone el énfasis en el hecho de que la prestación debe corresponderse con una atención real, de cierta intensidad, que la hace incompatible con una dedicación, a tiempo completo, a otra actividad.
 - En el Reino Unido y en Suecia, la limitación de la actividad se articula como un requisito de acceso a la prestación, mientras que en Alemania constituye un requisito para que el Sistema de Cuidados de Larga Duración asuma el pago de las cotizaciones sociales correspondientes al seguro de enfermedad y al seguro de vejez de la persona cuidadora.

- En Alemania y en Suecia, la limitación se refiere a actividades laborales y, en el primero, se exige además que no se dedique la ayuda a la prestación de cuidados con fines lucrativos. En el Reino Unido, el límite máximo sólo se aplica a las actividades educativas o formativas, porque al tratarse de una prestación condicionada a nivel de ingresos (no disponer de unos ingresos procedentes de la actividad laboral superiores a 100 libras semanales), la dedicación laboral queda muy limitada.
- *Límite al número de personas atendidas.* Alemania, Suecia y el Reino Unido establecen limitaciones en cuanto al número de personas a las que puede atender la persona cuidadora, con el objetivo de garantizar que dispone de tiempo suficiente para asumir realmente la atención informal. La articulación de esta obligación como requisito pone el énfasis en el hecho de que la prestación debe corresponderse con una atención real, de cierta intensidad y de cierta duración, que la hace incompatible con la atención a un número excesivo de personas.
 - En Alemania se establece, como condición de acceso a la cobertura por parte del Seguro de Cuidados de Larga Duración de las cotizaciones sociales para el Seguro de jubilación de la persona cuidadora informal, que ésta no se dedique a la prestación de cuidados con fines lucrativos, lo que significa que no es posible que atienda a otras personas con necesidades de apoyo, salvo que se encuentren en el mismo domicilio que la persona beneficiaria de la prestación y, en la práctica, se interpreta que el máximo aplicado sería de 2 personas en un mismo domicilio.
 - En Suecia, también se aplica un máximo de dos personas atendidas por persona cuidadora, con la diferencia de que, en este caso, constituye un criterio de acceso a la prestación.
 - En el Reino Unido, una persona cuidadora informal puede encargarse de un máximo de dos personas dependientes, siempre que éstas vivan en el mismo domicilio. No obstante, en los casos en los que se haga cargo de dos personas en un domicilio, no puede acumular dos prestaciones. En el caso de las parejas que se prestan cuidados mutuamente, ambos miembros pueden acceder a la prestación.
- *Edad de la persona cuidadora.* Holanda, Reino Unido y Suecia definen límites mínimos y/o máximos de edad para que las personas cuidadoras informales puedan ser com-

pensadas económicamente a través de prestaciones económicas, para garantizar la capacidad física y mental de la persona cuidadora y para proteger a personas demasiado jóvenes o demasiado mayores de asumir la carga y el estrés asociados a la relación de cuidado.

- En el Reino Unido se establece una edad mínima de 16 años para poder acceder a la prestación directa para cuidadores/as familiares, por considerar que, por debajo de esa edad, la persona no siempre se encuentra en condiciones de asumir la carga de cuidado y que la asunción de esa responsabilidad puede tener consecuencias graves en otras áreas de su vida (educativa, relacional, de ocio).
 - En Suecia, dado que la remuneración de la persona cuidadora informal a través de la prestación económica directa exige la formalización de un contrato de trabajo con la administración, se establece como límite máximo de edad para acceder a la prestación, el límite máximo de edad laboral (65 años).
- *Formalización de la relación de cuidado.* Un importante criterio diferenciador entre los modelos de prestaciones económicas de apoyo a personas cuidadoras informales vigentes en distintos países europeos es la obligatoriedad o no de formalizar la relación de cuidado en el marco de un contrato de trabajo. La formalización contractual de la atención informal –ya sea entre la persona atendida y la persona cuidadora, entre la administración competente para proveer la atención y la persona cuidadora, o entre la persona cuidadora y una entidad privada, contratada, a su vez, por la persona atendida– se introduce con múltiples finalidades, algunas de ellas directamente asociadas a la garantía de la calidad de la atención prestada:
- La formalización de un contrato con la administración o con una entidad prestadora de servicios es un cauce para supervisar la situación en el domicilio, en la medida en que la persona cuidadora está sujeta, en el marco de la relación contractual, al cumplimiento de una serie de obligaciones –una determinada dedicación, unas determinadas tareas– que la entidad contratante puede verificar. También es un marco claro para incorporar obligaciones de formación y reciclaje, o de remisión periódica de información sobre la situación de la persona. Ofrece, además, las ventajas de protección social y de derechos laborales propias de la contratación laboral, aunque no siempre abra acceso a la cobertura de las mismas contingencias.

- La formalización de la relación entre la persona atendida y la persona cuidadora establece también un marco más claro para valorar y supervisar las funciones de cuidado realizadas por la persona cuidadora y un marco más definido de derechos para ambas partes. Ofrece además las ventajas propias de la contratación laboral en términos de protección social y supone un reconocimiento explícito de la función cuidadora, lo que contribuye a clarificar que el abono de la prestación constituye una retribución por esas funciones, siendo más difícil de ese modo que la cuantía pase a integrarse de forma no diferenciada en el presupuesto familiar.

En algunos países como Francia, Holanda y Suecia, la posibilidad de utilizar la prestación para compensar económicamente al familiar cuidador está condicionada a la formalización de la relación mediante un contrato laboral. En Francia y en Holanda el contrato se formaliza entre la persona cuidadora informal y la persona atendida, mientras que, en Suecia, la contratación es entre persona atendida y persona cuidadora en el caso de la prestación indirecta para personas mayores y de la prestación indirecta para personas con discapacidad, salvo que se dé una situación de convivencia; en esos casos, cuando la persona con discapacidad que percibe la prestación y la cuidadora familiar a quien se retribuye viven juntas, la formalización del contrato debe hacerse por medio de una entidad externa, a menos que la propia persona con discapacidad se constituya en una sociedad limitada, en cuyo caso puede proceder a la contratación; finalmente, en el caso de la prestación directa a cuidadores/as familiares, la contratación se da entre la persona cuidadora informal y la administración municipal.

En el Reino Unido, si se quiere utilizar la prestación económica de atención comunitaria para compensar económicamente a un familiar es necesario contratarlo, pero esa contratación puede tener consecuencias no deseadas –puede conllevar la pérdida de la prestación directa al cuidador por superar el nivel de ingresos establecido para acceder a ésta y puede también suponer la pérdida de las posibilidades de acceso a algunos servicios de apoyo–, que, por lo tanto, conviene sopesar.

En otros países, la formalización contractual de la relación de cuidado es una posibilidad, pero no una condición de acceso a la prestación. En Austria, por ejemplo, aunque existe dicha posibilidad, la vía de la formalización es raramente la elegida, por muy diversas razones: a muchas personas, tanto cuidadoras como atendidas, les resulta di-

fácil proceder a la formalización de una relación que, en buena medida, consideran natural; por otra parte, la formalización de un contrato de trabajo supondría, debido a la aplicación de la normativa laboral y de seguridad social, un coste superior al que la mayoría de las personas beneficiarias pueden permitirse, dado que una parte de la prestación económica es utilizada para abonar gastos que si bien están asociados a su dependencia, son distintos de los de atención directa.

En Alemania y en Italia, las normas reguladoras de las prestaciones no prevén expresamente la contratación de familiares y, aunque es posible utilizar la prestación económica para compensar al familiar, se trata de un pago informal, simbólico, que, por lo general, se integra en el presupuesto familiar general.

Por lo que se refiere al nivel de protección social al que da acceso la formalización de la relación de cuidado, normalmente se accede a los derechos propios de cualquier contratación laboral; con todo, existen algunas excepciones como Holanda, donde la cobertura depende de la situación convivencial de la persona cuidadora y de la persona atendida. Cuando existe convivencia entre ambas, la contratación no genera todos los derechos propios de la contratación laboral (no cubre, por ejemplo, la protección sanitaria o vacaciones remuneradas, aunque sí la protección por desempleo y la jubilación). En cambio, cuando la atención es prestada por un familiar que no convive con la persona atendida, la formalización de la relación de cuidado sí genera el conjunto de los derechos mencionados.

Tabla 4. Condiciones de acceso a las prestaciones económicas de apoyo a la red informal de atención.

País	Denominación	Criterios de acceso / Restricciones					
		Restricciones de parentesco / convivencia	Intensidad mínima	Dedicación a otras actividades	Nº máximo de personas atendidas	Edad de la persona cuidadora	Contratación de la persona cuidadora
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna	En la práctica, 2	—	Opcional
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	Ninguna.	14 horas semanales; Es un requisito para que el Sistema de CLD asuma el pago de cotizaciones de Seguridad Social destinadas a la protección social del cuidador.	Máximo 30 horas semanales para actividades laborales; Es un requisito para que el Sistema de CLD asuma el pago de cotizaciones de Seguridad Social destinadas a la protección social del cuidador.	—	—	No se prevé
Francia	Prestación personalizada de autonomía	Excluidos el cónyuge o la pareja de hecho que conviven.	Ninguna	Ninguna	—	—	Obligatoria
	Prestación compensatoria de la discapacidad	Excluidos el cónyuge o la pareja de hecho que conviven.	Ninguna	Ninguna	—	—	Obligatoria
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	Cuando es el cónyuge o la pareja de hecho, la intensidad de los cuidados requeridos tiene que superar los límites de lo que se considera propio de una relación conyugal o parental.	3 días semanales. Es un requisito para que la relación de cuidado genere los derechos propios de la protección laboral: seguro de enfermedad, desempleo y jubilación correspondientes al cuidador.	Ninguna	—	75 años	Obligatoria
Italia	Indennità di accompagnamento	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se prevé

País	Denominación	Criterios de acceso /Restricciones					
		Restricciones de parentesco / convivencia	Intensidad mínima	Dedicación a otras actividades	Nº máximo de personas atendidas	Edad de la persona cuidadora	Contratación de la persona cuidadora
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	Excluidos los familiares que convivan con la persona usuaria.	Ninguna.	Ninguna	—	—	Obligatoria
	Fondo personal	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna	—	—	Obligatoria
	Prestación económica a cuidadores – <i>Carer's Allowance</i>	Ninguna.	35 horas semanales.	Máximo 21 horas semanales para actividades educativas o formativas. Máximo 100 libras semanales en ingresos del trabajo.	2, siempre que convivan; si no, 1.	16 años	—
Suecia	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad	Los familiares que conviven no pueden ser contratados directamente por la persona dependiente, sino a través de una entidad intermediaria.	Ninguna	Ninguna	—	—	Obligatoria
	Prestación de apoyo en el domicilio a personas mayores	Ninguna	Ninguna	Ninguna	—	—	Obligatoria
	Prestación económica a cuidadores de personas mayores – <i>Anböriganställning</i>	Ninguna	17 horas semanales (varía entre municipios pero muchos adoptan este límite mínimo)	Jornada laboral parcial (varía en función de los municipios)	2	65 años	Obligatoria

Fuente: elaboración propia a partir de SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011.

3.1.1.2. Valoración formal de las necesidades de la persona cuidadora informal

Consiste en realizar una valoración en profundidad de la situación de la persona cuidadora (en particular, su nivel de estrés) y de sus necesidades, al margen de las de la persona atendida, para definir los apoyos que requiere para ejercer su función de cuidado informal con el mínimo impacto en su salud y en su bienestar. Sus finalidades últimas son tanto garantizar la calidad de la atención prestada y la calidad de vida de la persona atendida, como también la salud y la calidad de vida de la persona cuidadora, actuando como medida preventiva de un deterioro de la situación en el domicilio, que no haría posible la permanencia en el mismo.

Es una medida que viene recomendada por la literatura especializada, la mayoría de las administraciones reconocen su potencial y, de hecho, es una vía que está ganando terreno a medida que los sistemas se ven forzados a reconocer la importancia de la red informal para el sostenimiento del sistema. Con todo, son pocos los países que, de momento, lo incorporan sistemáticamente a sus procedimientos. En Europa, es el Reino Unido el país que más ha avanzado en este terreno.

Las reformas de atención comunitaria de los años 90, precedidas por el Libro Blanco *Caring for People*, supusieron un cambio de rumbo en lo referente a las políticas de apoyo a la red informal de atención, ya que las personas que proporcionaban estos cuidados pasaron de ser prácticamente invisibles a ocupar el centro de una estrategia para evitar o retrasar la institucionalización de las personas mayores y a las personas con discapacidad. En 1995, la norma conocida como *Carers (Recognition and Services) Act*, establecía el derecho de las personas que cuidaban de sus familiares dependientes a que se les realizara una valoración de su capacidad para proporcionar dichos cuidados.

La norma tuvo gran importancia, puesto que era la primera vez que, en una norma reguladora de la atención comunitaria, se reconocía explícitamente la función de la red informal de atención. En ella se establecía que las personas que prestaban, o tenían la intención de prestar, atención informal de forma regular y con una intensidad sustancial tenían derecho a que se valoraran sus necesidades de forma separada de las de la persona a la que prestaban apoyo. La norma no detallaba lo que debía entenderse por una atención regular y de una intensidad sustancial, aunque las recomendaciones para la aplicación de la norma, publicadas en forma de guía de buena práctica en 2001, indicaban la necesidad de tomar en consideración las consecuencias negativas del cuidado y su impacto en la sostenibilidad del rol de cuidador.

El *Carers and Disabled Children's Act* de 2000 amplió el derecho a una valoración de necesidades a todas las personas cuidadoras informales, independientemente de que la persona bajo su cuidado hubiera rechazado la valoración de necesidades⁶ y ofreció a los ayuntamientos la capacidad para prestar servicios directamente a las personas cuidadoras, incluida la posibilidad de acceder a una prestación económica para acceder a estos servicios en el mercado privado.

En 2003, en el marco de una serie de reformas dirigidas a mejorar la continuidad de la atención entre el ámbito hospitalario y el comunitario y, de esta manera, evitar el problema de la ocupación innecesaria de camas hospitalarias por parte de pacientes con necesidad de apoyos comunitarios para volver a sus domicilios, se estableció el derecho, cuando el familiar lo solicite, a una valoración de las necesidades en el alta y una planificación de la misma. Los servicios sociales municipales deben diseñar, en su caso en colaboración con el servicio de salud, un paquete de servicios que se adecúe a las necesidades de la persona antes de que ésta se encuentre lista para recibir el alta.

Aunque la valoración de necesidades constituye un derecho para las personas cuidadoras informales en el Reino Unido, no se dispone de datos precisos sobre la implantación real del servicio: una evaluación de los servicios de apoyo disponibles para personas cuidadoras llevada a cabo por la asociación *Carers UK*, en 2003, por ejemplo, estimaba la proporción de personas cuidadoras cuyas necesidades han sido valoradas en un 32%. La encuesta también ponía de manifiesto que prácticamente la mitad (45%) de las personas encuestadas desconocían que tenían derecho a una valoración formal de sus necesidades como cuidadoras informales. Para corregir esta situación, una nueva normativa —la *Carers Equal Opportunities Act* de 2004— estableció la obligación, para todas las autoridades locales, de informar a las personas que prestan cuidados informales de su derecho a que sus necesidades sean formalmente valoradas. La norma también pretende ofrecer un servicio más integral para las personas cuidadoras, otorgando a los departamentos de servicios sociales la capacidad para movilizar recursos de otros departamentos en apoyo de la persona cuidadora informal.

Las sucesivas normas que han venido a regular el acceso de las personas cuidadoras informales a la valoración formal de sus necesidades de atención sólo establecen los criterios generales que deben seguirse a la hora de valorar la situación de la persona cuidadora: en primer lugar, la valoración de necesidades debe basarse en objetivos definidos por la propia persona cuidadora; por otra parte, la valoración debe tener por objetivo determinar la disponibilidad y la capacidad

⁶ Inicialmente, sólo tenían derecho a la valoración aquellas personas cuidadoras de personas mayores o con discapacidad a quienes se les hubiera realizado, a su vez, una valoración de necesidades.

de la persona cuidadora para prestar la atención necesaria, sin dar por supuesto que desea continuar prestando los cuidados necesarios o que posee la capacidad para hacerlo; finalmente, la norma aprobada en 2004 insta a los y las profesionales a prestar particular atención, en la valoración de necesidades, a las perspectivas de la persona cuidadora con respecto al empleo, ofreciéndole el apoyo necesario en aquellos casos en los que desee combinar el cuidado de la persona dependiente con un empleo remunerado. Si bien estos criterios generales ofrecen unas pautas básicas para la valoración de necesidades, dada la inexistencia de instrumentos de valoración validados, pueden existir grandes diferencias en la práctica entre ayuntamientos, incluso entre distintos profesionales de un mismo ayuntamiento.

De acuerdo con la literatura especializada, se están encontrando dificultades para llevar a la práctica la valoración formal de las necesidades de las personas cuidadoras informales (Seddon, D. et al, 2007):

- Por una parte, las personas profesionales sienten reticencias en cuanto a ofrecer a las personas que prestan cuidados informales una valoración específica de sus necesidades, en la medida en que consideran que luego no disponen de los recursos necesarios para responder a dichas necesidades; consideran que supone crear expectativas en las personas cuidadoras a las que luego no pueden responder.
- Por otra parte, la normativa que regula el derecho a una valoración específica de las necesidades de las personas cuidadoras informales, limita este derecho a aquellas personas que prestan una atención regular y sustancial. Con todo, en ausencia de una definición precisa de lo que constituye una atención “continuada” y “sustancial”, la interpretación de estos términos queda en manos de los y las profesionales que realizan la valoración y se producen desigualdades en el acceso en función del municipio en el que reside la persona. En la práctica, parece frecuente que los y las profesionales que realizan la valoración equiparen una atención “continuada” y “sustancial” con la provisión de apoyo para las actividades personales de la vida diaria. Esta equiparación limita el potencial de la valoración de necesidades para identificar aspectos del cuidado –su carácter continuo o cíclico, el impacto que tiene en la vida diaria de la persona cuidadora, etc.– que resultan determinantes a la hora de prestar un adecuado apoyo a las funciones de cuidado informal.
- Aunque la normativa establece de forma explícita que, en la valoración, no debe darse por sentado que la persona cuidadora está dispuesta a continuar prestando la atención necesaria a la persona dependiente, estudios que han recogido información cualitativa

sobre la experiencia de las personas cuidadoras indican que, frecuentemente, una vez valorada la capacidad de la persona para prestar los cuidados necesarios, los y las profesionales tienden a considerar que está dispuesta a continuar asumiendo ese papel. Esta actitud ha creado cierta suspicacia en algunas personas cuidadoras, que consideran que, más que para ofrecerles el apoyo que necesitan, la valoración de necesidades se utiliza para “forzarlas” a mantenerse en su rol el mayor tiempo posible.

- Finalmente, la literatura especializada también señala otras áreas de mejora en la valoración de las necesidades de las personas cuidadoras informales: el registro sistemático de los datos de las valoraciones realizadas, la revisión periódica de las necesidades detectadas y la demora en la realización de las valoraciones (algunos estudios indican demoras de hasta un año entre la solicitud de valoración y la realización de la misma) son algunos de los problemas identificados en la literatura reciente.

3.1.1.3. Servicios de apoyo para personas cuidadoras

El cuidado de personas dependientes es una labor intensa que requiere una gran dedicación por parte de las personas que la ejercen y, frecuentemente, tiene consecuencias negativas en su salud y en su bienestar, así como en su situación laboral. El sentimiento de soledad, la ansiedad, la depresión y la pérdida de autoestima son frecuentes entre las personas que prestan cuidados informales a familiares o allegados. En comparación con la población general, también presentan mayor prevalencia de conductas de riesgo (por ejemplo, fumar) y mayor tendencia a descuidar su propia salud. Por otra parte, teniendo en cuenta que la edad media de las personas que ejercen de cuidadoras informales es relativamente elevada en la mayoría de los países europeos, es importante adoptar medidas para limitar el impacto de la atención informal en su salud y en su bienestar.

Un proyecto de investigación europeo conocido con el nombre de EUROFAMCARE, en el que se ha analizado la situación de la red informal de atención en los distintos países de la Unión Europea y los servicios de apoyo disponibles para las personas cuidadoras en cada uno de ellos ha identificado los siguientes cuatro grandes grupos de programas:

- Información, orientación y asesoramiento. Se trata de servicios que ofrecen a las personas cuidadoras informales información y asesoramiento sobre la red de servicios formales y los apoyos que puede solicitar. En ocasiones, también pueden ofrecer servicios de apoyo emocional o psicológico.

- Formación para personas cuidadoras informales. Se trata de programas que ofrecen a las personas cuidadoras informales conocimientos básicos de enfermería, información sobre la enfermedad o la discapacidad de la persona que atienden y sobre el manejo de la misma, así como pautas preventivas para evitar la aparición de síntomas físicos o psicológicos asociados a los cuidados que prestan.
- Programas de sustitución de personas cuidadoras informales. Tanto Alemania como Austria han introducido, en sus seguros de dependencia, una prestación económica dirigida a cubrir las necesidades de atención de personas dependientes que habitualmente cuentan con un cuidador o una cuidadora informal, cuando esta persona, por razones de enfermedad u otras causas de fuerza mayor, no puede hacerse cargo de la persona dependiente por un periodo de tiempo.

Los informes nacionales del proyecto ofrecen la siguiente imagen general de los servicios de apoyo para personas cuidadoras disponibles en Europa.

Tabla 5. Disponibilidad de servicios de orientación y asesoramiento, formación y sustitución de cuidadores/as informales en una selección de países europeos

	Orientación y asesoramiento			Formación para cuidadores/as			Programas de sustitución de cuidadores/as		
	Público		Privado. Fin. pública	Público		Privado. Fin. pública	Público		Privado. Fin. pública
	Dcho.	Sin dcho.		Dcho.	Sin dcho.		Dcho.	Sin dcho.	
Austria	✓		✓			✓	●		
Alemania	●			●		✓	✓		
Bélgica						●			
Dinamarca	✓		✓						
Finlandia		●			●	●			
Francia		●				●			
Holanda		✓			●	●			
Italia			●		●	●			
Luxemburgo	✓	✓		✓					
Noruega		●							
Reino Unido	✓		✓	●		✓		●	
Suecia		✓			✓				

Nota: ✓ indica que el servicio está ampliamente disponible a juicio de los expertos y expertas nacionales que informaban a la red EUROFAMCARE; ● indica que el servicio está disponible, pero no de forma sistemática o no en todas las regiones.

Fuente: Adaptado de Mestheneos, E. y J. Triantafyllou, 2006. *Supporting Family Carers of Older People in Europe – the Pan-European Background*.

El principal objetivo con el que los países europeos han introducido estos servicios en sus sistemas de cuidados de larga duración es apoyar a la persona cuidadora en su rol y favorecer así la permanencia de las personas mayores o con discapacidad en el domicilio el mayor tiempo posible. Cabe mencionar algunos ejemplos a nivel europeo:

- El Reino Unido ha sido uno de los países más activos en las políticas de apoyo a personas cuidadoras informales debido, en parte, a la existencia de un importante *lobby* que defiende los derechos de las personas que prestan atención informal pero también, fundamentalmente, a que constituyen una prioridad para el gobierno, en la medida en que contribuyen al sostenimiento de la red informal de atención y, por lo tanto, a contener el gasto en cuidados de larga duración.

La *Carers (Recognition and Services) Act* de 1995 que, como ya se ha indicado, estableció el derecho de las personas cuidadoras informales a una valoración específica de sus necesidades al margen de las de la persona atendida, no recogía, en cambio, como obligación para las administraciones locales, la prestación de servicios directos a las personas cuidadoras tras la valoración de necesidades. Esta deficiencia se corregiría, más tarde, en el año 2000, cuando la *Carers and Disabled Children's Act*, permitió a las autoridades locales prestar servicios directamente a las personas cuidadoras (incluida la posibilidad de ofrecerles una prestación económica para cubrir sus propias necesidades de atención).

Por otra parte, en 1999, el gobierno publicó una nueva estrategia, *Caring about Carers*, que, además de reconocer el derecho de las personas que prestan cuidados informales a disponer de la adecuada información sobre sus derechos y sobre los servicios disponibles para ellas, anunciaba la creación de una línea de financiación especial, dotada de 140 millones de libras (casi 172 millones de euros) para un periodo de 3 años, para reforzar los servicios de respiro –domiciliario o residencial– dirigidos a proporcionar a las personas cuidadoras informales periodos vacacionales. En 2003 se el plan se prolongó hasta 2006, con 185 millones de libras (unos 225 millones de euros) adicionales.

De acuerdo con una evaluación realizada por la *Audit Commission* sobre los servicios de apoyo disponibles para personas cuidadoras en el Reino Unido, existen los siguientes:

- servicios de información: servicios de información y orientación telefónica (*CarersLine*); folletos explicativos de los servicios y prestaciones disponibles para personas cuidadoras; páginas web dirigidas a personas cuidadoras;
- servicios de respiro domiciliario y residencial;
- servicios de apoyo emocional o psicológico;
- sustitución de la persona cuidadora informal en situaciones de crisis o en ausencias imprevisibles;

- formación en técnicas de movilización de pacientes y cursos básicos de enfermería.

Dado que los ayuntamientos tienen libertad para elegir el tipo de servicios que desean desarrollar para las personas cuidadoras informales, hay grandes variaciones entre municipios en la gama de servicios ofertada y la cobertura ofrecida, y ello a pesar de que el gobierno central se esfuerza por incentivar a las administraciones locales para que los desarrollen. Así por ejemplo, la tasa de personas cuidadoras que reciben un paquete de atención tras la valoración formal de sus necesidades ha constituido, hasta la reforma del sistema de monitorización de los servicios públicos locales, uno de los indicadores en los cuales se basaba la valoración de la actuación de los ayuntamientos en materia de servicios sociales e, indirectamente, incidía en la determinación de la financiación proveniente del gobierno central⁷.

- En Alemania, el Seguro de Cuidados de Larga Duración incluye algunos servicios de apoyo para personas cuidadoras:
 - *Programas de sustitución de cuidadores/as*: Las personas cuidadoras que se benefician de la prestación de cuidados de larga duración tienen derecho a cuatro semanas de vacaciones anuales, durante las cuales el Seguro cubre hasta 1.688€ para contratar a un cuidador o a una cuidadora sustituta. La misma prestación puede cubrir la sustitución de la persona cuidadora cuando se encuentra enferma, siempre que acredite haber estado cuidando de la persona durante los 12 meses previos.
 - *Asesoramiento y apoyo*: Las personas que se benefician de la prestación de cuidados de larga duración también tienen derecho a recibir la visita de un profesional de enfermería en el domicilio como mínimo dos veces al año. Esta visita, además de supervisar la atención que recibe la persona dependiente, también tiene por objetivo ofrecer asesoramiento y apoyo a los familiares cuidadores.
 - *Formación para cuidadores/as*: Las mutuas de seguros que gestionan la prestación económica están obligadas a prestar cursos gratuitos de formación en cuidados de enfermería para los cuidadores y las cuidadoras familiares a las que se compensa a través del seguro, aunque no se dispone de datos ni sobre la utili-

⁷ Se refiere al sistema de indicadores denominado *Social Services Performance Assessment Framework Indicators*, gestionado primero por el *Social Services Inspectorate* y, desde 2004, por la *Commission for Social Care Inspection*. El sistema incorpora un sistema de categorización o puntuación relativo a cada indicador, con el que se pretende conocer el rendimiento de cada autoridad local en esa cuestión concreta.

zación ni sobre la efectividad de estos cursos. También se ofrecen cursos de reciclaje para aquellas personas que deseen retomar el empleo tras haber ejercido como cuidadoras informales de personas dependientes cubiertas por el Seguro.

El Seguro de cuidados de Larga duración alemán fue reformado en 2002 para ofrecer una mayor cobertura a las necesidades de las personas con demencia, a quienes, según denunciaban las asociaciones de personas usuarias y familiares, no se prestaba el suficiente apoyo desde el seguro. Esta normativa amplió en dos sentidos la ayuda para los cuidadores y cuidadoras familiares de estas personas:

- les da derecho a un fondo personal adicional de 460€ anuales para contratar servicios de respiro o sustituciones de la persona cuidadora a una entidad prestadora de ayuda a domicilio;
- les proporciona servicios específicos de orientación y asesoramiento sobre el cuidado de personas con deterioro cognitivo.

Existen, además, programas de formación para cuidadores informales organizados desde el tercer sector o desde asociaciones de personas cuidadoras que reciben financiación pública. A falta de estudios de evaluación de estos servicios, cabe decir que el impacto de los mismos en las personas cuidadoras ha sido limitado. Un estudio con datos representativos realizada en 2003 ponía en evidencia que sólo una minoría de las personas cuidadoras informales utilizaba estos servicios complementarios de información y asesoramiento. El estudio estimaba que sólo el 7% de las personas cuidadoras informales tenía un contacto regular con profesionales. En torno a un 4% utilizaban servicios telefónicos de información y orientación con regularidad y un 19% de forma ocasional; en torno a un 6% utilizaban las horas de asesoramiento de enfermería a las que les da acceso el seguro; un 2% formaban parte de grupos de autoayuda privados y un 3% acudían a grupos de apoyo para personas cuidadoras informales dirigidos por profesionales. Sólo el 16% recibían información y asesoramiento profesional de forma regular y un 37% de forma ocasional (Meyer, M., 2006).

- En Austria, si bien el gobierno manifestaba su intención de integrar a las personas cuidadoras informales en la red de atención local y de ofrecerles un apoyo permanente mediante programas de supervisión, asesoramiento telefónico, grupos de autoayuda, etc., la oferta real de dichos servicios era limitada (Hörl, H., 2005). Desde 2006, las personas beneficiarias de la prestación de cuidados de larga duración tienen derecho a

un cheque-servicio para recibir la visita de una enfermera a domicilio que les da información y asesoramiento sobre el sistema formal de atención y los servicios disponibles (Hoffmann, F. y R. Rodrigues, 2010). Las personas que prestan cuidados informales a personas con un nivel de dependencia severo (a partir del nivel 4 del seguro de cuidados de larga duración, que establece 7 niveles de dependencia) y acrediten haber ejercido como cuidadores o cuidadoras principales de la persona durante al menos un año con anterioridad a realizar la solicitud, tienen derecho a un complemento de la prestación económica de cuidados de larga duración que pretende contribuir a la cobertura de los gastos de contratación de un servicio de ayuda a domicilio o de cuidadores privados durante la ausencia del cuidador o de la cuidadora informal.

- En Suecia, las personas cuidadoras informales no tienen derecho a servicios aunque pueden solicitar ayuda a los servicios sociales municipales para prestar a la persona dependiente la ayuda que requiere. La disponibilidad de servicios de información orientación y asesoramiento, y de programas de formación para personas cuidadoras es muy variable entre municipios.

En 1998, el gobierno aprobó un plan trienal (1999-2001), que incluía una línea de financiación de unos 11 millones de euros anuales para estimular la creación de una red de servicios dirigidos a cuidadores y cuidadoras familiares por parte de los ayuntamientos. Los servicios financiados a través de este programa, conocido como “Cuidadores-300”, en alusión a los 300 millones de coronas suecas que ponía a disposición de los ayuntamientos, incluían:

- programas de sustitución de personas cuidadoras informales en el domicilio de la persona dependiente;
- servicios de asesoramiento y apoyo emocional;
- programas de ocio y vacaciones para personas cuidadoras informales;
- visitas preventivas de enfermería para ofrecer a las personas cuidadoras informales asesoramiento sobre su salud.

Cabe también destacar, la creación de una red de centros de atención que ofrecen formación, asesoramiento, grupos de apoyo y otros servicios para personas cuidadoras informales, incluidos, en algunos casos, programas de atención de día para las personas a las que atienden.

Al cesar esta línea de financiación en 2001, algunos ayuntamientos cesaron de proveer los servicios creados en el marco del programa. No obstante, se considera que ha contribuido a extender los apoyos disponibles para las personas que prestan cuidados informales a sus familiares (Glendinning, C, 2004).

Tabla 6. Proporción de municipios que ofrecen distintos servicios de apoyo para personas cuidadoras informales

	1999	2002
Grupos de apoyo para cuidadores/as	28	83
Centros de atención a cuidadores/as (<i>carer's resource centre</i>)	7	56
Servicios de información y orientación para cuidadores/as	5	68
Apoyo emocional	47	77

Fuente: Johansson, L. (2005). *Supporting Family Carers of Older People in Europe –the National Background Report for Sweden.*

3.1.2. Otras medidas de reducción de la demanda: visitas preventivas y capacitación a domicilio

Las intervenciones preventivas y rehabilitadoras dirigidas a disminuir las necesidades de apoyo de las personas con limitaciones en su autonomía son, como se ha indicado, la manera menos problemática de reducir la demanda de servicios formales de apoyo e, indirectamente, de reducir el gasto público dedicado a ellos, dado que no tienen un impacto negativo en la calidad de vida de la persona; antes bien, favorecen su desenvolvimiento autónomo y, en consecuencia, pueden incrementar su autoestima y su bienestar psicológico.

Con todo, las intervenciones preventivas se han aplicado con carácter fragmentado, local y, frecuentemente, experimental. Ello probablemente se debe a dos razones:

- En primer lugar, debido a dificultades metodológicas, en la práctica no ha resultado fácil demostrar la efectividad de estas intervenciones a la hora de reducir las necesidades de atención. En efecto, una característica diferenciadora de los programas preventivos, respecto a otro tipo de intervenciones, es que exige una evaluación longitudinal, con un periodo de seguimiento suficientemente prolongado para observar los efectos de la intervención. Esto, unido a la necesidad de utilizar diseños experimentales con un tamaño de muestra lo bastante amplio, ha dificultado el disponer de datos concluyentes con los que convencer a los gestores públicos.

- por otra parte, aun cuando se ha podido demostrar su coste-efectividad, las intervenciones preventivas suponen una inversión a largo plazo, en la medida en que los beneficios no son inmediatos, con lo que asegurar una fuente de financiación estable para este tipo de servicios exige un mayor compromiso político en comparación con intervenciones que proporcionan resultados más inmediatos.

Estos motivos, entre otros, han hecho que los programas preventivos, de promoción de la autonomía personal, se hayan aplicado de manera fragmentada y que, frecuentemente, no se hayan mantenido más allá de la fase experimental. Una notable excepción es el caso de Dinamarca, que ha apostado por la detección proactiva de necesidades mediante visitas domiciliarias preventivas a todas las personas mayores. También cabe mencionar, por la efectividad que están demostrando a la hora de reducir las necesidades de atención de la población mayor, los programas de capacitación a domicilio del Reino Unido. A continuación se ofrece una breve descripción de estos programas, así como los principales resultados que se han obtenido de acuerdo con los estudios de evaluación realizados hasta el momento.

3.1.2.1. Visitas preventivas para personas mayores en Dinamarca

En 1991, la Comisión Nacional sobre Envejecimiento publicó un informe en el que recomendaba la adopción de medidas de promoción de la autonomía personal y de prevención de la dependencia entre las personas mayores, lo que llevó al gobierno danés a establecer un programa de visitas domiciliarias preventivas dirigidas a esta población.

Desde 1996, una ley estatal obligaba a los ayuntamientos daneses a ofrecer, a todas aquellas personas mayores de 75 años que no reciben servicios formales de atención personal, al menos dos visitas domiciliarias preventivas anuales por parte de trabajadores o trabajadoras sociales del ayuntamiento. Estas visitas tienen por objetivo valorar las necesidades actuales de las personas mayores, anticipar futuras necesidades de apoyo y fomentar su autocuidado (Glendinning, C., 2009). Inicialmente, las visitas se dirigían a la población mayor de 80 años; en julio de 1998 el programa se extendió a todas las personas mayores de 75 años pero, desde mayo de 2005 se ha vuelto a restringir, dando a los ayuntamientos la posibilidad de no ofrecer visitas a aquellas personas que reciben servicios formales de ayuda a domicilio tanto para tareas de atención personal como de atención doméstica.

Las visitas domiciliarias son voluntarias para las personas mayores; los datos disponibles indican que en torno a una cuarta parte de la población mayor de 75 años –el 26,6% de los hombres y el 27,6% de las mujeres– recibieron al menos una visita preventiva en el año 2011. Dado que las visitas no se dirigen a toda la población mayor de esa edad, sino únicamente a aquellas personas que no reciben servicios formales, se estima que el programa está llegando a alrededor de una tercera parte de su población diana.

Tabla 7. Personas usuarias del programa de visitas preventivas para personas mayores y número medio de visitas por persona, en función del sexo. Dinamarca 2011.

	Nº de personas que recibieron al menos una visita	Cobertura (usuarios/as por 100 >75 años)	Nº visitas por usuario/a (media)
Hombres	41.144	26,62	1,07
Mujeres	65.239	27,57	1,08
Total	106.383	27,20	1,08

Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas oficiales de Statistics Denmark

La norma que creó el programa de visitas domiciliarias preventivas en 1996 no especificaba el contenido que debía darse a las visitas. En consecuencia, se producían grandes diferencias entre los municipios en la manera de interpretar e implementar la norma, tal y como puso de manifiesto un estudio de evaluación del programa llevado a cabo entre el año 1999 y el 2001. Las recomendaciones del equipo técnico que realizó dicha evaluación, orientadas a homogeneizar las prestaciones ofrecidas en todo el país e incrementar su efectividad, señalaban la importancia de que las visitas incluyeran una valoración multidimensional de las necesidades de la persona, incluyendo su capacidad funcional, su grado de bienestar, su estilo de vida y los riesgos asociados, las condiciones del domicilio y su capacidad para la autodeterminación. También debían incluir una revisión de la medicación y la derivación a los servicios sanitarios y de rehabilitación convenientes.

A pesar de las diferencias entre municipios, la evaluación mostró un efecto positivo de la intervención preventiva en las personas mayores, especialmente entre las mujeres y entre las que superaban los 80 años de edad. La intervención lograba diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que recibían visitas preventivas y los que no las recibían, con un menor deterioro funcional de las primeras. La evaluación de coste-efectividad mostró, además, que la intervención resultaba neutral en lo referente al coste, es decir, no implicaba un mayor gasto para las arcas públicas danesas una vez considerado el ahorro que se producía en la utilización de servicios sanitarios y sociales entre quienes recibían las visitas.

En 2007, la mayoría del personal que llevaba a cabo visitas domiciliarias preventivas en Dinamarca era personal de enfermería, aunque también estaban presentes otras categorías profesionales como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores/as sociales. Una evaluación de la calidad de las visitas domiciliarias preventivas, realizada en 2006 en 14 municipios daneses, y que incluía una encuesta a profesionales empleados en estos programas, desveló que todas las profesionales tenían alguna formación en valoración de necesidades (generalmente un curso oficial de dos semanas de duración); y que, por término medio, tenían una experiencia de 3,7 años en el sector, principalmente como trabajadoras del servicio de ayuda a domicilio (Vaas, M., et al, 2006).

3.1.2.2. *Servicios de recapitación a domicilio en el Reino Unido*

a) Definición

Los servicios de re-capitación a domicilio constituyen una nueva modalidad de atención domiciliaria desarrollada, en la mayoría de los casos, como una prolongación de los distintos proyectos de atención intermedia puestos en marcha por los ayuntamientos ingleses en la última década. Como consecuencia de ello, existen numerosas diferencias de enfoque entre los diferentes proyectos e, incluso, en la manera de entender el concepto de recapitación. A pesar de esta diversidad, de acuerdo con un informe publicado en 2007 por el Servicio Nacional de Salud, dentro de su programa para la Mejora de la Eficiencia de los Servicios de Atención (*Care Services Efficiency Delivery Programme*), los servicios de recapitación a domicilio se pueden definir como: “Servicios dirigidos a personas con problemas de salud física y/o mental, cuyo objetivo consiste en ayudarles a adaptarse a su enfermedad, aprendiendo o recuperando las capacidades necesarias para la vida diaria”.

De acuerdo con los autores del informe, en el que se realizó una encuesta a los más de 60 ayuntamientos ingleses que, en diciembre de 2006, contaban con servicios de recapitación a domicilio, las características definitorias de estos servicios son (Care Services Improvement Partnership, 2007):

- Una dimensión educativa –de empoderamiento– de las personas usuarias, y un cambio de mentalidad para sustituir la práctica de “hacer las tareas en lugar de la persona usuaria” por la de “ayudar a la persona usuaria a que haga las tareas”.

- Una organización articulada en torno a los objetivos que se deben conseguir para cada persona usuaria, con una duración máxima estipulada. Se trata de definir determinados objetivos y de establecer plazos máximos para conseguirlos, en lugar de simplemente prestar las horas de atención asignadas.
- Funcionar como equipos de valoración sobre el terreno, reconociendo que la asignación de paquetes de atención de larga duración no puede basarse en una única entrevista de valoración, sino que requiere una observación más prolongada de las capacidades de la persona usuaria.

Se trata, por lo tanto, de servicios intensivos, de corta duración –generalmente seis semanas– durante las cuales se procura que la persona usuaria recupere en la mayor medida posible sus capacidades y habilidades para manejarse en las actividades diarias, se valora detenidamente la necesidad de prestar a la persona servicios de atención domiciliaria de manera continuada y se determina la intensidad que debe tener dicho servicio en caso de ser necesario.

Desde su introducción, los servicios de recapitación se han convertido en una de las principales estrategias del gobierno inglés para contener la demanda de ayuda a domicilio: en otoño de 2010, el parlamento inglés aprobó una nueva línea de financiación de 70 millones de libras (unos 87 millones de euros) para el desarrollo de servicios de recapitación dirigidos a facilitar el alta hospitalaria, con una previsión de 150 millones de libras (unos 186,6 millones de euros) adicionales para el año 2011-2010 y de 300 millones de libras (373 millones de euros) anuales para el periodo 2012-2015.

b) Principales tipos de recapitación a domicilio

Dado que se trata de experiencias que se han ido desarrollando a partir de los servicios de atención domiciliaria existentes en cada municipio, existe una gran heterogeneidad en cuanto al tipo de prestaciones que se incluyen en el servicio, a las condiciones de acceso al mismo y a la manera en que se gestiona. Los servicios existentes actualmente en Inglaterra se pueden clasificar, no obstante, en dos grandes grupos:

- Servicios de “acogida y valoración”. Son equipos que acogen a todas las personas que se derivan a los servicios de ayuda a domicilio desde los servicios sociales de base. Los equipos se encargan de valorar las necesidades de la persona y de derivarla a los servi-

cios convencionales de ayuda a domicilio en caso de considerar que no pueden beneficiarse del servicio de capacitación.

- Servicios de “apoyo al alta hospitalaria” acogen únicamente a aquellas personas que vuelven a sus domicilios tras un periodo de hospitalización. Se trata de mejorar la capacidad de éstas para desenvolverse en el domicilio y evitar, así, la probabilidad de que necesiten de los servicios convencionales de ayuda a domicilio en el futuro.

La tabla siguiente recoge las principales características de los servicios de cinco ayuntamientos ingleses que accedieron a participar en un estudio de evaluación longitudinal de la efectividad y eficiencia de los servicios de capacitación a domicilio, llevado a cabo por la *Social Policy Research Unit*, de la Universidad de York, y la *Personal Social Services Research Unit*, de la Universidad de Kent (Glendinning, C. et al, 2010).

Tabla 8. Principales características de cinco servicios de capacitación a domicilio en Inglaterra.

	Servicio 1	Servicio 2	Servicio 3	Servicio 4	Servicio 5
Tipo de servicio	Servicio de acogida y valoración	Servicio de acogida y valoración	Servicio de acogida y valoración	Servicio de acogida y valoración	Servicio de acogida y valoración
Criterios de acceso	Personas con necesidades sustanciales y críticas	Personas con necesidades sustanciales y críticas	Personas con necesidades moderadas, sustanciales y críticas	Personas con necesidades sustanciales y críticas	Personas con necesidades sustanciales y críticas
Organización del servicio	Nuevo servicio especializado	Integrado en el servicio de ayuda a domicilio municipal.	Nuevo servicio especializado	Nuevo servicio especializado	Nuevo servicio especializado
Competencia / financiación	Servicios sociales municipales	Servicios sociales municipales	Servicios sociales municipales	Conjuntamente entre los servicios sociales municipales y el Servicio de salud estatal	Conjuntamente entre los servicios sociales municipales y el Servicio de salud estatal
Periodo de formación inicial para los profesionales	2 días	1 día	2 días	2 semanas	½ día
Participación económica de la persona usuaria	Gratuito durante los primeros días	Gratuito durante 2 semanas	Gratuito durante 2 semanas	Gratuito	Gratuito

Fuente: adaptado de Rabiee, P. y C. Glendinning (2011). “Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference?”. *Health and Social Care in the Community*, vol. 19, nº5, págs. 495-503.

Al contrario de lo que ocurre con los servicios convencionales de atención domiciliaria –que se subcontratan con mucha frecuencia– los servicios de capacitación a domicilio se prestan generalmente directamente desde los servicios municipales. En los cinco casos estudiados, los servicios de capacitación han evolucionado a partir de los servicios de atención domiciliaria de titularidad y gestión municipal: en cuatro de los cinco casos, se ha producido una transfor-

mación de los antiguos servicios de ayuda a domicilio en nuevos servicios especializados de capacitación, mientras que en uno de ellos, el equipo de capacitación ha quedado integrado en la estructura del servicio de ayuda a domicilio.

Todos los servicios habían comenzado como proyectos dirigidos a una población muy específica, generalmente personas que volvían al domicilio tras un alta hospitalaria, pero todos han ido ampliando sus funciones y su población destinataria, hasta convertirse en servicios de acogida y valoración de todas las personas adultas que acceden por primera vez a los servicios de ayuda a domicilio, lo que ha supuesto la asunción de nuevas funciones relacionadas con la valoración de necesidades.

Los servicios analizados habían reciclado su personal de ayuda a domicilio para llevar a cabo las funciones de capacitación y valoración de necesidades. Además de una formación inicial en la filosofía y los principios de la capacitación –con grandes diferencias entre los servicios en cuanto a su duración– todos los servicios ofrecían cursos específicos sobre atención a personas con necesidades especiales (personas con demencia o con discapacidades visuales, por ejemplo) y, en dos de ellos, también se ofrecía formación en la valoración de las necesidades de las personas usuarias en relación con las ayudas técnicas y pequeñas adaptaciones de la vivienda.

c) Evaluación de la efectividad y de la eficiencia de los servicios de capacitación

Por lo que a los resultados obtenidos se refiere, los estudios llevados a cabo hasta el momento indican que los servicios de capacitación pueden ser muy efectivos a la hora de reducir el número de personas usuarias que requieren una atención continuada por parte de los servicios de ayuda a domicilio, y de disminuir, al mismo tiempo, la intensidad de atención que requieren aquellas personas que continúan siendo atendidas.

En efecto, un reciente estudio, en el que se ha analizado la utilización de servicios sociales por parte de una muestra de personas atendidas en los servicios de capacitación de Leicestershire, Salford, Sutton y Wirral en los 24 meses siguientes a su alta del servicio, muestra que entre el 33% y el 45% de las personas atendidas no necesitaron atención continuada por parte de los servicios de atención domiciliaria tras haber sido dadas de alta en el servicio de re-capacitación. Por otra parte, se constata que, para una parte significativa de las personas que necesitaron atención domiciliaria tras haber pasado por el servicio, el periodo de tiempo entre ambos epi-

sodios de atención fue de más de un año y necesitaron una intensidad de atención inferior a la que se había previsto antes de su participación en el programa.

Además, los responsables de los departamentos de servicios sociales y de los programas de capacitación entrevistados durante la investigación mostraron su convencimiento de que el programa tenía el efecto deseado de reducir la demanda de ayuda a domicilio por parte de las personas que habían sido usuarias del servicio. Además, indicaron que los beneficios aportados a las personas atendidas en términos de una menor necesidad de atención, por pequeños que fueran, justificaban la idea de extender el servicio a todas las personas usuarias y no sólo a aquellas que más se podían beneficiar del mismo.

Más recientemente, un estudio de evaluación ha analizado el impacto del servicio de capacitación a domicilio de la ciudad de Edimburgo en la demanda de ayuda a domicilio (McLeod, B., y M. Mair, 2009). Para ello, se recogieron datos sobre la intensidad de atención que precisaron, antes y después de utilizar el servicio de capacitación, los primeros 90 usuarios del programa. Los resultados obtenidos se compararon con los de una muestra de 90 personas con características similares que recibían el servicio de ayuda a domicilio habitual en otra zona de Edimburgo. Además de medir la cantidad de ayuda necesaria antes y después de las 6 semanas de intervención, se hizo un seguimiento de 3 meses de los participantes, para ver si los efectos de la intervención se mantenían en el tiempo.

El estudio halló una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de capacitación y el grupo de control en cuanto a la reducción del número de horas de atención domiciliar necesarias al término de la intervención. Teniendo en cuenta la intensidad media del servicio antes y después de las 6 semanas de capacitación:

- El grupo que recibió el servicio pasó de necesitar 7,92 horas semanales de media, a necesitar 4,67 horas semanales tras 6 semanas de capacitación.
- El grupo de control, en cambio, incrementó sus necesidades de atención, pasando de 8,21 horas semanales de media, a 8,35 horas semanales tras 6 semanas recibiendo el servicio de ayuda a domicilio tradicional.
- La intensidad mediana, es decir la que deja por debajo al 50% de la población considerada, se redujo de 7 horas semanales a 3 horas semanales en el grupo de intervención, mientras que se mantuvo en 7 horas semanales al final de las 6 semanas en el grupo que recibió el servicio convencional.

Los datos recogidos a los 3 meses de haber finalizado la intervención, sugieren que la reducción en el número de horas se mantiene a medio plazo.

Finalmente, el estudio antes mencionado en el que se analizaron los servicios de capacitación en cinco municipios ingleses, ha analizado el impacto de los servicios de capacitación a domicilio en la calidad de vida de las personas usuarias y en la utilización de servicios sanitarios y sociales (Glendinning, C. et al., 2010). La efectividad y la eficiencia de estos servicios compararon con los de cinco municipios que ofrecían los servicios convencionales de ayuda a domicilio. Los principales resultados de esta investigación, llevada a cabo entre noviembre de 2008 y mayo de 2010, fueron los siguientes:

- De acuerdo con los datos aportados por los ayuntamientos que participaron en el estudio, el coste medio de un episodio de capacitación es de 2.088 libras esterlinas por persona usuaria –unos 2.600 euros– (con un rango de entre 2.000 y 4.443 euros por persona usuaria). El coste medio por hora de atención directa es de 20 libras esterlinas (24,8 euros), y el coste medio por hora de contacto con la persona usuaria, incluida la dedicación indirecta, asciende a 40 libras esterlinas (49,6 euros) por persona.
- El estudio demostró que la capacitación a domicilio reduce la utilización de servicios sociales: el coste debido a la utilización de servicios sociales convencionales fue un 60% menor en el grupo de personas que recibió capacitación, en comparación con el grupo que recibió el servicio de ayuda a domicilio habitual. Sin embargo, el ahorro conseguido por esta vía se anulaba prácticamente una vez considerado el gasto inicial que suponía el servicio de capacitación, de manera que el coste de la atención provista durante los 12 meses de seguimiento fue, finalmente, similar en ambos grupos (el saldo final era de 380 libras esterlinas (472,4 euros) a favor del grupo que había recibido el servicio de capacitación).
- Respecto a la utilización de servicios de salud, el grupo que recibió el nuevo servicio originó un gasto sanitario significativamente mayor que el grupo de comparación durante las 8 primeras semanas del estudio (probablemente porque muchas de las personas que recibían el nuevo servicio habían sido derivadas al mismo tras un episodio de hospitalización). Con todo, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en los 10 meses siguientes. Al tomar en cuenta las características de las personas atendidas, no se apreciaron diferencias en el coste medio de los servicios de salud utilizados por los dos grupos durante los 12 meses de estudio.

- Los efectos de la recapitación en la calidad de vida de las personas atendidas fueron muy positivos, lo que hace que el servicio pueda considerarse coste-efectivo con una gran probabilidad: adoptando un umbral convencional en lo que se refiere a la disposición social a pagar por cada año de vida libre de enfermedad ganado gracias a la intervención (que habitualmente se sitúa entre 20.000 y 30.000 libras esterlinas) la probabilidad de que la recapitación a domicilio resulte una alternativa coste-efectiva a la ayuda a domicilio convencional es muy elevada, de entre el 78 y el 99%⁸. Esto significa que, para la gran mayoría de los casos, cada año de vida libre de enfermedad que ganan las personas usuarias gracias a los servicios de recapitación tiene un coste inferior al precio que la sociedad estaría dispuesta a pagar por dicho incremento de la calidad de vida.

A modo de conclusión cabe decir que, si bien las investigaciones individuales llevadas a cabo tienen ciertas limitaciones, la acumulación de resultados similares en sucesivos estudios de investigación parece indicar que los servicios de recapitación a domicilio tienen un elevado potencial para reducir las necesidades de atención de la población dependiente y esto redundaría en una menor demanda de servicios de servicios formales por parte de quienes reciben este servicio intensivo de corta duración.

Finalmente, una cuestión que, de acuerdo con los estudios realizados, queda todavía por resolver es si los servicios de recapitación deben dirigirse a toda la población susceptible de requerir ayuda a domicilio, o bien centrarse en grupos específicos, como las personas que se recuperan de una enfermedad aguda, para quienes parecen maximizarse los beneficios de la intervención. No obstante, si bien la eficiencia del servicio de recapitación parece más limitada en el caso de personas con enfermedades crónicas o discapacidades permanentes, los expertos señalan a la utilidad del servicio de cara a una adecuada valoración de las necesidades de atención de estas personas, lo que permite una mejor gestión de la ayuda a domicilio convencional.

⁸ La disposición social a pagar por un año adicional de vida libre de enfermedad, o año de vida ajustado por calidad (AVAC), es una medida que se utiliza en algunos tipos de evaluaciones económicas (los estudios de coste-utilidad) para medir la eficiencia de los servicios. Se trata de un valor monetario, establecido por convención, que expresa la cantidad de dinero que la sociedad estaría dispuesta a pagar por cada unidad de incremento de la calidad de vida conseguida gracias a una intervención. En otras palabras, constituye un umbral por encima del cual seguir invirtiendo en mejorar la calidad de vida no resulta económicamente rentable para la sociedad (porque la inversión que supone es mayor que el beneficio económico que reporta). Existen diferentes metodologías para establecer este umbral, aunque en la literatura sanitaria frecuentemente se manejan valores que rondan los 30.000 euros por AVAC. En el Reino Unido, el Instituto Nacional para la Excelencia en el Ámbito Clínico y de la Salud (NICE) generalmente asume que un coste de entre 20.000 y 30.000 libras esterlinas puede resultar un coste aceptable por cada AVAC ganado. Así, se considera que la intervención es eficiente cuando el coste de cada AVAC ganado gracias a la intervención es inferior a ese valor convencional.

3.2. Medidas de reducción de la oferta del servicio

Además de las medidas dirigidas a contener la demanda de ayuda a domicilio, el objetivo de contención del gasto en servicios domiciliarios también se ha perseguido a través de la reducción de la oferta, mediante medidas dirigidas a:

- endurecer los criterios de acceso al servicio, limitándolo a las personas con mayores necesidades de atención;
- reducir la intensidad de atención, ya sea estableciendo límites máximos a la atención financiada públicamente o mediante la delimitación de las responsabilidades de las personas co-residentes en la atención de la persona dependiente;
- limitar la oferta a la atención personal, es decir, excluir la atención doméstica de los servicios públicos de ayuda a domicilio.

3.2.1. Restringir el acceso al servicio de ayuda a domicilio

De acuerdo con la literatura especializada, una de las respuestas de los países europeos al problema de la sostenibilidad de los servicios de atención domiciliaria ha sido endurecer los criterios de acceso a los mismos. Esta práctica, que se ha venido a denominar *targeting* en la literatura anglosajona, se ha explorado principalmente por dos razones:

- En primer lugar, porque endurecer los criterios de acceso reduce el número de potenciales beneficiarios del servicio, y esto permite disminuir el gasto generado, siempre que la reducción en el número de beneficiarios del servicio no vaya aparejada a un incremento de la intensidad de la atención prestada a la población que continúa accediendo al mismo.
- También, porque se considera que, cuando el endurecimiento de los criterios de acceso supone dirigir los recursos existentes a la población con mayor necesidad (ésta sería, en realidad, la definición más precisa del concepto de *targeting*), se alcanza una mayor eficiencia en el uso de recursos públicos.

A continuación se realiza una breve descripción de los sistemas de acceso a los servicios de ayuda a domicilio en algunos países europeos y de las reformas introducidas de cara a limitar el acceso al mismo.

3.2.1.1. Principales características de los sistemas de acceso a la ayuda a domicilio en algunos países europeos

Con carácter general, en la mayoría de los países europeos, los servicios de ayuda a domicilio dependen de las administraciones municipales, quienes son competentes para la provisión de servicios sociales comunitarios. En un segundo nivel, las administraciones que aquí denominaremos supramunicipales –que pueden abarcar el ámbito administrativo de una provincia, un condado, una región, un departamento– y, en algunos casos incluso, las administraciones estatales, pueden participar en la financiación de los servicios y también en su planificación. El acceso al servicio de ayuda a domicilio, como al conjunto de los servicios sociales, suele quedar condicionado al cumplimiento de unos requisitos establecidos atendiendo a criterios de necesidad que, habitualmente, se establecen a nivel local, lo que determina una gran variabilidad intermunicipal dentro de cada país.

A este marco general de actuación, viene a sumarse, desde mediados de los años 90, la introducción en algunos de los países –como Austria, Alemania, Francia u Holanda, y más recientemente Italia o España– de sistemas de atención a la dependencia que reconocen el derecho subjetivo de las personas dependientes a determinados servicios o prestaciones, entre ellos los de atención domiciliaria⁹. En tales supuestos, lo habitual es que los criterios básicos de acceso a estos servicios se determinen a nivel central, con aplicación al conjunto del territorio estatal, y que su financiación recaiga también en ese nivel.

En la siguiente tabla se recogen, sintéticamente, las principales características de los sistemas de acceso al servicio de ayuda a domicilio en algunos países europeos, con indicación de la vía de acceso, de la modalidad de la prestación (en especie o económica), de la población beneficiaria, del nivel administrativo del que depende y del nivel administrativo en el que se determinan los criterios de acceso.

⁹ La apertura de este derecho subjetivo para las personas dependientes, hace que, en estos países, los servicios de ayuda a domicilio financiados desde el sistema general de servicios sociales cumplan un papel subsidiario, orientado a completar la atención que reciben las personas dependientes a través de las ayudas previstas en los sistemas de dependencia cuando carecen de recursos suficientes, o bien a ofrecer atención con un carácter más preventivo a las personas autónomas cuando acrediten requerir un apoyo domiciliario.

Tabla 9. Sistemas de acceso a los servicios de ayuda a domicilio en algunos países europeos

	Vía de acceso al SAD	Modalidad de la prestación	Nivel administrativo del que depende	Población a la que se dirige	Acceso universal / selectivo	Nivel de determinación de los criterios de acceso
Alemania	▪ Seguro de Dependencia	▪ En especie ▪ P. económica	▪ Administración central	▪ Personas dependientes	▪ Universal	▪ Nivel estatal
	▪ Sistema Federal de Asistencia Social	▪ En especie	▪ Administración municipal	▪ Personas con bajos ingresos (dependientes y no dependientes)	▪ Selectivo	▪ Nivel local
Austria	▪ Prestación de Cuidados de Larga Duración.	▪ P. económica	▪ Administración central	▪ Personas dependientes	▪ Universal	▪ Nivel estatal
	▪ Sistema de Asistencia Social	▪ En especie	▪ Administración supramunicipal (Estados Federados o Länder)	▪ Toda la población en situación de necesidad	▪ Selectivo	▪ Nivel supraterritorial (estados federados)
Dinamarca	▪ Sistema de Servicios Sociales	▪ En especie	▪ Administración municipal	▪ Toda la población en situación de necesidad	▪ Universal	▪ Nivel local
Francia	▪ Prestación Personalizada de Autonomía (APA)	▪ P. económica	▪ Administración Supramunicipal (Departamento)	▪ Personas mayores dependientes	▪ Universal	▪ Nivel estatal
	▪ Prestación de Compensación para Personas con Discapacidad (PCH)	▪ P. económica	▪ Administración central	▪ Personas con discapacidad	▪ Universal	▪ Nivel estatal
	▪ Sistema de Asistencia Social (Aide Sociale)	▪ En especie	▪ Administración supramunicipal (Departamento)	▪ Personas mayores con dependencia leve o no dependientes, con ingresos inferiores a la pensión no contributiva de jubilación	▪ Selectivo	▪ Nivel supraterritorial
	▪ Asistencia Social de las Mutuas de Jubilación	▪ En especie	▪ Privado	▪ Personas mayores con dependencia leve o no dependientes con ingresos superiores al umbral para recibir asistencia social	▪ Selectivo	▪ Varía de una mutua a otra
Inglaterra	▪ Sistema de Servicios Sociales	▪ En especie	▪ Administración municipal	▪ Toda la población en situación de necesidad	▪ Selectivo	▪ Nivel local
Suecia	▪ Sistema de servicios sociales	▪ En especie	▪ Administración municipal	▪ Toda la población en situación de necesidad	▪ Universal	▪ Nivel local

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con esta distribución de las competencias para establecer los criterios de acceso a los servicios de ayuda a domicilio, se dan situaciones distintas en función de la vía de acceso:

- En general, el acceso a las prestaciones de los sistemas de atención a la dependencia, que constituye un derecho para las personas valoradas como tal, depende únicamente del grado de necesidad que presenta la persona demandante; otros criterios, como el nivel de recursos o la disponibilidad de cuidadores informales, no se tienen en cuenta a la hora de abrir el acceso a la ayuda a domicilio, si bien es cierto que los ámbitos que

se toman en consideración a la hora de definir y valorar la necesidad varían muy considerablemente entre los países (ver *Tabla 10*).

- En Alemania, la ley que regula el Seguro de Dependencia establece que tienen derecho a las prestaciones del sistema aquellas personas que requieren ayuda para al menos dos de las siguientes actividades: movilidad, alimentación e higiene personal, siendo además necesario que precisen esa ayuda por lo menos una vez al día y durante al menos una hora y media diaria; así es como se definen las situaciones de grado mínimo de dependencia para el acceso al sistema. La norma define, además, otros dos niveles de severidad atendiendo a la frecuencia y la intensidad de la atención requerida: las personas que precisan ayuda como mínimo tres veces al día, durante al menos 3 horas diarias, se situarían en el nivel intermedio de dependencia, mientras que las personas que pueden requerir ayuda en cualquier momento del día y durante más de 5 horas diarias se situarían en el nivel máximo.
- En Austria, tienen derecho a la Prestación de Cuidados de Larga Duración aquellas personas a quienes se reconoce una necesidad de atención de 50 horas mensuales como mínimo. Por encima de este mínimo, se establecen otros 4 niveles de dependencia cuya necesidad de atención se incrementa gradualmente hasta las 180 horas mensuales (que se alcanzan en el quinto nivel). Por encima de este último, se sitúan otros dos niveles que se caracterizan por una necesidad de supervisión constante (sexto nivel) o por presentar una inmovilidad absoluta (séptimo nivel).
- En Francia, la Prestación Personalizada de Autonomía (APA) se dirige a aquellas personas mayores de 60 años que tienen reconocido, como mínimo, un nivel de dependencia moderada en la escala AGGIR. Esta escala valora el grado de coherencia y orientación de la persona, su capacidad para comer y beber, para utilizar el inodoro, para lavarse, para vestirse y desvestirse, para cambiar la posición del cuerpo (sentarse o levantarse) y para desplazarse en el interior de la vivienda. Basándose en esta información, se clasifica a las personas en 6 grupos, quedando el acceso a la prestación restringido a los cuatro grupos más severos de la escala.

Por otra parte, más recientemente, se ha introducido una nueva prestación, la denominada la Prestación de Compensación, dirigida a las personas con discapacidad de edad inferior a 60 años que presentan una incapacidad absoluta para la realización de al menos una actividad básica de la vida diaria, o bien dificultades graves para la realización de al menos dos actividades. Las actividades consideradas son la movilidad, los cuidados personales, la comunicación y las relaciones sociales.

- En el caso de los servicios de ayuda a domicilio no enmarcados en los sistemas de atención a la dependencia, la determinación de los criterios de acceso generalmente depende de cada administración local (y, en algunos casos, de la administración regional). Esto determina una gran variabilidad en los criterios de acceso a los servicios de unos municipios a otros, a pesar de que, en casi todos los casos, los aspectos o ámbitos que se integran en las valoraciones son comunes:
 - grado de dependencia o dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria (Alemania, Austria, Dinamarca e Inglaterra);
 - situación convivencial o existencia de una red informal de apoyo (Alemania, Austria, Dinamarca e Inglaterra);
 - situación económica (Alemania y Francia).

La tabla siguiente recoge los principales criterios de acceso al servicio de ayuda a domicilio o a las prestaciones económicas individuales que pueden utilizarse para financiar dicho servicio en los países considerados.

Tabla 10. Criterios de acceso al servicio de ayuda a domicilio o a las prestaciones económicas individuales y fondos personales para la adquisición de atención domiciliaria en algunos países europeos.

País	Prestación /servicio	Criterios de acceso
Alemania	Seguro de Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener dificultades para dos o más de las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Movilidad - Alimentación - Higiene personal (incluida la incontinencia y la utilización del w.c.) ▪ Necesitar atención al menos una vez al día. ▪ Necesitar un mínimo de 1,5 horas de atención diarias
	Ayuda a domicilio municipal	<p>Los criterios se establecen a nivel municipal y pueden variar de un municipio a otro. No obstante, se suelen valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria. ▪ La situación convivencial (disponibilidad de apoyo informal) ▪ La situación económica

País	Prestación /servicio	Criterios de acceso
Austria	Prestación de Cuidados de Larga Duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La prestación económica se dirige a las personas que tienen necesidades permanentes de cuidados de larga duración. ▪ Los requisitos básicos de acceso son: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentar una discapacidad física, intelectual o sensorial asociada a una enfermedad, a una deficiencia o a la edad. ▪ Necesitar, a consecuencia de dicha condición, ayuda para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. ▪ Pronosticarse un periodo mínimo de 6 meses durante los cuales será necesaria dicha ayuda. ▪ Requerirse un nivel de apoyo mínimo de 50 horas mensuales (algo más de hora y media diaria). A partir de 2011, dicho límite se ha subido a 60 horas mensuales.
	Ayuda a domicilio del Sistema de Asistencia Social	<p>Cada Länder establece sus propios criterios de acceso a los servicios. No obstante, generalmente se valoran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las dificultades de la persona para la realización de las actividades de la vida diaria ▪ La situación convivencial o la existencia de una red social de apoyo.
Dinamarca	Servicios sociales municipales	<p>Cada municipio establece sus propios criterios pero existen unas directrices nacionales que establecen que se deben valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La salud y la autonomía de la persona (teniendo en cuenta la situación de la vivienda y la utilización de ayudas técnicas) ▪ La disponibilidad de cuidadores informales que convivan con la persona (sólo en relación a la ayuda menajera)
Francia	Prestación Personalizada de Autonomía (APA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser mayor de 60 años ▪ Tener reconocida al menos una dependencia moderada.
	Prestación de Compensación para Personas con Discapacidad (PCH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener menos de 60 años ▪ Tener una incapacidad absoluta para una o una incapacidad parcial para dos de las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Movilidad - Cuidados personales - Comunicación - Relaciones sociales.
	Ayuda a domicilio de los Departamentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser mayor de 65 años o de 60 en caso de incapacidad laboral. ▪ Disponer de unos ingresos iguales o inferiores a la prestación no contributiva de jubilación. ▪ Disponer de un certificado médico que justifique la necesidad de ayuda.
	Ayuda a domicilio de las Mutuas de Jubilación.	Cada mutua establece sus propios criterios.
Ingllaterra	Servicios sociales municipales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las directrices conocidas como <i>Fair Access to Care Services (FACS)</i>, publicadas por el gobierno establecen que se debe valorar el riesgo que presenta la persona en relación con: <ul style="list-style-type: none"> - Su autonomía y autodeterminación - Su salud y seguridad (incluye el riesgo de abuso y negligencia, así como la situación de la vivienda y el entorno social) - Su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria - Su capacidad para participar en la vida social y comunitaria. ▪ Se debe valorar si dicho riesgo es crítico, sustancial, moderado o leve. ▪ Cada ayuntamiento puede decidir qué niveles de riesgo va a atender, en función de su capacidad presupuestaria y de sus prioridades en materia de política social y servicios sociales.
Suecia	Servicios sociales municipales	Cada municipio establece sus propios criterios de acceso y su propio sistema de valoración. No existen directrices de nivel estatal

Fuente: elaboración propia

3.2.1.2. Reformas dirigidas a endurecer los criterios de acceso al servicio de ayuda a domicilio

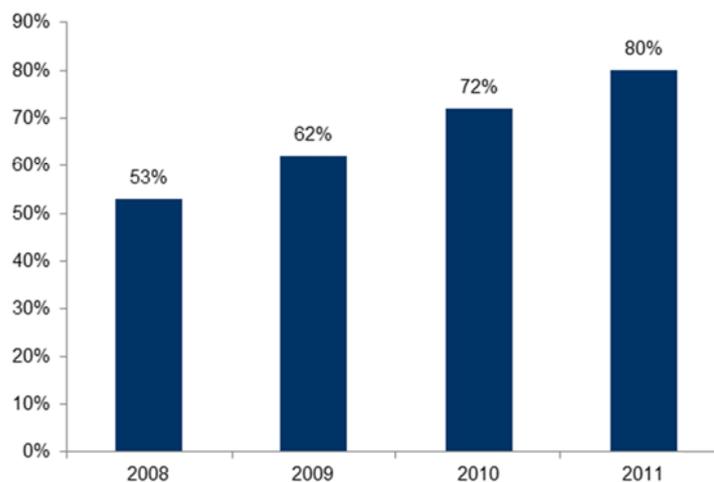
La literatura sobre las reformas introducidas en los servicios de ayuda a domicilio en las últimas décadas advierte de una tendencia, entre los países europeos, a restringir el acceso a los mismos. En algunos casos, como en Inglaterra o en Austria, las reformas se han introducido de forma explícita, mientras que en otros casos –como, por ejemplo, en Suecia o en Dinamar-

ca– la reducción de la cobertura de los servicios ha tenido lugar sin que, aparentemente, se haya producido ningún cambio en la normativa o en los objetivos estratégicos de las administraciones competentes (Meinow, B. I. Kåreholt y M. Lagergren, 2005; Rostgaard, T, 2010).

- En Inglaterra, la preocupación por las desigualdades territoriales existentes en el acceso a los servicios sociales de atención personal –entre los que se incluyen los servicios de ayuda a domicilio–, llevó al gobierno a aprobar, en 2003, unas directrices generales conocidas bajo la denominación de *Fair Access to Care Services (FACS)*¹⁰, que unifican el proceso de valoración que deben aplicar los ayuntamientos para la adjudicación de servicios. En su marco se establece que se debe valorar el nivel de riesgo –crítico, sustancial, moderado o leve– que presenta la persona en diferentes ámbitos de la vida, obedeciendo a los criterios contenidos en las directrices, que definen, para cada uno de los ámbitos considerados, qué situaciones caracterizan cada nivel de riesgo. Sin embargo, las directrices nacionales sólo obligan a la cobertura del nivel crítico, quedando la cobertura de las personas que se encuentran en los otros tres niveles –de riesgo sustancial, moderado y leve– supeditada a la capacidad presupuestaria de los ayuntamientos –que son las administraciones competentes en servicios sociales– y de sus prioridades en materia de política social.

Los ayuntamientos están obligados a hacer públicos los niveles de riesgo a los que dan cobertura mediante sus servicios sociales (incluidos los de ayuda a domicilio) y el gobierno monitoriza la evolución de este indicador como parte de su estrategia de calidad y de transparencia en la gestión de los servicios públicos. Los datos disponibles indican que, debido a los recortes presupuestarios a los que se enfrentan, los ayuntamientos están restringiendo el acceso a los servicios de ayuda a domicilio: entre 2008 y 2011 la proporción de ayuntamientos ingleses que atendían únicamente a personas con necesidades críticas o sustanciales pasó del 53% al 80% (un incremento del 50,9%).

¹⁰ Podría traducirse por “Equidad en el Acceso a los Servicios de Atención”.

Gráfico 9. Proporción de Ayuntamientos que cubren únicamente niveles de riesgo crítico o sustancial. Inglaterra 2008-2011.

Fuente: elaboración propia a partir de Fernández, J.L. y T. Snell, 2011; Commission for Social Care Inspection, 2008; y Care Quality Commission, 2011.

Por otra parte, si bien es cierto que, en febrero de 2010, el gobierno publicó nuevas directrices¹¹ que pretenden situar la valoración de necesidades individuales en un marco más amplio de valoración de las necesidades locales, los criterios de acceso a los servicios no han variado –siguen diferenciándose los cuatro niveles de riesgo referidos y depende de los ayuntamientos decidir sobre los niveles a los que se les da acceso–, por lo que se espera que la tendencia a cubrir únicamente a la población con mayores necesidades de atención siga acentuándose: de acuerdo con una encuesta realizada por la Asociación de Directores de Servicios Sociales (ADASS) en mayo de 2011, 19 ayuntamientos pretendían modificar sus criterios de acceso durante 2012, incluidos 15 que pasarían de atender a personas con necesidades moderadas a cubrir únicamente necesidades sustanciales o críticas. Esto supondría que la proporción de ayuntamientos que sólo cubren necesidades críticas o sustanciales alcanzaría prácticamente el 90%.

Esta reducción del nivel de protección ofrecido por los ayuntamientos ingleses a las personas con limitaciones en su autonomía se ha topado con numerosas críticas por dejar a personas con niveles de necesidad relativamente elevados sin acceso a ningún tipo de financiación pública, lo que significa que se ven obligadas a hacer uso de prácticamente todo su patrimonio antes de poder acceder a los servicios públicos y se incrementa la carga de cuidado que recae sobre la red informal de atención. De cara a

¹¹ Department of Health (2010). *Prioritising Need in the Context of Putting People First: A whole system approach to eligibility for social care.*

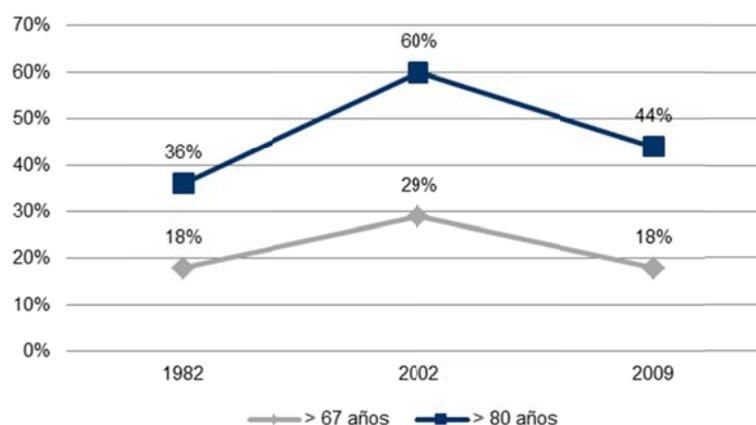
mejorar esta situación, el gobierno nombró una comisión independiente sobre cuidados de larga duración que ha analizado, durante 2010, diversas opciones para reformar el sistema. Las recomendaciones prevén un sistema de financiación mixto, en el que cada ciudadano cubrirá una parte del coste de la atención que requiera a lo largo de la vida (la comisión recomienda que dicha contribución ascienda a 35.000 libras – unos 43.500 euros– por persona), quedando el resto del coste cubierto por el sistema público. Además, las personas con una capacidad económica inferior a esa cifra, tendrían derecho a bonificaciones, es decir, a recibir financiación pública de acuerdo con su nivel de renta (Commission on Funding of Care and Support, 2011). De ser aceptada por el gobierno, esta reforma supondría pasar del actual sistema de carácter selectivo, a ser un sistema de acceso universal.

- En Austria, el acceso a la prestación económica de cuidados de larga duración (*Pflegegeld*), que constituye la única vía por la que se ejerce el derecho a los cuidados de dependencia, se determina en función de la intensidad de atención requerida, de manera que tienen derecho a la prestación las personas que acreditan necesitar un mínimo de horas de atención diarias: cuando se creó la prestación, en 1993, el umbral de acceso a este derecho se situó en 50 horas mensuales de atención pero dicho umbral se incrementó a 60 horas mensuales en 2011, debido a dificultades de financiación. Las personas que se encuentran por debajo de ese umbral de necesidad no tienen derecho a la ayuda pública, aunque pueden, si cumplen determinados criterios de necesidad y convivenciales, acceder a los servicios de ayuda a domicilio del sistema de asistencia social regional.
- En Suecia, a pesar de no haberse producido ninguna reforma en la normativa reguladora de los servicios, diversos estudios han puesto de manifiesto que se está produciendo una reducción de la cobertura de los servicios de ayuda a domicilio. De acuerdo con datos de encuestas representativas de personas mayores realizadas por el Instituto Nacional de Estadística sueco, entre 1989 y 2003, la proporción de personas mayores que recibían ayuda a domicilio pública descendió notablemente: si en 1989 el 37% de las personas mayores de 80 años eran usuarias del servicio, en 2003 dicha proporción se había reducido al 21%. La investigación concluyó que, si bien esta reducción respondía en parte a una reducción de las necesidades de apoyo de las personas mayores para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (la proporción de la población mayor de 80 años con necesidad de apoyo en al menos una actividad de la vida diaria se redujo del 73% al 54% en ese periodo), la menor necesidad de apoyo no

conseguía explicar la variación en la cobertura de los servicios. El estudio también indicaba que la disminución en la cobertura de los servicios obedecía a una inclinación, por parte de los gestores de caso municipales, a concentrar los recursos de ayuda a domicilio en las personas con mayor necesidad: en efecto, mientras que, para el conjunto de las personas mayores, la probabilidad de recibir ayuda a domicilio había disminuido entre 1989 y 2003, entre las personas con problemas de movilidad o con necesidad de apoyo para las actividades de atención personal la probabilidad de recibir apoyo público había aumentado (Larsson, K., 2006).

- En Dinamarca, tras dos décadas de expansión de los servicios de ayuda a domicilio –la cobertura del servicio creció un 66% entre 1982 y 2002 para la población mayor de 67 años, y un 61% entre los mayores de 80 años–, se aprecia una reducción significativa del alcance del servicio en los últimos años, volviendo a los niveles de cobertura que se ofrecían en los años 80. Al igual que en Suecia, los estudios que han analizado la evolución del servicio atribuyen parte de esta reducción a una disminución de las necesidades de apoyo de la población mayor, aunque también se observa una tendencia, por parte de los ayuntamientos, a establecer criterios de acceso más restrictivos, que limitan el acceso al servicio para las personas con necesidades de atención más ligeras (Rostgaard, T., 2010).

Gráfico 10. Evolución de la cobertura del servicio de ayuda a domicilio en Dinamarca, por grupos de edad, 1982-2009.



Fuente: Rostgaard, T., (2010), "Home care in Denmark". En: T. Rostgaard (ed.), *Living Independently at Home (LIVINDHOME). Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 252 págs.

La reducción de la cobertura de los servicios de ayuda a domicilio públicos parece responder, pues, en la mayoría de los países europeos, a un intento de incrementar la eficiencia de los servicios, concentrando los recursos en la población con necesidades más severas.

3.2.2. Reducción de la intensidad de atención

Además de las reformas dirigidas a restringir el acceso al servicio, el objetivo de contener el gasto público destinado a los servicios de ayuda a domicilio se ha perseguido también mediante medidas para reducir el número de horas de atención ofrecidas a las personas usuarias. Por una parte, la mayoría de los países establecen límites a la intensidad máxima de atención que se financia públicamente; por otra parte, algunos países han modificado los criterios de determinación de la intensidad requerida por cada persona que demanda el servicio, de manera que determinadas tareas de atención que habitualmente se cubrían desde los servicios sociales, pasan a considerarse responsabilidad de la familia.

3.2.2.1. Límites a la intensidad máxima del servicio

En general, la existencia de límites máximos en relación con la intensidad de atención que se presta o financia desde los sistemas públicos de servicios sociales, depende de varios factores:

- En primer lugar, depende de la propia orientación del modelo de Estado del Bienestar, que determina el carácter central, subsidiario o residual del papel del Estado a la hora de cubrir las necesidades de atención de las personas dependientes. Así, es una característica de los regímenes de carácter subsidiario, como el alemán o el austríaco, que el sistema público cubra únicamente una parte de las necesidades de atención detectadas, entendiéndose que la responsabilidad de atender a los miembros dependientes de la sociedad corresponde principalmente a las familias, y el papel del Estado debe limitarse a complementar dicha atención. En estos sistemas, la intensidad de atención que se les ofrece a las personas dependientes –o la cuantía de las prestaciones para financiar la atención requerida– es, por definición, inferior a las necesidades detectadas.
- En segundo lugar, depende de la población destinataria de la atención, siendo habitual que se apliquen límites máximos para las personas mayores y que, en cambio, no existan restricciones en el caso de las personas con discapacidad menores de 65 años. Ello obedece a varias razones: por una parte, el hecho de que, a diferencia de las personas mayo-

res, las personas con discapacidad requieran atención durante la mayor parte de su vida hace que las expectativas respecto a las obligaciones de la red informal de atención sean menores; esto, junto con la presión ejercida por los grupos de personas con discapacidad, que han abogado, durante años, por su derecho a vivir de forma independiente, ha determinado que se ofrezca una mayor cobertura a sus necesidades de atención. El hecho de que representen una proporción muy reducida de las personas que demandan servicios de ayuda a domicilio y, por lo tanto, su peso en el gasto público destinado a dichos servicios sea relativamente pequeño, probablemente ha favorecido también la mayor generosidad de los sistemas en relación con la intensidad de atención que se le ofrece a este colectivo¹².

- El papel que se le otorga al servicio de ayuda a domicilio en el sistema de servicios sociales, especialmente en relación con los servicios residenciales. En este sentido, en los países en los que los servicios de atención comunitaria se entienden como una alternativa coste-efectiva a la atención residencial, es frecuente que exista una norma implícita – puesto que rara vez se recoge en la normativa reguladora de los servicios– que determina que el número de horas de ayuda a domicilio atribuibles no puede superar el equivalente al coste de una plaza residencial. En Suecia y en Inglaterra, por ejemplo, cuando la intensidad de atención requerida por la persona supone un coste superior al de una plaza residencial, no se le suele dar opción a acceder al servicio de ayuda a domicilio, a menos que la red informal se comprometa a completar la atención prestada desde el servicio.

La siguiente tabla recoge los límites máximos que habitualmente se aplican en algunos países europeos a la hora de determinar la intensidad del servicio de ayuda a domicilio.

¹² No obstante, en algunos países como, por ejemplo, en Suecia, el volumen de gasto destinado a la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad y las sospechas de fraude han llevado al gobierno a considerar una modificación de la normativa para limitar las cuantías y las condiciones de uso de la prestación.

Tabla 11. Existencia de límites máximos en cuanto a la intensidad del servicio de ayuda a domicilio o a la cuantía de las prestaciones y fondos personales para adquirir atención en algunos países europeos.

País	Existencia de límites máximos	Criterios para fijar los límites	Nº de horas o coste máximo																					
Alemania	Sí, para los servicios del Seguro de Dependencia	Niveles de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel 1: Equivalente en horas a 440 €/mes. ▪ Nivel 2: Equivalente en horas a 1040 €/mes ▪ Nivel 3: Equivalente en horas a 1.510 €/mes Las personas que optan por la prestación económica, en lugar de los servicios en especie, reciben el 40-50% de estas cuantías.																					
Austria	Sí, para la Prestación de Cuidados de Larga Duración	Niveles de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel 1: 145 €/mes ▪ Nivel 2: 284 €/mes ▪ Nivel 3: 442 €/mes ▪ Nivel 4: 664 €/mes ▪ Nivel 5: 902 €/mes ▪ Nivel 6: 1.260 €/mes ▪ Nivel 7: 1.655 €/mes 																					
Dinamarca	No	—	—																					
Francia	Sí, para la Prestación de Autonomía Personal (APA)	Niveles de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el APA <ul style="list-style-type: none"> - GIR1: 1.202 €/mes - GIR 2: 1.031 €/mes - GIR 3: 773 €/mes - GIR 4: 515 €/mes 																					
	Sí, para la prestación compensatoria de la discapacidad (PCH)	Tipos de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el PCH <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Aseo</td> <td style="text-align: right;">70 min./día</td> </tr> <tr> <td>- Vestirse/desvestirse</td> <td style="text-align: right;">40 min./día</td> </tr> <tr> <td>- Alimentación</td> <td style="text-align: right;">105 min./día</td> </tr> <tr> <td>- Utilización WC</td> <td style="text-align: right;">50 min./día</td> </tr> <tr> <td>- Desplazamientos en el interior de la vivienda</td> <td style="text-align: right;">35 min./día</td> </tr> <tr> <td>- Desplazamientos en el exterior de la vivienda</td> <td style="text-align: right;">30 horas/año</td> </tr> <tr> <td>- Participación en la vida social</td> <td style="text-align: right;">30 horas/mes</td> </tr> <tr> <td>- Acompañamiento educativo</td> <td style="text-align: right;">30 horas/mes</td> </tr> <tr> <td>- Supervisión</td> <td style="text-align: right;">3 horas /día</td> </tr> <tr> <td>- Supervisión + apoyo generalizado</td> <td style="text-align: right;">Hasta 24 horas/día</td> </tr> <tr> <td>- Acompañamiento laboral</td> <td style="text-align: right;">156 horas /año</td> </tr> </table> 	- Aseo	70 min./día	- Vestirse/desvestirse	40 min./día	- Alimentación	105 min./día	- Utilización WC	50 min./día	- Desplazamientos en el interior de la vivienda	35 min./día	- Desplazamientos en el exterior de la vivienda	30 horas/año	- Participación en la vida social	30 horas/mes	- Acompañamiento educativo	30 horas/mes	- Supervisión	3 horas /día	- Supervisión + apoyo generalizado	Hasta 24 horas/día	- Acompañamiento laboral
- Aseo	70 min./día																							
- Vestirse/desvestirse	40 min./día																							
- Alimentación	105 min./día																							
- Utilización WC	50 min./día																							
- Desplazamientos en el interior de la vivienda	35 min./día																							
- Desplazamientos en el exterior de la vivienda	30 horas/año																							
- Participación en la vida social	30 horas/mes																							
- Acompañamiento educativo	30 horas/mes																							
- Supervisión	3 horas /día																							
- Supervisión + apoyo generalizado	Hasta 24 horas/día																							
- Acompañamiento laboral	156 horas /año																							
Suecia	Sí, aunque sólo de manera informal.	Coste	A las personas mayores <u>no</u> se les suele ofrecer una intensidad de atención que suponga un coste superior al de una plaza residencial.																					
Inglaterra	Sí, aunque sólo de manera informal	Coste	A las personas mayores <u>no</u> se les suele ofrecer una intensidad de atención que suponga un coste superior al de una plaza residencial.																					

Fuente: elaboración propia

Nota: En Alemania y Austria, las cuantías corresponden al año 2011. Para Francia, los datos son de 2009.

3.2.2.2. Delimitación de las obligaciones de atención de los miembros del hogar.

Dentro de los límites máximos existentes en cada país, la intensidad de la ayuda a domicilio que se le ofrece a cada persona usuaria se determina individualmente en el marco de la valoración de las necesidades de la persona y generalmente consiste en identificar las actividades de la vida diaria para las que la persona requiere apoyo y en realizar una estimación del tiempo que se requiere para prestarle apoyo en dichas actividades. El tratamiento que se le da a la red informal de atención en la valoración de necesidades depende, en gran medida, del modelo de Estado del Bienestar vigente en cada país, y generalmente adopta una de estas formas:

- En algunos países, especialmente en aquellos con regímenes del bienestar de corte liberal o conservador, a la hora de determinar la intensidad del servicio de ayuda a domicilio, no se valoran las necesidades totales de atención de la persona, sino únicamente aquellas necesidades que la red informal no puede cubrir. Es, por ejemplo, el caso de Inglaterra, donde el número de horas de atención se determina en relación con las necesidades de la persona usuaria, una vez excluidas las que cubre o podría cubrir la red informal de atención. Es también el método que habitualmente se aplica en nuestros servicios de ayuda a domicilio.
- En otros países, la valoración de necesidades no toma en cuenta el apoyo informal del que dispone la persona, considerando que es el Estado, a través del sistema de servicios sociales, quien debe cubrir la totalidad de las necesidades detectadas. Este ha sido el enfoque habitual en los países nórdicos y en Holanda, donde, gracias a la generosidad del sistema de bienestar, la contribución de la red informal de atención ha sido voluntaria, tanto en lo referente a su intensidad, como en lo tocante al tipo de tareas a realizar. El hecho de tener las necesidades básicas cubiertas por la red formal de atención significa que los familiares y allegados pueden elegir si desean, o no, prestar apoyo a la persona dependiente y en qué tareas concretas quieren intervenir.

Con todo, las dificultades de financiación que atraviesan los sistemas de servicios sociales en toda Europa han determinado que algunos de los países que optaban por no computar los recursos informales a la hora de determinar la intensidad del servicio de ayuda a domicilio hayan comenzado a introducir ciertas obligaciones para las personas que comparten domicilio con la persona dependiente:

- En Holanda, por ejemplo, se ha considerado que la convivencia implica determinados niveles de apoyo que se consideran “habituales” o “naturales”, por lo que estas necesidades no quedan cubiertas por la red formal de atención. La intensidad de estos apoyos considerados “habituales” o “naturales” se ha fijado en unas directrices de nivel estatal, de manera que constituyen una referencia común para todo el país.
- En Suecia, en principio, las necesidades de atención de las personas que requieren apoyo para las actividades de la vida diaria se valoran con independencia de la capacidad de la red informal de atención para prestar apoyo en dichas tareas. Con todo, existen indicios de que, debido a las dificultades de financiación que atraviesan, muchos ayuntamientos están empezando a tener en cuenta la capacidad de la red informal de atención

a la hora de valorar las necesidades de atención de las personas mayores: una encuesta realizada por la Comisión Nacional de Salud y Bienestar (*National Board of Health and Welfare*) en 2004, ponía de manifiesto que uno de cada cuatro ayuntamientos suecos preguntaba, en la valoración de necesidades, si algún familiar no residente podía apoyar a la persona mayor en la realización de las tareas domésticas (Larsson, K., 2004). Los datos disponibles sobre las características de las personas usuarias del servicio de ayuda a domicilio parecen corroborar que la situación convivencial de la persona sí tiene impacto en la atención recibida: en 2010, sólo el 4% de las personas mayores de 65 años que convivían con su cónyuge o pareja de hecho eran atendidas por los servicios de ayuda a domicilio, mientras que dicha proporción superaba el 10% entre quienes vivían solas.

Por otra parte, en el caso de las personas que acceden a la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad, la normativa establece dos supuestos en los que la atención prestada por la red informal debe sustraerse de las necesidades totales valoradas: en el caso de las parejas, se considera que el cónyuge o pareja de hecho debe prestar apoyo a la persona con discapacidad, en particular en relación con las tareas domésticas, por lo que parte de las necesidades de atención doméstica deben quedar cubiertas por esta vía; en el caso de los niños de edad inferior a 12 años, se considera que sus padres deben prestar la asistencia propia de las responsabilidades parentales de un niño sin discapacidad de la misma edad, por lo que el sistema sólo asume la cobertura de las necesidades que exceden de esa dedicación “natural”.

- En Dinamarca, se considera que las tareas domésticas deben ser compartidas por todos los miembros del hogar, por lo que los municipios no suelen ofrecer apoyo para tareas menajeras si la persona usuaria convive con personas que no son dependientes.

Tabla 12. Tratamiento del apoyo informal en la determinación de la intensidad del servicio

País	Tratamiento del apoyo informal en la determinación de la intensidad del servicio
Alemania	▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades totales de la persona usuaria, sin excluir de ese cómputo las que cubre o podría cubrir la red informal.
Austria	▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades totales de la persona usuaria, sin excluir las que cubre o podría cubrir la red informal.
Dinamarca	▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades totales de la persona usuaria, sin excluir las que cubre o podría cubrir la red informal. Con todo, se considera que las tareas domésticas deben ser compartidas por todos los miembros del hogar, por lo que los ayuntamientos no suelen ofrecer atención doméstica cuando el usuario/a convive con personas no dependientes.
Holanda	▪ Una vez realizado el cómputo global de las horas de apoyo requeridas, se resta de ese cómputo las horas de atención que se consideran habituales o normales entre miembros de una pareja o entre familiares que conviven. El resultado es la intensidad del apoyo que se tiene en cuenta para la determinación de la cuantía de la prestación. ▪ Para determinar la intensidad de ese “apoyo natural o habitual” se aplican unas directrices de nivel estatal que no tienen carácter normativo pero que constituyen un criterio de referencia común.

País	Tratamiento del apoyo informal en la determinación de la intensidad del servicio
Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades de la persona usuaria, una vez excluidas las que cubre la atención informal.
Suecia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades de la persona usuaria, sin excluir de ese cómputo las que cubre o podría cubrir la red informal. ▪ En el caso de la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad, sin embargo, se tiene en cuenta la red informal de atención en dos supuestos: <ul style="list-style-type: none"> - En el caso de las parejas, se considera que el cónyuge o pareja de hecho debe prestar apoyo a la persona con discapacidad, en particular en relación con las tareas domésticas, de modo que parte de las necesidades de ayuda en las AIVD deben quedar cubiertas por esta vía. - En el caso de los niños de edad inferior a 12 años, se considera que sus padres deben prestar la asistencia propia de las responsabilidades parentales de un niño sin discapacidad de la misma edad. Más allá de esta intensidad de cuidado exigida a cualquier padre o madre, la atención queda cubierta por la prestación.

Fuente: elaboración propia

3.2.2.3. *Restringir las prestaciones incluidas en el servicio de ayuda a domicilio*

Tradicionalmente, los servicios de ayuda a domicilio han ofrecido apoyo tanto para tareas consideradas de atención personal (higiene, alimentación, eliminación, movilización, etc.), como para tareas domésticas (limpieza, compras, colada, etc.). Además, en los países con sistemas de servicios sociales más desarrollados, fundamentalmente en los países nórdicos y en Holanda, el servicio ha solido incluir también otras prestaciones mucho menos frecuentes en nuestro ámbito, como pueden ser el acompañamiento para actividades sociales o para realizar ejercicio físico. La preocupación por el creciente gasto público destinado a estos servicios ha llevado, no obstante, a muchos de los países europeos con servicios de ayuda a domicilio más desarrollados a restringir las prestaciones que se consideran incluidas en el servicio, limitando la ayuda pública a las tareas de atención personal o a aquellas tareas domésticas que se prestan de forma complementaria a la atención personal.

- En Holanda, por ejemplo, el Seguro de Cuidados de Larga Duración –creado en 1968 y que inicialmente incluía fundamentalmente servicios de carácter residencial–, fue reformado en la década de los años 1990 para cubrir la atención en el domicilio, que quedaba configurada, a partir de ese momento, como un derecho para las personas que cumplían los requisitos de acceso al sistema. Desde el año 2007, con el fin de contener el gasto público, se han producido importantes recortes en las funciones de atención domiciliaria cubiertas en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración (Da Roit, B., 2012):
 - En 2007, se excluyó la atención doméstica, que pasaba a ser competencia de los municipios en el marco del sistema de servicios sociales, dejando así de constituir un derecho.
 - En 2009, se restringió el acceso a la modalidad de atención domiciliaria de apoyo para la organización del hogar y de acompañamiento a gestiones y actividades sociales, y se ha sometido a copago (con anterioridad era el único tipo de atención excluido del copago).

- En 2010, se ha excluido la intervención familiar asociada a situaciones de desestructuración familiar o a situaciones de exclusión social.
 - En 2012, se elimina la opción de utilizar la modalidad de fondo personal para adquirir servicios domiciliarios, por lo que sólo se pueden recibir en especie.
-
- En Suecia, a pesar de no haberse producido ninguna reforma de la Ley de Servicios Sociales, que reconoce el derecho de las personas con necesidades de atención personal y doméstica a recibir ayuda pública de los ayuntamientos, diversas fuentes señalan que es cada vez menos habitual que los servicios públicos de ayuda a domicilio proporcionen apoyo para tareas domésticas. Esto, unido al incremento del copago por los servicios, ha hecho que las personas mayores recurran cada vez con mayor frecuencia a la contratación de servicios en el mercado privado o tengan que depender del apoyo de la red informal de atención cuando no disponen de los recursos económicos necesarios para contratarla de forma privada. Entre 1989 y 2005, la proporción de personas mayores que recibían atención de familiares o amigos que no convivían en el mismo domicilio creció un 24%, de manera que, por primera vez, las personas atendidas por la red informal de atención superaban en número a las atendidas en los servicios de ayuda a domicilio (Szebehely, M y G.B. Trydegård, 2012). Para algunos autores, esta situación constituye un indicio de que la atención a personas mayores en Suecia se está alejando de los principios de la socialdemocracia y acercándose al modelo liberal (Larsson, K., 2004).
 - En Dinamarca, los servicios de ayuda a domicilio se han caracterizado por ofrecer una amplia cobertura, que no se limitaba a las personas mayores dependientes, sino que incluía a personas con necesidades más ligeras de atención. De hecho, hasta finales de los años 90, prácticamente el 60% de las personas mayores de 80 años eran atendidas por el servicio de ayuda a domicilio y en torno a una tercera parte de éstas recibían apoyo únicamente para tareas de atención doméstica. Aunque, debido a la autonomía municipal para definir el servicio y los criterios de acceso al mismo, impide hacer afirmaciones rotundas al respecto, las fuentes disponibles indican que los ayuntamientos están restringiendo el acceso a servicios de atención doméstica a aquellas personas que también requieren atención personal, quedando excluidas del servicio aquellas personas que sólo requieren ayuda para las actividades instrumentales de la vida diaria (Glendinning, 2009).
 - En Finlandia, al igual que en los demás países nórdicos, los servicios de ayuda a domicilio, que inicialmente, en la década de los años 60 y 70, prestaban apoyo principalmente con las tareas domésticas, se han ido centrando más en la atención personal, de manera que, a par-

tir de los años 90, muchos municipios han dejado de prestar atención doméstica en el marco del servicio de ayuda a domicilio (Kröger T. y A. Leinonen, 2012).

3.3. Medidas para disminuir el coste unitario del servicio

Las medidas de contención de la demanda y de reducción de la oferta del servicio de ayuda a domicilio analizadas han pueden utilizarse para contener el gasto público destinado a estos servicios mediante la disminución de la población atendida y de la intensidad de la atención que se les presta a las personas que acceden al servicio. Otro grupo de medidas que pueden introducirse con ese mismo objetivo de contener el gasto público ha perseguido disminuir el coste unitario del servicio, es decir, rebajar el coste por hora o el coste por persona usuaria del servicio de ayuda a domicilio, por tres vías:

- ofreciendo prestaciones económicas como alternativa a la prestación en especie;
- incrementando la competencia entre las entidades prestadoras del servicio
- mediante la apertura del mercado de ayuda a domicilio a profesionales autónomos con menor cualificación

A diferencia de las medidas que afectan la demanda y la oferta de servicios, que presentan el riesgo de desatender las necesidades de la población con niveles de dependencia más leves y reducen el potencial preventivo del servicio de ayuda a domicilio, las medidas dirigidas a reducir el coste unitario del servicio pueden influir en la calidad de la atención prestada, en la medida en que rebajar los costes puede afectar las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras domiciliarias, reduciendo su grado de satisfacción con el trabajo y su rendimiento.

A continuación se describen brevemente las medidas consideradas y se ofrecen algunos ejemplos de su aplicación en países europeos a título ilustrativo.

3.3.1. Prestaciones económicas como medida de contención del gasto.

La introducción de las prestaciones económicas y de los fondos personales para la adquisición de servicios de atención, entre ellos los de ayuda a domicilio, ha obedecido a diferentes objetivos en distintos países, siendo uno de ellos el de contener el gasto público destinado a la atención de las personas dependientes e incrementar la eficiencia de los sistemas de servicios socia-

les. En efecto, las fórmulas de asignación económica individual presentan una serie de ventajas frente a la prestación de servicios en lo que se refiere a contener el gasto público:

- En primer lugar, el hecho de tratarse de prestaciones en metálico cuya cuantía se establece reglamentariamente facilita el control del gasto, pudiendo, cuando se observa un crecimiento desproporcionado del mismo, modificar las cuantías de las prestaciones sin, en principio, restringir el acceso a las mismas.
- En segundo lugar, en la mayoría de los países que han introducido prestaciones económicas o fondos personales destinados a la adquisición de servicios, las cuantías de las mismas son inferiores al coste que supondría la prestación de los servicios equivalentes en especie, con lo que es posible cubrir a un mayor número de personas con el mismo coste;
- También porque se considera que las personas usuarias, cuando se les ofrece la prestación económica, pueden hacer un uso más eficiente de ese dinero que representa el presupuesto con el que cuentan para financiar la cobertura de sus necesidades, invirtiéndolo en los servicios que mejor se adaptan a sus necesidades individuales y sin incurrir en gastos de gestión que sí pesan sobre los procedimientos administrativos de acceso a los servicios en especie.

La tabla siguiente recoge los criterios que se utilizan en distintos países para determinar las cuantías de las prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención en algunos países europeos y, cuando se dispone de dicho dato, se comparan esas cuantías con el coste que tendría proporcionar la atención financiada por esta vía mediante servicios en especie.

Tabla 13. Criterios de determinación de las cuantías de las prestaciones económicas y de los fondos personales para la adquisición de atención domiciliaria en algunos países europeos, y relación con el coste de la prestación en especie.

País	Nombre de la prestación o fondo	Determinación de la cuantía	Coste de la prestación económica en relación con la prestación en especie
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se establece una cuantía máxima para la prestación económica, en función del nivel de necesidad en el que se haya clasificado a la persona durante la valoración. Esa cuantía máxima se minora en función del nivel de ingresos. ▪ Las cuantías no se actualizan anualmente. La última actualización es de 2008. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cuantía máxima de la prestación económica equivale, aproximadamente, a un 50% del valor aplicado a la prestación en especie. ▪ Dado que las cuantías no se actualizan desde 2008, la cuantía de la prestación económica en relación con el coste de los servicios en especie es cada vez menor.
	Fondos personales integrales de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establecen límites máximos. La cuantía dependerá de los tipos de apoyo y de las horas de apoyo que requiera la persona usuaria y que se reflejen en su plan individual de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En principio, el fondo personal de atención comunitaria se corresponden con el coste de los servicios equivalentes en especie. ▪ No obstante, el gasto generado no puede superar la financiación disponible a través de las cotizaciones al Seguro.
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se aplica una escala de 7 niveles que atribuyen una cuantía en función de las horas de apoyo necesarias resultantes de la valoración. ▪ Esta cuantía no varía en función del nivel de ingresos. ▪ Las cuantías no se actualizan anualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dado que las cuantías establecidas para cada nivel de dependencia se corresponden con determinada intensidad de atención, es posible establecer el precio al que se paga cada hora de atención. ▪ En 2010, ese precio oscilaba entre 2 euros y 9 euros la hora, lo que representa un precio muy inferior al de los servicios de ayuda a domicilio en especie.
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema no prevé ninguna cuantía máxima. ▪ La cuantía del fondo personal se establece atendiendo a los diferentes tipos de atención requeridos por la persona usuaria. El importe total equivale a la suma de los importes previstos para los diferentes tipos de atención si se prestara en especie menos el importe correspondiente al copago. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En caso de optar por la prestación económica, su cuantía equivale, aproximadamente a un 75% del coste de los servicios en especie.
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria Fondo personal de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cuantía se determina en función del nivel de apoyo personal que necesita la persona y se cuantifica en función del coste que tendría ese nivel de apoyo si se prestara mediante servicios en especie. ▪ No existe ningún mínimo y ningún máximo; la única obligación para las administraciones locales es que apliquen los mismos criterios de participación de usuarios previstos para la prestación de servicios en especie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En principio, la prestación económica y el fondo personal de atención comunitaria se corresponden con el coste de los servicios equivalentes en especie.
Suecia	Prestación de apoyo en el domicilio para personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es una prestación poco extendida y es de ámbito municipal. ▪ Existen importantes diferencias de cuantía entre los municipios. 	

Fuente: adaptado de SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011

De la tabla anterior se deduce que, salvo en el caso del Reino Unido y de los fondos personales integrales de Alemania, las fórmulas de asignación económica individual suponen un coste inferior al de prestar las horas de atención equivalentes en especie, con lo que tienen un claro potencial para contener el gasto público destinado a la atención de personas que requieren apoyos para la vida diaria.

Con todo, el atractivo de las prestaciones y fondos personales asignados a las personas usuarias para la adquisición de atención ha hecho que personas que, de no existir esta vía de acceso, no se habrían acercado al sistema de servicios sociales, soliciten la prestación. Esto ha determinado que, en algunos países, el número de personas beneficiarias –y el gasto destinado a las prestaciones– haya aumentado muy por encima de las previsiones realizadas, limitando la eficacia de estas fórmulas como mecanismos de contención del gasto.

De hecho, en algunos países, se ha lanzado el debate sobre la sostenibilidad de las propias prestaciones y sobre cómo contener el gasto destinado a ellas. En Holanda, por ejemplo, el número de personas que reciben la prestación creció rápidamente en la década posterior a su introducción, pasando de algo más de 5.000 perceptores a mediados de los años 90, a cerca de 60.000 en 2003 y cerca de 80.000 en 2007. Aunque las personas que optan por la prestación económica continúan siendo una minoría entre las personas atendidas por los servicios de ayuda a domicilio –en 2007 representaban el 7% del total de personas usuarias mayores de 65 años–, su número ha crecido y el gasto destinado a la prestación ha crecido exponencialmente en los últimos años, hasta el punto de que, en repetidas ocasiones, los presupuestos anuales establecidos han sido insuficientes para cubrir la demanda.

Por otra parte, se ha demostrado que la prestación está haciendo florecer nueva demanda –se estima que sólo una tercera parte de las personas usuarias de la prestación hubieran solicitado los servicios equivalentes en especie– y parece que una proporción considerable de personas receptoras de la prestación la están utilizando para financiar cuidados formales o informales que ya se estaban prestando. Como consecuencia de todo ello, y con el objetivo de contener el gasto destinado a la prestación, el gobierno Holandés anunció, a mediados de 2011, que iba a imponer importantes restricciones al uso de la prestación económica: de acuerdo con la propuesta del gobierno, desde 2012, la prestación sólo podrá utilizarse para adquirir servicios residenciales y todas las personas que la estén percibiendo para adquirir atención domiciliaria dejarán de percibirla en 2014 (Da Roit, B., 2012).

3.3.2. Medidas para incrementar la competencia entre las entidades prestadoras del servicio de ayuda a domicilio

La crisis financiera y organizativa que vivieron los sistemas públicos de bienestar en la década de los años 80 llevaron a la apertura del ámbito de los servicios sociales personales, hasta en-

tonces dominado por el sector público y, en algunos países, por el sector privado no lucrativo, a las entidades mercantiles, es decir, al ánimo de lucro. Esta estrategia perseguía diversos fines, entre ellos: ampliar la oferta de servicios, es decir, incrementar la capacidad de la red de atención; aumentar la diversidad en la gama de servicios, para hacer posible la personalización de la atención y el ejercicio efectivo del derecho de elección; y aumentar la competitividad entre unos y otros agentes, con el fin de disminuir los costes.

Se modificaron así los equilibrios existentes hasta entonces entre los diferentes sectores, destacando un progresivo incremento en la prestación de servicios desde el sector privado, tanto desde las entidades mercantiles como desde las organizaciones no lucrativas, en la mayoría de los países europeos, si bien con marcadas diferencias de intensidad y orientación, en función de su tradición de protección social:

- En los países de tradición socialdemócrata, donde la apertura de la ayuda a domicilio al mercado privado estuvo fundamentalmente orientada a diversificar los servicios y a incrementar la elección de la persona usuaria respecto a los servicios recibidos, el alcance de las reformas en términos de la participación de entidades con fin de lucro en el mercado de la composición publico-privada del mercado ha sido algo menor. Las medidas aplicadas en estos países y las consecuencias que ha tenido su introducción serán objeto de análisis en el capítulo siguiente, junto con otras medidas dirigidas a adecuar los servicios a las preferencias individuales.
- En los países de tradición liberal o conservador, como el Reino Unido, Holanda y Alemania, en cambio, el énfasis de las reformas estuvo dirigida a la contención del gasto público a través de una mayor competitividad entre proveedores. En estos países la orientación hacia el mercado privado ha sido más marcada y las consecuencias –principalmente la privatización de la red de servicios y la introducción de mecanismos propios de la nueva gestión pública (*New Public Management*)– han sido de mayor alcance.
 - En Alemania, la necesidad de incrementar y diversificar la oferta de servicios y de reducir el coste de los mismos mediante una mayor competitividad entre proveedores fue determinante a la hora de abrir el mercado de la ayuda a domicilio, hasta entonces dominada por entidades del tercer sector, a entidades mercantiles, mediante la introducción del Seguro de Cuidados de Larga Duración, en 1995. La normativa que creó el seguro establecía que, el desarrollo de la red de atención debía estar guiada por determinados principios de mercado como la competitividad entre proveedores, consi-

deraciones sobre la relación coste-efectividad de los servicios y la introducción de medidas para garantizar unos elevados estándares de calidad y el ejercicio del derecho de elección para las personas usuarias.

De cara a fomentar la competitividad entre proveedores de servicios de ayuda a domicilio, las mutuas de seguros (encargadas de la provisión del servicio dentro del marco del seguro de cuidados de larga duración) están obligadas a ofrecer un contrato a todas aquellas entidades privadas que cumplan los requisitos de autorización establecidos por el Seguro. La consecuencia directa de esta reforma ha sido la proliferación de entidades privadas en el mercado de la ayuda a domicilio (el 61,5% de las entidades prestadoras de servicios de ayuda a domicilio eran entidades privadas mercantiles en 2009), y también un incremento de la oferta, pero, al parecer, no se ha producido la diversificación de servicios que se esperaba, ya que las entidades mercantiles ofrecen esencialmente las mismas prestaciones cubiertas por el seguro público (Bureau, V., H. Theobald y R.H. Blank, 2007).

- En el Reino Unido, la principal orientación de las reformas llevadas a cabo en el ámbito de la ayuda a domicilio a lo largo de las dos últimas décadas ha sido la creación y el posterior desarrollo de un ámbito de prestación de servicios cercano al mercado (*quasi market*) (Glendinning, C. y A. Wilde, 2010).

La primera fase de las reformas fue impulsada por los sucesivos gobiernos conservadores de la época de Thatcher, durante los años 80, con la intención de acabar con el monopolio que, desde su perspectiva, mantenían las administraciones locales en el ámbito de los servicios sociales. Se basaba en la convicción de que sólo la introducción de mecanismos de mercado permitiría alejarse de la rigidez y la burocracia del Estado del Bienestar y prestar servicios eficientes y receptivos frente a las demandas de las personas usuarias.

La introducción de la normativa reguladora de la atención comunitaria (*NHS and Community Care Act*) de 1990, cuyo objetivo era promover la permanencia en el domicilio de las personas con limitaciones en su autonomía, defendió una mayor diversidad en la red de servicios y en las formas de atención. Los ayuntamientos crearon estructuras separadas para las funciones de provisión y prestación del servicio, y permitieron que las entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, compitieran en el mercado con los servicios municipales de ayuda a domicilio.

La consecuencia de ésta y sucesivas reformas –concretamente la *Community Care (Direct Payments) Act* de 1996, que supuso la introducción de las prestaciones económicas como alternativa al servicio– ha sido la proliferación de las entidades privadas en el sector de la ayuda a domicilio: mientras que en 1993 el 95% de las horas de atención domiciliaria prestadas anualmente en el Reino Unido correspondían a las administraciones locales, en 2004 dicha proporción se reducía al 31% (Pavolini, e. y C. Ranci, 2008).

Si bien, en el Reino Unido, la introducción de mecanismos de mercado en el sector de la ayuda a domicilio en los años 90 estuvo fundamentalmente impulsada por consideraciones sobre la eficiencia de los servicios, quedando las cuestiones ligadas a la capacidad de elección de las personas usuarias en un segundo plano, esto cambió considerablemente con la entrada en el gobierno del Nuevo Partido Laborista, cuyo discurso pone el énfasis en que los servicios públicos deben constituir un bien de consumo más (*commodification of care*), sobre el que la persona usuaria puede ejercer libremente su capacidad de elección (Burau, V., H. Theobald y R.H. Blank, 2007). Con todo, algunas voces críticas con las reformas señalan que el discurso de la personalización y de la capacidad de elección no es más que una fachada para legitimar la expansión de las dinámicas de mercado y cercanas al mercado (*quasi-markets*). En efecto, Clarke (2005), por ejemplo, afirma que la cuestión de la elección en los servicios públicos “constituye un frente retórico para la privatización de los servicios”.

- En Holanda, el Sistema de Cuidados de Larga Duración, creado en 1968 mediante la Ley de Gastos Médicos Excepcionales (AWBZ), sufrió importantes cambios en la década de los años 90, entre ellos, la introducción de principios propios de la Nueva Gestión Pública. El objetivo de separar las funciones de provisión y prestación de los servicios era fundamentalmente promover la eficiencia, la calidad y la flexibilidad de los servicios.

En 2003, se aprobó una normativa que suponía un cambio organizativo dirigido a separar la provisión del servicio de su prestación:

- Por un lado creaba unos órganos regionales (*Regionale Indicatie Organen*–RIO) para valorar las necesidades de las personas que demandaban cuidados de larga duración. La separación de las funciones de valoración de necesidades y de prestación del servicio –que anteriormente recaían en la entidad prestadora– tuvo como objetivo principal que la valoración realizada fuera más indepen-

diente, menos sujeta a los intereses de las entidades prestadoras, eliminando incentivos para que éstas sobrevalorasen las necesidades de atención de sus clientes. En 2005, las competencias para la valoración de necesidades se transfirieron a una única organización nacional el Centro de Valoración de Necesidades (*Centrum Indicatiestelling Zorg*–CIZ).

- Por otra parte, se creó una red de agencias encargadas de contratar todos los servicios de ayuda a domicilio necesarios para cada región, determinando las horas de atención necesarias, y los estándares de calidad que deben cumplir los servicios. Las agencias regionales tienen la obligación de ofrecer un contrato a todas las entidades privadas que cumplen los estándares de calidad establecidos. Cada entidad prestadora negocia, entonces, con estas agencias el volumen de horas a prestar durante el año y el precio/hora del servicio, pero con pocos incentivos para mejorar el precio máximo establecido por norma (puesto que la competitividad entre entidades prestadoras se limita al volumen de horas contratado).

Finalmente, en 2004, se introdujo una nueva reforma orientada a incrementar la competitividad entre entidades prestadoras y dar a las agencias regionales mayor capacidad para influir sobre el precio de la ayuda a domicilio. Tras esta reforma, la contratación se realiza mediante procedimiento de concurso público, de manera que las entidades que desean obtener los contratos de ayuda a domicilio tienen incentivos para mejorar la calidad y el precio del servicio. No obstante, algunos autores señalan que esta reforma no ha tenido el efecto esperado en la reducción del precio, debido a la existencia, en cada región, de una o dos grandes entidades que tienen, prácticamente, el monopolio del sector y, por lo tanto, no hay una competitividad real entre las entidades prestadoras (Mosca, I., M. Pomp y V. Shestalova, 2007).

3.3.3. Apertura del mercado a profesionales con menor cualificación

La introducción, en algunos países como Italia o Austria, de prestaciones económicas no finalistas o prestaciones que, siendo finalistas, permiten la contratación de cuidadores profesionales autónomos, sin exigir la formalización de la relación de cuidado en un contrato de trabajo ha hecho florecer un mercado de trabajadores y trabajadoras inmigrantes en situación irregular,

que ofrecen atención intensiva, frecuentemente en régimen de internado, a precios muy inferiores a los del mercado regulado.

En Austria, por ejemplo, la contratación directa de cuidadores profesionales no integrados en entidades prestadoras de servicios sociales ha aumentado muy considerablemente desde la puesta en marcha de la prestación de cuidados de larga duración, con un claro predominio de la contratación de trabajadores inmigrantes procedentes de países centro europeos fronterizos (República Checa, Eslovaquia y Hungría). Un esquema muy habitual es que la persona contrate a dos trabajadores extranjeros que alternan semanal o quincenalmente su estancia en el domicilio: son trabajadores que entran en el país con un visado turístico y permanecen en él legalmente con ese visado, pero aprovechan su estancia para trabajar quince días seguidos (sin días de descanso), por un salario muy superior al que obtendrían en su país de origen; al cabo de quince días vuelven a su país, permanecen allí otros quince días y vuelven a Austria. Trabajan por salarios inferiores al mínimo correspondiente al sector y sin protección social, viven en casa de la persona atendida, permanecen disponibles de forma continuada y realizan las tareas que se les encarguen tanto de cuidado y atención personal, como domésticas, estructurándose así como una fórmula flexible y asequible de disponer de cuidados durante todo el día. Esta disponibilidad sería inviable en el mercado laboral legal y los costes de las contrataciones superan con creces el nivel de recursos garantizado por la prestación económica.

En Italia, dada su escasa regulación, las personas beneficiarias de la prestación económica de acompañamiento (*Indennità di accompagnamento*) pueden destinar la cuantía de la prestación a cualquier fin (no necesariamente adquirir atención), con lo que resulta frecuente que se utilice para complementar los ingresos del hogar (en especial en las provincias del sur de Italia, donde las prestaciones de garantía de ingresos son claramente insuficientes) o para contratar servicios privados en el mercado irregular. De acuerdo con los datos disponibles, en 2010 el 13% de los hogares que requerían cuidados de larga duración contrataban a trabajadores o trabajadoras inmigrantes en situación irregular (Colombo, F. et al., 2011).

La contratación de estos trabajadores irregulares supone una alternativa ciertamente atractiva para las personas con elevados grados de dependencia que, de no existir esta opción, tendrían que abandonar el domicilio para ingresar en centros residenciales, o bien depender de la red informal para complementar la atención prestada por los servicios formales, cuya intensidad resulta, en la mayoría de los países europeos, claramente insuficiente para cubrir las necesida-

des de personas con niveles severos de dependencia¹³. Con todo, estas fórmulas presentan claros inconvenientes desde el punto de vista de las administraciones, no sólo porque impiden el retorno del gasto público en forma de impuestos y cotizaciones a la seguridad social, sino porque la precariedad de las condiciones en las que realizan su trabajo y el bajo nivel de cualificación de muchos de estos trabajadores pueden tener un impacto negativo en la calidad de la atención prestada a las personas dependientes.

De cara a mejorar esta situación, y al margen de iniciativas generales de regularización *ex post* de trabajadores y trabajadoras en situación irregular, que no son específicas al sector de los servicios sociales y cuyo análisis excede el ámbito del presente informe, algunos países han desarrollado medidas para reducir la contratación irregular de asistentes domiciliarios, lo que, en ocasiones, ha supuesto la creación de nuevas categorías profesional de baja cualificación que se acomode a las circunstancias de las personas inmigrantes que están prestando los cuidados:

- En Austria, la contratación irregular de personas procedentes de países vecinos no fue objeto de debate o de preocupación social hasta el verano de 2006 cuando, en el marco de la campaña electoral, familiares de algunos líderes políticos fueron acusados y juzgados por contratar a trabajadores y trabajadoras inmigrantes de forma ilegal. La respuesta inmediata al debate que surgió en los medios fue una amnistía para los cuidadores/as irregulares, lo que significaba que, si bien su estatus continuaba siendo ilegal, no se iniciaban acciones legales contra ellas o sus empleadores.

A esta amnistía le siguió, en julio de 2007, la aprobación de una nueva ley que regulaba la atención personal en domicilios privados (*Hausbetreuungsgesetz*). Esta ley permite la atención en el domicilio por parte de cuidadores/as privados en régimen de internado, disponibles las 24 horas, ya sea a través de un contrato de trabajo entre la persona dependiente y la persona cuidadora o cuando ésta esté dada de alta en el régimen trabajador por cuenta propia. Esto ha sido posible mediante la introducción de una nueva categoría profesional –el “Trabajador de Atención Personal”– en la normativa reguladora de las profesiones sanitarias (ver apartado 3.1.1.2 del informe), que permite a las personas que acrediten 168 horas de formación, una experiencia de

¹³ Tal y como se ha indicado al analizar las medidas de contención del gasto en la ayuda a domicilio, la mayoría de los países europeos establecen límites máximos a la atención que se presta desde los servicios públicos, siendo Dinamarca el único país donde la intensidad de apoyo es teóricamente ilimitada, ofreciendo la posibilidad de recibir hasta seis visitas diarias, en horario diurno y nocturno.

6 meses en un puesto similar o que reciban instrucción e indicaciones de un profesional titulado, ofrecer atención personal y cuidados básicos de enfermería.

Por otra parte, se ha introducido una prestación económica selectiva, dirigida a las familias con bajos ingresos, para facilitar la contratación de Trabajadores de Atención Personal, en régimen de internado, a personas con una dependencia de nivel 3 o superior.

Los datos indican que el proceso de regularización ha sido bastante exitoso: en junio de 2010, unas 23.000 personas trabajaban como Trabajadores/as de Atención Personal en 11.500 hogares austríacos.

- En Francia, el objetivo principal que se perseguía mediante la introducción de las prestaciones económicas para la adquisición de atención, tanto la de la prestación de autonomía para las personas mayores dependientes como la de la prestación compensatoria de la discapacidad, era compensar la insuficiencia de la red de servicios y, a la vez, generar “empleos de proximidad”, mediante una prestación económica que garantizaba la rentabilidad de la formalización de muchas actividades desarrolladas en los domicilios en el marco de la economía sumergida.

De acuerdo con este objetivo, la posibilidad de utilizar la prestación económica para la contratación de cuidadores profesionales autónomos sólo es posible si se demuestra, mediante la presentación de la documentación pertinente, la contratación laboral de la persona trabajadora, lo que ha fomentado la progresiva legalización de situaciones hasta entonces mantenidas en el marco de la economía sumergida. Además, para dar prioridad a las alternativas de atención que resulten más formales, en el caso de la prestación compensatoria de la discapacidad, prevé una cobertura variable en función del tipo de contratación por el que opta la persona usuaria: la cobertura oscila entre un 130 y un 145% del gasto correspondiente a la contratación del asistente personal, siendo inferior cuando la persona opta por la contratación directa, intermedia cuando opta por contratar a la persona cuidadora de forma indirecta, con el intermediario de una entidad, y superior cuando opta por contratar un servicio prestado por una entidad.

- En Alemania, la prestación de cuidados de larga duración no exige, pero sí ofrece la opción de contratar a cuidadores profesionales autónomos. Con todo, el carácter

subsidiario de las prestaciones de dependencia, y el continuado énfasis que se le ha dado en las políticas públicas al sostenimiento y a la promoción de la atención familiar, ha hecho que numerosas familias al cuidado de personas severamente dependientes hayan optado –al igual que en Austria– por la contratación irregular de trabajadores y trabajadoras inmigrantes que ofrecen atención continuada en régimen de internado. Se estima que, actualmente, unas 120.000 personas inmigrantes pueden estar prestando este tipo de atención a unos 60.000 hogares en Alemania, lo que supone en torno a un 5% de las personas usuarias del sistema de cuidados de larga duración atendidas en el domicilio.

Frecuentemente se alude a la Unión Monetaria Europea y al derecho de libre movimiento de servicios, que permite la contratación temporal de servicios de autónomos procedentes de otros Estados, como justificación de este tipo de atención. No obstante, en 2008, el Tribunal de Múnich declaró esta práctica ilegal, aludiendo a que no podía tratarse de autoempleo, puesto que se presta atención a una sola persona, e impuso una multa a la agencia de contratación que hacía de intermediaria entre la persona dependiente y la persona inmigrante cuidadora. La sentencia fue ratificada por el Tribunal regional de Bamberg en 2009. Como consecuencia, las agencias de contratación han establecido un nuevo modelo, mediante el que una persona cuidadora atiende sucesivamente a tres personas dependientes. Este tipo de contratación es un secreto a voces en Alemania, y también una realidad aceptada, aunque sea de forma encubierta. Los diversos actores en el ámbito de la ayuda a domicilio y las familias están reclamando que se creen servicios que ofrezcan cobertura las 24 horas, a un precio asequible.

4. MEDIDAS DIRIGIDAS A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

A medida que, durante las últimas décadas, la provisión de servicios domiciliarios se ha ido consolidando, ha aumentado la preocupación de las administraciones por la calidad de los mismos. En efecto, si durante los años de implantación de los servicios los esfuerzos de las administraciones se centraban en desarrollar la capacidad de la red de atención, de manera que diera respuesta a las necesidades existentes, a medida que se han ido alcanzado niveles de cobertura que se consideran adecuados, ha surgido mayor interés por la calidad de los servicios prestados. Por otra parte, las expectativas de las personas que utilizan los servicios también han ido modificándose, de manera que actualmente no se considera suficiente que la administración cubra determinadas necesidades, sino que se espera que lo haga mediante servicios de calidad.

A pesar de ser un concepto de moda y de constituir un objetivo compartido por todos los servicios públicos (incluidos los de ayuda a domicilio), el concepto de "calidad" sigue siendo escurridizo y difícil de delimitar. En el caso de la ayuda a domicilio, las medidas de mejora de la calidad de los servicios han estado orientadas a dos objetivos complementarios:

- En primer lugar, a garantizar la seguridad y el bienestar de la persona. El objetivo principal de los servicios de ayuda a domicilio consiste en proporcionar apoyo para las actividades de la vida diaria a personas que no se valen por sí mismas, y hacerlo en condiciones que garanticen su seguridad y promuevan su bienestar. La garantía del cumplimiento de estos dos objetivos, se ha perseguido por dos vías:

- Mediante mecanismos indirectos de control de la calidad, que buscan incidir en aquellos aspectos de la prestación del servicio que pueden afectar a la capacidad de éstas para lograr los resultados deseados para las personas usuarias. Se trata de fórmulas para asegurar que los servicios cuentan con las infraestructuras y los recursos humanos necesarios, en cantidad y calidad, para prestar el apoyo que las personas usuarias requieren.
 - Mediante mecanismos de supervisión directa de la atención prestada en el domicilio, de cara a verificar que las necesidades de la persona están adecuadamente cubiertas, que no existe riesgo para su seguridad y que se vela por su bienestar.
- En segundo lugar, es cada vez más frecuente en el ámbito de los servicios sociales, y de los servicios de ayuda a domicilio, considerar que los servicios no sólo deben responder a las necesidades de las personas usuarias, sino que deben hacerlo adaptándose a sus circunstancias individuales y a sus preferencias personales. En este sentido, uno de los desarrollos más importantes de las últimas décadas en el ámbito de los servicios sociales en general, y de los servicios de ayuda a domicilio en particular, ha sido el desarrollo de fórmulas de provisión y prestación de la atención que ofrezcan mayor elección a las personas usuarias en lo referente al tipo de servicios que reciben, las personas que les atienden o las actividades en las que se les presta apoyo.

Lógicamente estos dos aspectos de la “calidad” de los servicios no son equiparables, correspondiendo el primero al ámbito de los mínimos éticos, relacionados con el deber de protección de la persona usuaria, mientras que el segundo correspondería a una ética de máximos, donde se busca respetar la autodeterminación de las personas usuarias y proporcionarle servicios adaptados a su proyecto de vida¹⁴. En este sentido, es evidente que todo servicio debe, en primer lugar, garantizar la calidad en su expresión de mínimos, para pasar después a perseguir los objetivos de máximos.

¹⁴ En ética aplicada a la intervención social, el deber de los profesionales para con la persona usuaria se organiza en dos niveles imperativos: la ética de mínimos obliga a respetar los principios de no maleficencia (no perjudicar) y justicia, mientras que la ética de máximos expresa el deber respecto a los principios de autonomía y beneficencia.

4.1. Garantía de la seguridad y del bienestar de las personas usuarias

Las medidas orientadas a garantizar la seguridad y el bienestar de las personas usuarias de los servicios de ayuda a domicilio se pueden clasificar, como se ha indicado, en dos grupos:

- Un primer grupo de medidas indirectas, dirigidas a controlar aspectos de la prestación del servicio que afectan su capacidad para velar por la seguridad y el bienestar de las personas usuarias. Se incluyen en este grupo las siguientes medidas:
 - regulación de los requisitos de funcionamiento de los servicios;
 - medidas de capacitación profesional y formación;
 - evaluación global de la calidad de la atención.

- Un segundo grupo de medidas de supervisión directa de la atención prestada en el domicilio, que incluye:
 - visitas y entrevistas de seguimiento;
 - valoración periódica de la situación de la persona atendida.

4.1.1. Mecanismos de control de la calidad de los servicios

4.1.1.1. *Regulación de los requisitos de funcionamiento de los servicios de ayuda a domicilio*

La apertura del ámbito de la ayuda a domicilio al sector privado, que se ha producido con mayor o menor intensidad en todos los países europeos, produjo una intensificación de la intervención de la administración en funciones de autorización, homologación e inspección de servicios que, hasta ese momento, no habían adoptado, o habían desarrollado escasamente. La asunción de estas nuevas funciones requería regular los estándares o los requisitos mínimos de calidad exigibles a las entidades prestadoras de servicios que desearan obtener una autorización de funcionamiento y su homologación de cara a contratar servicios con la administración, y que conformarían los criterios para la inspección de los mismos.

Estos estándares y normas reguladoras de servicios, inicialmente desarrolladas para verificar el cumplimiento de unas condiciones mínimas de calidad en los servicios de titularidad privada, fueron posteriormente extendidas a los servicios de titularidad pública, de manera que actualmente la mayoría de las regulaciones y estándares son aplicables tanto a servicios públicos como privados.

En el ámbito europeo, y en relación con los servicios de ayuda a domicilio, se observan dos tendencias:

- En algunos países, los estándares de calidad se establecen a nivel estatal, de manera que todos los servicios de ayuda a domicilio deben alcanzar unos mínimos de calidad uniformes, independientemente de que sean prestados de forma descentralizada:
 - En Inglaterra, el control de la calidad de los servicios de ayuda a domicilio se ejerce por dos vías: la norma reguladora de los servicios (*Domiciliary Care Agencies Regulation*) aprobada por el Ministerio de Sanidad en 2002, establece los requisitos mínimos de funcionamiento que, desde enero de 2003, deben cumplir todas las entidades prestadoras del servicio, públicas o privadas, para poder recibir la autorización de funcionamiento; por otra parte, la Comisión Nacional de Estándares de Atención, creada mediante la Ley sobre Estándares de Atención (*Care Standards Act*) de 2002, publica los estándares mínimos de calidad (*National Minimum Standards*) que las personas usuarias pueden esperar recibir del servicio. Aunque no son de obligado cumplimiento para las entidades prestadoras, ofrecen directrices sobre la calidad que se espera de los servicios y constituyen un elemento que se tiene en cuenta a la hora de realizar las inspecciones y de elaborar las recomendaciones dirigidas a la mejora de los servicios. También constituyen una referencia para las personas usuarias en cuanto al nivel de calidad que pueden esperar recibir.

Los estándares de calidad referidos a los servicios de ayuda a domicilio fueron publicados en 2003 y cubren básicamente todos los aspectos del servicio: atención centrada en la persona usuaria; atención personal; protección; dirección y personal; organización y gestión del servicio.

- En Alemania, la ley que creó el Seguro de Cuidados de Larga Duración ya establecía que la aplicación de estándares de calidad, tal y como se entienden en las ciencias de la salud, debía constituir una condición para la prestación de servicios. En 2002, la Ley de Garantía de Calidad y Protección del Consumidor, reformada en 2008, refundió todas las regulaciones existentes referidas a la garantía de la calidad en un único texto legal.

La reforma de 2008 introdujo diferentes medidas orientadas a mejorar la calidad de la atención prestada:

- la obligación para las entidades prestadoras de servicios de organizar periódicamente evaluaciones de la calidad de la atención prestada;
 - la elaboración de directrices y estándares de actuación por parte de expertos;
 - la puesta en marcha de una Comisión de Arbitraje para conflictos relacionados con la calidad de la atención;
 - la introducción de inspecciones de calidad por parte del Consejo Médico y la publicación de los resultados obtenidos en dichas inspecciones, referidas tanto a los servicios residenciales, como a los servicios de día y de noche, y a los servicios de asistencia domiciliaria. A contar de 2011, cada servicio será objeto de inspección con carácter anual. Las inspecciones se hacen sin aviso previo y se centran en la valoración de la situación de la persona atendida: estado de salud y grado de adecuación de las medidas adoptadas.
- En Noruega, una norma de nivel estatal, “*Kvalitetsforskriften*”, regula todos los servicios públicos. Esta norma establece una descripción general de algunos aspectos fundamentales de la calidad de los servicios y obliga a los municipios a elaborar una serie de planes en los que deben describir cómo van a aplicar esta normativa en la práctica.

La responsabilidad de la inspección de los servicios corresponde al Consejo Noruego de Salud, quien supervisa las actividades de inspección de las 19 Oficinas Regionales de Salud. Estos órganos emiten informes anuales de inspección de los servicios que presta cada ayuntamiento y estos informes se hacen públicos con carácter informativo.

- En otros países, la normativa estatal obliga a la existencia de estándares de calidad para los servicios, aunque éstos se establecen a nivel local, por lo que pueden variar de un municipio a otro.
- En Austria, la regulación de los requisitos de funcionamiento y la inspección de los servicios corresponde a las provincias, con lo que existe variabilidad en los criterios aplicados. Además la normativa provincial establece únicamente

criterios generales de calidad, por lo que su interpretación y aplicación práctica depende, en muchas ocasiones, de las propias entidades prestadoras de servicios.

- En Dinamarca, las competencias en materia de regulación, autorización e inspección de los servicios de ayuda a domicilio corresponde a las administraciones locales, por lo que existen variaciones entre los criterios mínimos de calidad exigibles. Con todo, desde la aprobación, en 1998, de una ley sobre estándares de calidad (*Lov om kvalitetsstandarder*) los ayuntamientos están obligados a hacer públicos los estándares de prestación que se ofrecen desde sus servicios, indicando entre otros aspectos, cuáles son las tareas de apoyo que cubre el servicio y con qué frecuencia se realizan. Ello permite a las personas usuarias conocer qué nivel de prestación pueden esperar y realizar las reclamaciones correspondientes si la atención que se le presta no se ajusta a esos estándares.

4.1.1.2. Estándares de capacitación profesional y programas de formación

El trabajo de cuidado ha sido concebido históricamente como un trabajo no cualificado, basado en la experiencia doméstica y familiar, para el cual las mujeres estaban naturalmente dotadas, por lo que pocas personas cuidadoras contaban con algún tipo de cualificación profesional específica. El paso de la atención informal en el seno de la familia a la demanda de servicios formales de atención no ha conseguido eliminar completamente esta percepción, por lo que no es infrecuente que la capacitación profesional exigible a los profesionales de ayuda a domicilio no esté regulada normativamente.

Por otra parte, dado que la competencia para regular los servicios de ayuda a domicilio habitualmente recae en las administraciones locales o regionales, existan variaciones entre territorios en cuanto a la cualificación exigible a los trabajadores y trabajadoras del sector, lo cual inhibe su movilidad profesional y geográfica.

Además de mejorar de la calidad del servicio, las medidas dirigidas a regular y mejorar la capacidad de los y las profesionales que trabajan en la ayuda a domicilio favorecen, por tanto, la promoción profesional del personal ocupado en este sector, adecuando sus conocimientos a

tareas que exigen un mayor nivel de cualificación, y evitando, en teoría, la identificación entre trabajo en el ámbito la ayuda a domicilio y baja cualificación.

- En Austria, la atención domiciliaria generalmente comprende la provisión de enfermería a domicilio y de ayuda a domicilio. La enfermería a domicilio se ofrece sólo como alternativa a una estancia hospitalaria (en realidad se trata de un servicio de hospitalización a domicilio), debe ser prescrita por un médico y, de acuerdo con la normativa, debe ser prestada por diplomados en enfermería (3 años de formación) y por auxiliares de enfermería (1.600 horas de formación).

Hasta 2005, cada provincia establecía los requerimientos de formación del personal de los servicios de ayuda a domicilio, que son de su competencia. Debido a ello, existía una gran heterogeneidad en la calidad de los servicios prestados en diferentes provincias, y existían problemas de convalidación de titulaciones que dificultaban la movilidad y de los profesionales de ayuda a domicilio. El descontento con esta situación llevó a la firma de un acuerdo entre el gobierno federal y las nueve provincias para establecer un sistema de formación modular para los servicios sociales de atención comunitaria (en la que se incluye la ayuda a domicilio). El acuerdo establece tres categorías profesionales:

- Asistente domiciliario (*HeimbelferInnen*). Consta de 400 horas de formación teórica y práctica. Sus funciones principales son el apoyo en actividades prácticas de la vida diaria y en tareas domésticas. Para poder prestar apoyo en tareas de atención personal (higiene personal, vestirse y desvestirse, movilización, alimentación o administrar medicación) los asistentes domiciliarios necesitan acreditar la realización de un módulo especial de formación sobre “apoyo personal”, creado en el marco del acuerdo entre el gobierno federal y las provincias.
- Trabajador de Atención Social (*Fach-SozialbetreuerInnen*). Se trata de una titulación que exige dos años (2.400 horas) de formación. Sus funciones, similares al del Asistente Personal en nuestro país, incluyen favorecer la normalización de las condiciones de vida (activación, acompañamiento, entrenamiento en habilidades para la vida), la integración social y la autodeterminación de las personas usuarias. Al igual que los Asistentes Domiciliarios, los Trabajadores de Atención social necesitan acreditar la realización del módulo de formación

sobre “apoyo personal”, para poder prestar apoyo en tareas de atención personal.

- Trabajador de Atención Social Diplomado (*Diplom-SozialbetreuerInnen*). Supone 3 años (3.600 horas) de formación. Permite la realización de todas las tareas asignadas a los Trabajadores de Atención Social sin diploma y las propias de las auxiliares de enfermería. No necesitan realizar el módulo de formación específica sobre “apoyo personal”.

En el marco de las reformas introducidas en 2007 para regularizar la situación de las miles de personas que estaban prestando cuidados domiciliarios de forma irregular (ver el siguiente apartado del informe), se creó una nueva categoría profesional: el “Trabajador de Atención Personal” (*PersonenbetreuerIn*). Curiosamente, esta nueva profesión se ha insertado en la Ley de Salud y de Atención (*Health and Nursing Act*), que regula las profesiones sanitarias. De acuerdo con las especificaciones de la ley, este profesional requiere una formación mínima que puede consistir en una de las siguientes: realizar un curso de formación de 168 horas; acreditar seis meses de experiencia en la atención de personas dependientes; o que un profesional de la salud, generalmente un titulado en enfermería, le delega las tareas de cuidado a realizar.

Las funciones propias de esta categoría profesional son la realización de tareas domésticas y el acompañamiento, aunque pueden asumir tareas de atención personal, la administración de medicamentos (incluidos los inyectables) y la realización de algunos tests clínicos rutinarios (controlar la tensión, el nivel de azúcar en sangre, etc.) si un profesional de enfermería les instruye y delega en ellas estas tareas.

Este aspecto de la reforma ha levantado cierta controversia, puesto que a los Asistentes Domiciliarios y a los Trabajadores de Atención Social que trabajan en los servicios formales de ayuda a domicilio, y que tienen una mayor cualificación, sólo se les permite realizar tareas básicas de atención personal (no cuidados de enfermería), y sólo tras recibir instrucciones y estando bajo la supervisión de profesionales cualificados. Esto significa que los profesionales de las entidades prestadoras de ayuda a domicilio tienen sus funciones más restringidas que los nuevos Trabajadores de Atención Personal, a pesar de contar con un mayor nivel de formación. Para justificar esta incoherencia, se argumenta que estos Trabajadores de Atención Personal sustituyen a cuidadores/as

familiares (a los que sí se les permitiría llevar a cabo estas tareas por su estatus de allegados), y no a cuidadores/as profesionales (Österle, A. y G. Bauer, 2010).

- En Inglaterra, el nivel de cualificación de los trabajadores y trabajadoras de los servicios de ayuda a domicilio es generalmente bajo. Con todo, los Estándares Nacionales Mínimos que regulan los servicios de atención domiciliaria y constituyen los criterios sobre los que se basa la autorización y la inspección de las entidades prestadoras de ayuda a domicilio, publicados en el año 2003, establecían que, para abril de 2008, el 50% del personal contratado por las entidades prestadoras de ayuda a domicilio debía tener la correspondiente cualificación profesional (establecido en el nivel 2 o 3 del Sistema Nacional de Cualificación Profesional). Por otra parte, las personas que al ser contratadas no disponen de la titulación exigida, deben inscribirse en el curso de formación profesional correspondiente en el plazo de seis meses y completar la formación en el plazo de tres años.

La publicación de estos estándares está contribuyendo a que el nivel de formación del personal ocupado en el sector de la ayuda a domicilio esté mejorando gradualmente, aunque en marzo de 2007, entre una quinta y una cuarta parte de las entidades proveedoras autorizadas no había cumplido con los requerimientos en cuanto a la formación del personal de nueva contratación. En 2008, solamente un 32% de los y las profesionales de los servicios de ayuda a domicilio había conseguido el nivel 2 del Sistema Nacional de Cualificación y un 27% acreditaba un nivel 3.

Debido a las dificultades encontradas para la aplicación del estándar referido a las cualificaciones profesionales, la *Care Quality Commission*, como entidad pública responsable de la regulación de los servicios sanitarios y sociales, y ante el riesgo de tener que retirar la autorización de funcionamiento a un importante número de entidades prestadoras del servicio, propuso modificar el objetivo propuesto: en lugar de exigir que el 50% de la plantilla contara con el nivel de cualificación exigido, establecía que “las entidades prestadoras tendrán que asegurar que disponen de un número *suficiente* de personal adecuadamente cualificado, entrenado y experimentado.

Desde enero de 2011, los niveles del Sistema Nacional de Cualificación Profesional se han integrado en un nuevo Sistema de Cualificaciones y Créditos (*Qualifications and Credit Framework*) que permitirá a los trabajadores flexibilizar su itinerario formativo

para adaptarlo a sus necesidades y posibilidades individuales (Glendinning, C. y A. Wilde, 2010).

4.1.1.3. Evaluación global de la calidad de la atención

En el ámbito de los servicios sociales han empezado a desarrollarse fórmulas de evaluación de la calidad de la atención que, sin dejar de considerar estándares de calidad tradicionales, tratan de otorgar a la percepción de la persona usuaria un protagonismo hasta ahora ausente o poco valorado en las metodologías de evaluación y de mejora de la calidad. Se trata de combinar el análisis de los criterios profesionales de calidad hasta ahora imperantes, con los criterios de la persona usuaria, concediendo a estos últimos mayor peso en la valoración.

Este nuevo enfoque surge como respuesta o alternativa al problema principal que se observa en relación con la garantía de la calidad en los servicios que se prestan en el domicilio, a saber, que la mayoría de los estándares aplicados (así como los criterios y las directrices que de ellos se derivan) se basan en la experiencia clínica y en las opiniones de los profesionales y de los expertos, y se articulan en forma de estándares de proceso y, más recientemente, de indicadores de resultados. Estas vías, por interesantes que sean, se ajustan mejor a procesos de atención en situaciones agudas, más relacionadas con el ámbito sanitario, que a situaciones de larga duración en las que la atención propiamente dicha no es más que uno de los elementos de la vida diaria; otros muchos elementos intervienen que no pueden medirse ni valorarse con estos estándares. Los estudios parecen demostrar que guardan muy poca relación con las áreas de atención y con los aspectos de la atención que las personas usuarias atendidas en su domicilio realmente consideran determinantes de la calidad del servicio.

Por otra parte, la introducción de estas fórmulas de evaluación global puede resultar una excelente vía de conocimiento de la realidad en los domicilios en la medida en que, en su marco, se pueden hacer entrevistas, encuestas y visitas a domicilio. La explotación de los datos obtenidos por la vía de estas evaluaciones globales exige la construcción de registros de datos sistematizados que permitirán, por agregación, conocer el nivel general de calidad del servicio.

4.1.2. Medidas de supervisión directa de la atención prestada en el domicilio

Además de las medidas indirectas dirigidas a asegurar que las entidades prestadoras del servicio disponen de los recursos materiales y humanos necesarios para garantizar la seguridad y el bienestar de las personas usuarias, la propia naturaleza del servicio –el hecho de que se preste en un entorno privado como es el domicilio de la persona usuaria– hace que sea conveniente establecer mecanismos de supervisión de la atención prestada.

Por otra parte, la introducción de las prestaciones económicas y de los fondos personales para la adquisición de atención, como alternativa a la prestación de servicios, en la medida en que abre nuevas opciones de atención en el domicilio –atención por parte de cuidadores/as familiares y por parte de cuidadores privados autónomos– ha incrementado la percepción de la necesidad de establecer mecanismos de control y supervisión de la atención dirigidos a cuatro objetivos complementarios: a) garantizar que la atención se presta efectivamente, con la intensidad suficiente y que la calidad de la atención así prestada es adecuada; b) garantizar que las personas cuidadoras ejercen sus funciones en condiciones adecuadas; c) responder de la seguridad de las personas; d) garantizar que la atención se ajusta a la evolución de las necesidades de la persona.

Si bien es cierto que la cuestión de la calidad de la atención puede plantearse en todas las modalidades de atención domiciliaria y de asistencia personal, incluso cuando se presta desde entidades de servicios, también lo es que las entidades que se dedican a este tipo de funciones quedan sujetas a una serie de dispositivos de control de carácter obligatorio que, en principio, conllevan ciertas garantías: las autorizaciones de funcionamiento para la prestación de servicios sociales, la homologación o la acreditación de las entidades cuando conciertan o contratan con entidades públicas, los sistemas de acreditación de la calidad a los que se someten cada vez más habitualmente las entidades, unidas a los requisitos de cualificación profesional, constituyen, de por sí, un marco más supervisado y, por lo tanto, a priori, más garantista.

Frecuentemente, en el marco de las fórmulas de asignación económica individual, las medidas introducidas de cara a garantizar la calidad de la atención prestada a la persona beneficiaria se aplican con carácter previo a la concesión de la prestación, en forma de requisitos de acceso y, en ese sentido, son similares a los requisitos de funcionamiento establecidos para los servicios, en el sentido de que pretenden “prevenir” que se produzca una situación de desatención o de riesgo para la persona usuaria. Algunas de estas medidas ya han sido comentadas al analizar las prestaciones económicas y los fondos personales como compensación o remuneración a las

personas cuidadoras informales (ver apartado 2.1.1 del informe). En este caso, el interés se centra en las medidas de supervisión de la atención prestada en el domicilio que se aplican con posterioridad a la asignación de la prestación.

4.1.2.1. *Visitas y entrevistas de seguimiento*

Se trata de entrevistas con la persona usuaria y/o con la persona cuidadora y de visitas al domicilio para verificar *in situ*:

- el contexto de la atención y el ambiente relacional
- en su caso, la efectiva introducción de las adaptaciones que se hubieran marcado en el plan de atención, la adquisición de las ayudas técnicas y en general la adecuación del domicilio a la atención de la persona beneficiaria.

Esta función queda, en unos casos, muy estrechamente asociada a la gestión de caso desde los servicios sociales públicos, y en otros recae en profesionales independientes en los que se delega esta función.

- En Alemania, las personas que optan por la prestación económica para cuidados a domicilio, adquieren la obligación de someterse a la supervisión de un profesional de la atención, acreditado al efecto por el Sistema de Cuidados de Larga Duración por lo menos dos veces al año en el caso de las personas valoradas en Grados I y II de dependencia, y tres veces al año en el caso de las personas valoradas en Grado III. Este profesional elabora un informe dirigido al Fondo de Cuidados de Larga Duración al que esté adscrita la persona beneficiaria indicando si las necesidades de atención están bien cubiertas por la persona cuidadora.

La solicitud de la visita de supervisión corresponde a la persona usuaria; si no cumple con su obligación de solicitar las visitas de supervisión, corre el riesgo de sufrir una disminución en la cuantía de la prestación económica o incluso una suspensión de la misma.

- En Austria, en el año 2007, se lanzó un proyecto piloto de visitas a domicilio a las personas que utilizaban la prestación económica de cuidados de larga duración para compensar a un cuidador familiar. La visita recaía en un profesional de enfermería y el objetivo era ofrecer asesoramiento, información y supervisar si la atención era adecuada

y suficiente para cubrir las necesidades de la persona dependiente. Dado el éxito del proyecto piloto, las visitas se han consolidado y se realizan con carácter anual. En el año 2009, por ejemplo, se hicieron unas 66.000 visitas domiciliarias.

De acuerdo con las evaluaciones del proyecto piloto, parte del éxito del programa está en que estas visitas ponen el énfasis en la función de apoyo y no en la de control: la visita se anuncia por correo a la persona usuaria, con antelación suficiente; tras esa primera comunicación, la enfermera o el enfermero que va a realizar la visita mantiene una conversación telefónica con la persona cuidadora; y, finalmente, visita el domicilio.

- En Inglaterra, los servicios sociales municipales tienen la obligación de hacer un seguimiento de la atención, de revisar el paquete de cuidados a intervalos semestrales y de reajustar el apoyo ofrecido. El mantenimiento de esta supervisión recae en la persona profesional que actúa como gestor de caso.
- En Suecia, los gestores de caso de los servicios sociales municipales están obligados a realizar visitas domiciliarias periódicas para supervisar la situación de la persona atendida.

4.1.2.2. *Valoración periódica de la situación de la persona atendida*

Consiste en volver a realizar una nueva valoración de dependencia o de necesidades de una persona previamente valorada; se trata de una valoración formal, no de un simple seguimiento, y puede presentar tres modalidades:

- Puede tratarse de una pauta habitual y sistemática según la cual la valoración de necesidades tiene una validez temporal, debiendo procederse siempre a valoraciones posteriores y en estos casos, cada valoración establece su periodo de validez y fija la fecha de la siguiente revisión.
- Puede tratarse de una pauta aplicable sólo en aquellos casos en los que la valoración inicial se haya realizado en un momento en el que el nivel de necesidad no se hubiera estabilizado todavía (por ejemplo, tras un periodo de hospitalización; tras una caída; tras una situación de estrés familiar).

- Puede tratarse de una medida ocasional, de carácter excepcional, cuya aplicación depende de la necesidad detectada por algún profesional que interviene en la atención o por el propio servicio social en sus actuaciones de seguimiento o de la necesidad percibida por la propia persona usuaria o por sus familiares. Esta última modalidad se da en todos los sistemas.

En todos los casos, la nueva valoración puede determinar bien una reducción de las necesidades inicialmente detectadas, el mantenimiento de un nivel similar de necesidad o un aumento de las necesidades de apoyo, lo que permite:

- por un lado, supervisar la evolución de la situación y la adecuación del paquete de apoyos articulado para dar respuesta a las necesidades detectadas en el curso de la valoración anterior;
- por otro, ajustar, en su caso, la intensidad de los apoyos a las necesidades reales lo cual contribuye a mejorar la eficiencia del sistema;
- por último, observar la calidad de la atención y el contexto relacional, y cuando la persona cuidadora es un familiar de la persona dependiente, valorar la situación y la capacidad del cuidador.

La valoración periódica de la situación de la persona es habitual en Alemania, donde en la valoración inicial del nivel de dependencia se suele fijar fecha para una segunda valoración. Al margen de las valoraciones periódicas, la persona puede también solicitar una nueva valoración cuando considera que su nivel de necesidad ha cambiado. Asimismo en Holanda, la valoración de las necesidades de cuidados de larga duración incluye siempre un periodo limitado de validez y fija la fecha para una nueva valoración. En Austria, por el contrario, la valoración inicial para el reconocimiento de dependencia se hace sólo cuando se estima que la situación es estable y va a prolongarse en el tiempo, de modo que no se realiza ninguna nueva valoración hasta que la propia persona lo solicita porque estima que sus necesidades han aumentado. En ocasiones, no obstante, la valoración puede hacerse en una situación no estabilizada, en cuyo caso se fija una fecha para una nueva valoración.

4.2. Adecuación de los servicios a las preferencias individuales

Una de las tendencias más significativas de las últimas décadas en los sistemas de cuidados de larga duración ha sido la reivindicación, tanto desde la propia ciudadanía y desde las organizaciones de defensa de personas usuarias, como desde las esferas académicas, de un modelo de atención centrado en la persona usuaria y en la promoción de su autonomía, de su libre elección y de su autodeterminación.

Un actor esencial en este proceso fue el movimiento de vida independiente que, desde los años 70, había surgido con fuerza, primero en Estados Unidos, y más tarde en Europa, en particular en los países nórdicos y en el Reino Unido. Este movimiento, muy anclado en la defensa de un modelo social de discapacidad (por contraposición al hasta entonces imperante modelo médico), combativamente promovido por las organizaciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad –especialmente por adultos jóvenes con discapacidad física–, ejerció fuertes presiones y lideró una reivindicación básica para ese colectivo: el derecho a vivir de forma independiente, fuera del marco institucional, adoptando sus propias decisiones en relación con su forma de vida, y también en relación con las alternativas de atención y apoyo que pudieran necesitar para llevar una vida autónoma. Progresivamente, se unieron a esta corriente las voces de otros colectivos como manifestación generalizada de un cierto descontento con el funcionamiento de un sistema que estimaban excesivamente rígido.

En respuesta a esa insatisfacción, y en acuerdo también con planteamientos innovadores de intervención defendidos por algunos teóricos y promovidos por nuevas visiones y prácticas profesionales, se adoptaron medidas tendentes a reforzar –en particular a través de la gestión de caso– un mejor ajuste de la atención a las particularidades de cada situación y un mayor protagonismo de la persona usuaria en la definición de sus necesidades y preferencias y en el diseño de los apoyos más ajustados a las mismas. Se implantaba así la idea de empoderamiento de la persona usuaria, como manifestación de la voluntad de reequilibrar un modelo que, en su afán de protección, actuaba con fuertes rasgos paternalistas, determinantes de que tanto la construcción del sistema como la del modelo de atención estuvieran dominados por el imperativo público y por el criterio profesional, sin que la persona usuaria tuviera realmente voz en los procesos de intervención. Esta nueva visión suponía un cambio radical con respecto a la tradición anterior.

En cierto modo, puede decirse que las demandas y deseos manifestados por las personas usuarias de contar con servicios menos estandarizados, más ajustados a las necesidades individua-

les, y más variados, que les permitieran elegir las opciones más adecuadas y participar activamente en el diseño de su paquete de apoyos estaba en sintonía con las necesidades constatadas desde la propia administración en términos de ampliación y diversificación de la red y en términos de eficiencia y agilidad en la organización y el funcionamiento del sistema. Así es cómo los valores de personalización de la atención, de empoderamiento, de autodeterminación y de derecho de elección se integraron en el discurso público de los diferentes modelos de servicios sociales y cómo se impuso, en todos ellos, la necesidad de ajustar mejor la oferta de servicios y el modelo de atención a las necesidades individuales y, en lo posible, a las preferencias de la persona usuaria. Se pasaba así del paradigma de la atención ofrecida en función de la red de servicios, al paradigma de la atención ofrecida en función de las necesidades individuales. Esto ocurrió, con mayor o menor énfasis, en todos los sistemas:

- Para los sistemas de corte liberal, este reforzamiento de la dimensión individual encajaba muy bien con los planteamientos de mercado, en los que éste se caracteriza por ofrecer alternativas diversas y es el consumidor quien elige la fórmula que más le conviene, que mejor responde a sus necesidades y preferencias.
- Para los sistemas de corte socialdemócrata esta nueva concepción era una vía de modernización de los sistemas, una oportunidad de mejorar la convivencia entre la administración y la colectividad y, en última instancia, de garantizar la pervivencia de un sistema de acción colectiva. En su marco, la modernización se presenta como una respuesta necesaria a un público cada vez más demandante y a un mundo que cambia a un ritmo sin precedentes.

Empujado por estos vectores de cambio, se inició un proceso de reorganización de los sistemas de cuidados de larga duración que fue otorgando cada vez mayor protagonismo a la persona usuaria, en diversos aspectos de su atención:

- En un primer momento, en el ámbito de la ayuda a domicilio, se abrió la posibilidad de elección en lo referente a la entidad prestadora de servicios, mediante la apertura del mercado –anteriormente dominado por el sector público– a empresas privadas, con o sin fin de lucro. De esta manera se buscaba aumentar la diversidad en la gama de servicios necesaria para posibilitar la personalización de la atención y el ejercicio efectivo del derecho de elección, pero también, o quizá principalmente, incrementar la competitividad entre proveedores con el fin de disminuir los costes¹⁵.

¹⁵ La apertura al sector privado como medida de contención del gasto en la ayuda a domicilio se ha analizado en el último apartado del capítulo anterior.

- En un segundo momento, se generalizó la oferta de prestaciones económicas como alternativa a la prestación de servicios en especie, lo que posibilitó que las personas usuarias pudieran ejercer su derecho de elección no sólo en lo referente a la titularidad –pública o privada– de las entidades prestadoras de ayuda a domicilio, sino también en lo referente al diseño de su paquete de servicios y a la organización de la atención (definición de las tareas de atención, organización de los horarios y, lo que es más importante, la posibilidad de compensar económicamente a un familiar o a una persona allegada).
- En fechas más recientes, y de cara a superar una de las principales limitaciones de los sistemas de prestaciones económicas para incrementar la capacidad de elección de las personas usuarias –a saber, las dificultades con que se encuentran las personas con discapacidad intelectual o con enfermedades mentales para asumir la organización y la contratación de la atención–, se han creado servicios de apoyo para la planificación de la atención, cuya finalidad consiste en proporcionar a las personas con una competencia limitada el apoyo necesario para definir y expresar sus preferencias en lo referente a la atención que requieren.

4.2.1. Elección del proveedor del servicio mediante la apertura al mercado privado

La apertura del sector de la ayuda a domicilio a las entidades privadas con y sin fin de lucro se ha perseguido, en algunos países como Inglaterra u Holanda, con el fin de incrementar la competitividad entre proveedores y rebajar así los costes del servicio. En los países nórdicos, por el contrario, este tipo de reformas –introducidas durante la década de los años 90– estuvieron más orientadas a incrementar la calidad de los servicios prestados y a ofrecer mayor elección a las personas usuarias, al menos en lo referente a la entidad proveedora de servicios:

- En Suecia, la aprobación, en 1991, de una nueva norma sobre administración local dio a los ayuntamientos mayor autonomía organizativa, incluida la posibilidad de diferenciar las funciones de provisión y prestación de la atención y, en consecuencia, de subcontratar los servicios de ayuda a domicilio a entidades privadas mercantiles. En sólo dos años el 10% de los municipios de Suecia habían introducido esta diferenciación de las funciones de provisión y prestación y, una década más tarde, en 2003, la proporción de ayuntamientos que habían optado por esta fórmula eran el 82%; por otra parte, la proporción de entidades privadas prestadoras de servicios de ayuda a domicilio aumentó de un 2% a un 19% entre 1993 y 2010.

Hasta fechas relativamente recientes, la contratación de entidades privadas de ayuda a domicilio se realizaba mediante procedimiento de concurso, es decir, los ayuntamientos optaban entre prestar el servicio de ayuda a domicilio de un área geográfica determinada directamente, con personal propio, o contratar a una entidad externa para su prestación (como sucede actualmente en la CAPV). A partir de la introducción, en 2009, de una norma reguladora de la libertad de elección –*Free to choose - Act on Freedom of Choice (LOV)*– en servicios sociales, este tipo de procedimiento de concurso es menos habitual. De acuerdo con esta norma, los ayuntamientos que desean promover la capacidad de elección de la persona usuaria autorizan a las entidades privadas de ayuda a domicilio y establecen el precio público del servicio. Las personas usuarias pueden entonces escoger, entre estos proveedores autorizados, aquel que consideran que les puede proporcionar una atención de mayor calidad. Dado que es la administración la que establece el precio del servicio, las entidades privadas prestadoras compiten en términos de calidad del servicio, no del precio.

Por otra parte, la ley establece que, a diferencia de los ayuntamientos, las entidades privadas prestadoras del servicio de ayuda a domicilio pueden ofrecer prestaciones adicionales –acompañamiento, etc.– no cubiertas por el servicio público, de manera que las personas usuarias pueden complementar el apoyo financiado públicamente, contratando servicios adicionales con la misma empresa. Para fomentar la oferta de estos servicios complementarios por parte de las entidades prestadoras, el gobierno introdujo, en 2007, un beneficio fiscal para las personas que quisieran complementar los servicios financiados desde el sistema público. Esto ha supuesto un importante incentivo para la demanda por parte de las personas mayores, ya que les permite adquirir estas prestaciones adicionales a mitad de precio.

De acuerdo con el elevado nivel de autonomía municipal en Suecia, los ayuntamientos pueden decidir subcontratar los servicios con entidades privadas o prestarlos directamente, por lo que existen grandes diferencias entre los municipios en lo referente a la participación que tienen las entidades privadas en el mercado de la ayuda a domicilio: actualmente, en dos terceras partes de los ayuntamientos suecos todos los servicios de ayuda a domicilio son gestionados públicamente; por el contrario, son una minoría (en torno a un 4%) los ayuntamientos donde más de la mitad de la ayuda a domicilio financiada públicamente se presta desde empresas privadas. Las dos ciudades más grandes de Suecia han adoptado estrategias distintas en este sentido: en Estocolmo, el 59%

de las horas de ayuda a domicilio están en manos de entidades privadas, mientras que en Gotemburgo son los ayuntamientos los que prestan el 100% de las horas de atención.

Sin perjuicio de lo anterior, parece probable, de acuerdo con la literatura especializada, que más ayuntamientos opten, en el futuro, por introducir el modelo de “libre elección”. En 2009, más del 60% de los ayuntamientos habían solicitado una subvención estatal destinada a fomentar la introducción del modelo en los municipios. En primavera de 2010, el 16% de los ayuntamientos ya lo habían implementado, y otro 25% había tomado una decisión en ese sentido.

El gobierno sueco ha mostrado su optimismo respecto a la capacidad de estos modelos de “libre elección” del consumidor para incrementar la influencia que ejercen las personas mayores sobre los servicios que reciben y considera que la competitividad entre proveedores incrementará, por sí misma, la calidad de los servicios (Szebehely, M. y Trydegård, G., 2010).

- En Dinamarca, las entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, entraron en el ámbito de la ayuda a domicilio a finales de la década de los años 90, cuando algunos ayuntamientos decidieron separar las funciones de provisión y prestación de los servicios. Esta situación se generalizó en 2003, mediante la introducción, por parte de un gobierno de corte liberal-conservador, de la reforma denominada “Libre elección” (*free choice*), que obligaba a los ayuntamientos daneses a ofrecer a las personas usuarias del servicio de ayuda a domicilio, elección en cuanto al proveedor del servicio.

El objetivo perseguido mediante esta reforma fue incrementar la eficiencia y la calidad de los servicios gracias a la competitividad entre proveedores; se esperaba que, al ejercer las personas usuarias su capacidad de elección, los servicios se verían obligados a mejorar o, si no, correrían el riesgo de perder clientes. También se perseguía empoderar a las personas usuarias e individualizar o personalizar la atención prestada.

Con todo, los datos disponibles indican que el impacto de la reforma en este sentido ha sido limitado, debido a que muchas personas mayores desconocen la posibilidad que tienen de escoger entre distintos proveedores (sólo el 65% conocía esta posibilidad en 2009, de acuerdo con una encuesta realizada por el Ministerio de Economía danés).

Por otra parte, de acuerdo con algunos autores, la introducción de esta reforma, lejos de adaptar la prestación del servicio a las necesidades individuales, ha supuesto una estandarización de la atención, pasando de un sistema donde se ponía el énfasis en la adaptación a las necesidades individuales y en la colaboración entre profesionales, personas usuarias y familiares, a un sistema rígido, en el que las tareas a realizar por los servicios de ayuda a domicilio están preestablecidas, existe un control exhaustivo del tiempo de dedicación a las distintas tareas y se pone menor énfasis en la individualización y en la cooperación. En efecto, mientras que, con anterioridad a la introducción de la reforma de “libre elección”, las personas profesionales de los servicios de ayuda a domicilio –trabajadores/as del ayuntamiento– disponían de cierta discrecionalidad para acomodar la atención a las necesidades y preferencias de la persona, la subcontratación de entidades privadas para prestar el servicio ha determinado la necesidad –de cara a ejercer cierto control sobre la utilización de los recursos públicos– de estandarizar el servicio, tanto en términos de las tareas que quedan incluidas en el mismo, como del tiempo disponible para realizar cada tarea. Esto ha ido en perjuicio de las personas usuarias y también de las personas profesionales, que se encuentran, frecuentemente, sometidas a un ritmo de trabajo frenético (las visitas pueden ser de hasta media hora de duración) (Lewinter, 2003, citado en Rostgaard, T., 2010).

En la práctica, existen dos modelos para la subcontratación de los servicios públicos de ayuda a domicilio en Dinamarca: en el primer modelo, los ayuntamientos establecen un proceso de autorización y fijan un precio hora; todas las entidades privadas que cumplen con los requisitos de autorización y pueden prestar el servicio al precio fijado son susceptibles de ser elegidas por las personas usuarias para prestarles la atención a la que tienen derecho de acuerdo con la valoración de necesidades realizada por los servicios sociales del ayuntamiento. El 95% de los municipios daneses habían optado por este modelo en 2004. El segundo modelo implica la contratación mediante concurso público de un máximo de cinco entidades privadas.

De acuerdo con los datos disponibles, es evidente que, por el momento, los servicios de entidades privadas generalmente atienden a la población con mayor grado de autonomía: el 31% de las personas que reciben ayuda únicamente para tareas domésticas escogen una entidad privada para prestarles el servicio; en cambio, entre las personas que requieren atención personal sólo un 5% optan por los servicios de una empresa. La elección del proveedor no está condicionada por el precio del servicio, puesto que

éste es gratuito para la persona usuaria, tanto cuando se presta desde el sector público, como cuando se subcontrata con empresas privadas. No obstante, las empresas privadas pueden prestar y cobrar por servicios adicionales –no reconocidos dentro del derecho a la ayuda pública–, lo que ha llevado a algunos ayuntamientos a afirmar que se da una situación de competencia desleal (Rostgaard, T., 2010).

4.2.2. El empoderamiento de la persona usuaria a través de fórmulas de asignación económica individual

Como ya se ha indicado, la posibilidad de acceder a una cuantía económica para la adquisición de cuidados personales es una de las principales vías por las que se ha tratado de dar a la persona usuaria un mayor control sobre el tipo de atención que recibe y la manera de organizar los cuidados que se le prestan. Se trata de ofrecerle la posibilidad de sustituir la atención diseñada, organizada y prestada –directa o indirectamente– desde los servicios sociales públicos, por la atención diseñada, organizada y contratada por la propia persona usuaria, dotándole para ello de medios económicos que puede utilizar para contratar los apoyos requeridos, prestados por las entidades o los cuidadores de su elección. Para hacerlo, los sistemas vigentes optan unas veces por utilizar prestaciones económicas en sentido estricto, es decir cuantías concedidas en metálico a la persona beneficiaria, y otras veces por utilizar una asignación económica individual consistente en poner a disposición de la persona usuaria un presupuesto o fondo personal o individual, expresado en horas de apoyo y/o en cuantía económica.

Tabla 14. Disponibilidad de prestaciones económicas y fondos personales el ámbito de la atención comunitaria para personas mayores.

	Sólo servicios	Servicios y prestaciones económicas ⁽¹⁾	Elección entre servicios o prestaciones económicas
Alemania			✓
Austria		✓	
Bélgica		✓	
Bulgaria	✓		
Dinamarca	✓		
Eslovaquia			✓
Eslovenia		✓	
España		✓	
Estonia		✓	
Finlandia			✓
Francia		✓	
Holanda			✓
Hungría	✓		
Inglaterra			✓
Italia		✓	
Polonia			✓
República Checa		✓	
Rumanía	✓		
Suecia ⁽²⁾	✓		

Fuente: Adaptado de Riedel, M. y M. Kraus, (2011b)

¹ Indica que el sistema de atención comunitaria de ese país incorpora tanto servicios como prestaciones económicas, aunque no se ofrece una alternativa entre ambas: algunos servicios se prestan en especie, mientras que otros se proveen en forma de prestaciones económicas.

⁽²⁾ En Suecia, existe una prestación económica destinada a la adquisición de servicios comunitarios para personas mayores. El acceso a esta prestación es, no obstante, limitadísimo y se da en zonas rurales poco pobladas y poco dotadas de servicios formales. Cuando existe, constituye la única vía de ejercicio del derecho.

Tal y como se aprecia en la tabla, la mayoría de los países europeos ofrecen a las personas mayores la posibilidad de acceder a una prestación económica para contratar servicios de atención comunitaria –Dinamarca y Suecia son las excepciones más notables–, aunque no siempre constituye una opción frente al servicio en especie: solamente Alemania, Finlandia, Holanda, Inglaterra, Polonia y Eslovaquia ofrecen a la persona usuaria la alternativa entre servicio o prestación económica; en el resto de los países, la persona accederá a una prestación económica o a un servicio, en función de la atención que requiera.

El simple hecho de poder acceder a una prestación económica ofrece cierta elección a la persona usuaria –aunque solo sea la posibilidad de elegir entre varias entidades prestadoras del servicio. Dicho esto, el grado de libertad que se ofrece a la persona para organizar diversos aspectos de su atención mediante el recurso a prestaciones económicas depende, en buena medida, del diseño y de la regulación de los sistemas prestacionales, es decir, de las limitaciones que, en la normativa, se establecen para regular el uso de las prestaciones. En particular, interesa diferenciar las prestaciones económicas en función de:

- *La gama de servicios que permiten contratar.* Atendiendo a la amplitud de la gama de servicios que pueden adquirirse por la vía de las medidas prestacionales, cabe diferenciar entre:
 - Sistemas que permiten el acceso a toda la gama de servicios, incluidos los residenciales, como es el caso en Austria y en Francia, y también, desde fechas más recientes, en Alemania, con la nueva modalidad de fondos integrales personales de cuidados de larga duración¹⁶.
 - Sistemas que abren el acceso al conjunto de los servicios no residenciales, es decir, a los servicios de ayuda a domicilio, pero también al resto de los servicios que contribuyen directa o indirectamente al mantenimiento en el domicilio (ayudas técnicas, adaptación del medio, servicios de respiro, así como atención diurna y nocturna). Ejemplo de esta modalidad sería el fondo personal aplicado en el Reino Unido y la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad aplicada en Suecia.
 - Sistemas que destinan estas prestaciones fundamentalmente a la adquisición de atención o asistencia personal (incluidas actividades de acompañamiento), como es el caso de Holanda, del Reino Unido, pero esta vez en su modalidad de prestación económica, y de Alemania, también en su modalidad de prestación económica.

Tabla 15. Gama de servicios que se pueden contratar mediante las prestaciones económicas y los fondos personales vigentes en algunos países europeos.

País	Denominación	Utilización					
		Ayudas técnicas/ Adaptación del medio/Adaptación de vehículos	Ayuda a domicilio/ Asistencia Personal	Respiro	Acompañamiento	Atención Diurna/ Atención Nocturna	Atención Residencial
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	✓	✓	✓		✓	✓
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración		✓				
	Fondos integrales personales de cuidados de	✓	✓	✓	✓	✓	✓

¹⁶ La Prestación Económica de Cuidados de Larga Duración está vigente en Alemania desde 1995 y permite a las personas beneficiarias elegir entre al acceso a los servicios en especie o el acceso a una prestación económica destinada, principalmente, aunque no exclusivamente, a retribuir a cuidadores familiares. En 2008, se ha introducido una nueva modalidad de fondos personales que consiste en otorgar a la persona dependiente una cuantía global mensual, determinada en base a su nivel de necesidades e ingresos. Dicha cuantía debe servir para organizar un paquete de cuidados bajo la supervisión de un profesional de los servicios sociales que actúa como gestor de caso.

País	Denominación	Utilización					
		Ayudas técnicas/ Adaptación del medio/Adaptación de vehículos	Ayuda a domicilio/ Asistencia Personal	Respiro	Acompañamiento	Atención Diurna/ Atención Nocturna	Atención Residencial
	larga duración						
Francia	Prestación personalizada de autonomía	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Prestación compensatoria de la discapacidad	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración		✓		✓		
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria		✓		✓		
	Fondo personal	✓	✓	✓	✓	✓	
Suecia	Prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad	✓	✓	✓	✓		
	Prestación económica de apoyo a domicilio para personas mayores		✓	✓			

Fuente: SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011

- *El tipo de proveedor del que se pueden adquirir los apoyos requeridos.* Los apoyos que se financian a través de las prestaciones económicas consideradas pueden adquirirse de tres tipos de proveedores: entidades prestadoras de servicios de asistencia domiciliaria o de asistencia personal; cuidadores profesionales que trabajan por su cuenta; y cuidadores informales que, casi siempre, son familiares. Todos los países de los que se dispone de información prevén y dan cobertura a las tres alternativas en unas u otras de las medidas que articulan (véase la siguiente tabla), pero con especificidades:
 - En el caso de la contratación de entidades, todos los países admiten que puedan ser sin ánimo de lucro o mercantiles, siendo la oferta la que determina que se recurra más a unas u otras opciones. La contratación de servicios prestados por las administraciones públicas, en cambio, sólo es posible en Suecia –en el caso de la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad– y en el Reino Unido, que prevé esta posibilidad en la mo-

dalidad de fondos personales, pero la excluye de la modalidad de prestación económica; otros países –Alemania, Holanda, Austria o Francia– no la prevén, bien porque no existen servicios públicos de ayuda a domicilio y de asistencia personal, bien porque el acceso a los mismos queda reservado a quienes optan por la prestación en especie.

- En el caso de la contratación de cuidadores profesionales autónomos, todos los modelos prevén esa posibilidad. En algunos casos, –Francia y Holanda son ejemplos paradigmáticos– esa contratación era uno de los principales objetivos que perseguía la introducción de las prestaciones y fondos personales para la adquisición de atención, con el fin de hacer aflorar situaciones muy frecuentes de contrataciones no declaradas –no formalizadas en contrato de trabajo– en los domicilios: la prestación económica o el fondo individual sólo podría utilizarse para abonar esa atención si se demostraba, mediante la presentación de la documentación pertinente, la contratación laboral de la persona trabajadora, lo que fomentó la progresiva legalización de situaciones hasta entonces mantenidas en el marco de la economía sumergida. Francia opta en su regulación por dar prioridad a las alternativas de atención que resulten más formales y para ello, en el caso de la prestación compensatoria de la discapacidad, prevé una cobertura variable en función del tipo de contratación por el que opta la persona usuaria: la cobertura oscila entre un 130 y un 145% del gasto correspondiente a la contratación del asistente personal, siendo inferior cuando la persona opta por la contratación directa, intermedia cuando opta por contratar a la persona cuidadora de forma indirecta, con el intermediario de una entidad, y superior cuando opta por contratar un servicio prestado por una entidad.

En el extremo opuesto, se encuentra el sistema menos regulado y, por lo tanto, el más flexible de los modelos europeos, a saber, el austriaco. En este país, la prestación económica está contribuyendo, dicen sus críticos, al sostenimiento de un mercado de trabajo paralelo, conformado principalmente por personas procedentes de países fronterizos (Hungría, Chequia, y Eslovaquia). Un esquema muy habitual es que la persona contrate a dos cuidadores extranjeros que alternan semanal o quincenalmente su estancia en el domicilio: son trabajadores que entran en el país con un visado turístico y permanecen en él legalmente con ese visado, pero aprovechan su estancia para trabajar quince

días seguidos (sin días de descanso), y en régimen de internado, por un salario muy superior al que obtendrían en su país de origen; al cabo de quince días vuelven a su país, permanecen allí otros quince días y vuelven a Austria. Trabajan por salarios inferiores al mínimo correspondiente al sector y sin protección social, viven en casa de la persona atendida, permanecen disponibles de forma continuada y realizan las tareas que se les encarguen tanto de cuidado y atención personal, como domésticas, estructurándose así como una fórmula flexible y asequible de disponer de cuidados durante todo el día. Esta disponibilidad sería inviable en el mercado laboral legal y los costes de las contrataciones superarían con creces el nivel de recursos garantizado por la prestación económica.

- Por lo que se refiere a la posibilidad de utilizar la prestación económica para retribuir o compensar la atención prestada por cuidadores/as familiares, ya se ha indicado que prácticamente todos los países para los que se dispone de información prevén dicha posibilidad, aunque con algunas restricciones dirigidas a garantizar que la atención financiada por esta vía se corresponde con una atención real, de cierta intensidad, y que se adecúa a las necesidades de la persona usuaria (para una descripción más detallada de las restricciones que se aplican al uso de las prestaciones económicas para retribuir a familiares, referirse al apartado del informe correspondiente a las medidas de apoyo a la red informal de atención).

Tabla 16. Proveedores de servicios que se pueden contratar mediante las prestaciones económicas y los fondos personales vigentes en algunos países europeos.

País	Denominación	Entidades de servicios*			Cuidadores profesionales	Cuidadores familiares
		P	SAL	M		
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración		✓	✓	✓	✓
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración				✓	✓
	Fondos personales integrales de cuidados de larga duración		✓	✓	✓	
Francia	Prestación personalizada de autonomía			✓	✓	✓
	Prestación compensatoria de la discapacidad			✓	✓	✓
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración			✓	✓	✓
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria			✓	✓	
	Fondo personal	✓		✓	✓	✓
Suecia	Prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad	✓		✓	✓	✓
	Prestación económica de apoyo a domicilio para personas mayores					

* P: entidades públicas; SAL: entidades sin ánimo de lucro; M: entidades mercantiles
Fuente: SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011

Además de la regulación de las prestaciones económicas en lo que se refiere al tipo de servicios y de proveedores que permiten contratar, el procedimiento establecido en cada país para acceder y hacer uso de la prestación también influyen en la amplitud con la que la persona usuaria puede ejercer su derecho de elección en cada uno de ellos:

- En el extremo de mayor autonomía se encuentran los modelos en los que, una vez cumplidos los requisitos de acceso a la prestación económica, se concede ésta, quedando en manos de la persona usuaria el diseño del paquete de apoyos que considere más adecuados, la contratación de los servicios que puedan prestar esos apoyos y la coordinación de las diversas intervenciones, así como el conjunto de las gestiones asociadas a dichas funciones. El modelo austriaco y el alemán, en la modalidad de prestación económica, constituyen ejemplos de este tipo. Los fondos personales integrales introducidos en 2008 en Alemania, a pesar de ofrecer mayor elección que la prestación económica en lo referente a la gama de servicios que pueden contratar, son más restrictivos en lo referente a la libertad de elección de la persona usuaria, dado que prevén la participación de un gestor o de una gestora de casos que asumirá, junto con la persona usuaria, el diseño y la organización del paquete de apoyos así como su segui-

miento periódico. En el caso del fondo personal británico se prevé que la participación de las personas con limitaciones intelectuales en el diseño de su paquete de atención se canalice a través de grupos de apoyo (*advocacy*), formados por allegados (no necesariamente familiares) de la persona que, gracias al conocimiento que tienen de ella, actúen en defensa de sus intereses y contribuyan a que los servicios se ajusten en la mayor medida posible a las preferencias de la persona usuaria.

- En el otro extremo, los servicios sociales siguen asumiendo el diseño del plan de apoyos y el ejercicio de las funciones de seguimiento, quedando en manos de la persona usuaria las funciones de contratación, de organización y de coordinación de los mismos. Es el caso de Francia, tanto en la modalidad de prestación para personas mayores como de las personas con discapacidad, de Holanda y de la prestación sueca para personas con discapacidad; en los tres casos, la entidad que se ocupa de la valoración de necesidades diseña el paquete de atención para la persona, contando con su participación.
- Entre ambos extremos, otros modelos cuentan con modalidades intermedias en las que, si bien el diseño del plan de apoyos corresponde a la persona usuaria, su aprobación sigue recayendo en los servicios sociales, con el fin de verificar su adecuación a la cobertura de las necesidades y su ajuste al importe de la prestación o del plan individual en el que se integra. Es el caso de la prestación económica de atención comunitaria del Reino Unido que permite a la persona usuaria contratar aquellos servicios que los servicios sociales municipales hayan incluido en su plan individual de atención en base a la valoración de necesidades realizada.

Tabla 17. Agentes que participan en distintas fases de la elaboración del plan de apoyos y en la organización de la atención financiada a través de prestaciones económicas o fondos personales

País	Denominación	Diseño del plan de apoyos	Elección de proveedores	Pago y gestiones administrativas asociadas	Seguimiento y control
Austria	<i>Prestación económica de cuidados de larga duración</i>	P. usuaria	P. usuaria	P. usuaria	Profesionales del Sistema de Cuidados de Larga Duración, cuando se trata de personas que utilizan la prestación para compensar a cuidadores/as familiares.
Alemania	<i>Prestación económica de cuidados de larga duración</i>	P. usuaria.	P. usuaria, aunque, en principio, la prestación está diseñada para compensar económicamente a un cuidador familiar.	P. usuaria	P. usuaria. La persona usuaria está obligada a solicitar, periódicamente, visitas de supervisión y control de un profesional acreditado por el Sistema; si no cumple con esta obligación puede sufrir una disminución de la cuantía de la prestación o una suspensión de la misma.
	<i>Fondos personales integrales de cuidados de larga duración</i>	P. usuaria con apoyo de un gestor de casos.	P. usuaria con apoyo de un gestor de casos.	P. usuaria con apoyo de un gestor de casos.	No se dispone de información
Francia	<i>Prestación personalizada de autonomía</i>	Equipo multidisciplinar compuesto por personal de la administración departamental y por personal de las mutuas de seguro de enfermedad. La persona usuaria participa en el diseño.	P. usuaria. La administración trata de favorecer la contratación de servicios formales por dos vías: • En el caso de personas con gran dependencia, la administración asocia automáticamente el pago de la prestación a un servicio de ayuda a domicilio autorizado, salvo oposición expresa de la persona. • Se modula el importe de la prestación en función de la experiencia y la cualificación de la persona o del servicio contratado, de manera que se favorece la contratación de prestadores más cualificados.	P. usuaria. Si lo desea, puede contratar un servicio de intermediación laboral; si el proveedor elegido es una entidad prestadora de SAD no autorizada, la administración realiza directamente el pago. Si se trata de una entidad autorizada y homologada, se puede hacer mediante un cheque servicio.	La persona usuaria tiene que aportar justificación de todos los gastos y la administración puede verificar in situ la existencia de los apoyos declarados.
	<i>Prestación compensatoria de la discapacidad</i>	Equipo multidisciplinar, con participación de la persona usuaria.	P. usuaria.	P. usuaria. Si se trata de una entidad autorizada y homologada el pago puede hacerse mediante un cheque-servicio.	La persona usuaria tiene que aportar justificación de todos los gastos y la administración puede verificar in situ la existencia de los apoyos declarados.
Holanda	<i>Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración</i>	Profesionales del Centro de Valoración de Necesidades (CIZ), con participación de la persona usuaria.	P. usuaria.	P. usuaria; si lo desea, puede utilizar los servicios del Banco de Seguro Social (SVB) u otras entidades privadas para que se encarguen de las tareas administrativas asociadas a la gestión de la prestación	P. usuaria; si lo desea, puede utilizar los servicios del Banco de Seguro Social (SVB) u otras entidades privadas para que se encarguen de la justificación del uso de la prestación.

País	Denominación	Diseño del plan de apoyos	Elección de proveedores	Pago y gestiones administrativas asociadas	Seguimiento y control
Reino Unido	<i>Prestación económica de atención comunitaria</i>	Servicios sociales municipales o la p. usuaria con visto bueno de los servicios sociales municipales.	P. usuaria	P. Usuaria Algunos servicios sociales municipales y entidades sin ánimo de lucro ofrecen servicios de apoyo para la gestión de la prestación.	P. usuaria; debe abrir una cuenta corriente destinada exclusivamente a los ingresos y cargos relacionados con la prestación
	<i>Fondo personal</i>	P. Usuaria. Las personas con limitaciones intelectuales pueden contar con el apoyo de un grupo de personas allegadas (<i>advocacy</i>) que asuman la responsabilidad de actuar en defensa de sus intereses y preferencias.	P. usuaria. Las personas con limitaciones intelectuales pueden contar con el apoyo de un grupo de personas allegadas (<i>advocacy</i>) que asuman la responsabilidad de actuar en defensa de sus intereses y preferencias.	No se dispone de información	P. usuaria; debe abrir una cuenta corriente destinada exclusivamente a los ingresos y cargos relacionados con el fondo personal.
Suecia	<i>Prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad</i>	Servicios sociales municipales, con la participación de la persona usuaria.	P. usuaria En el caso de las personas con discapacidad intelectual, la elección y la toma de decisiones se articulan mediante fórmulas de <i>advocacy</i> en las que una o un grupo de personas allegadas actúan en defensa de sus intereses y preferencias.	P. usuaria; puede solicitar que se le pague a la persona o entidad prestadora directamente.	P. Usuaria; está obligada a aportar justificación de las horas de asistencia personal contratadas.
	<i>Prestación económica de apoyo a domicilio para personas mayores</i>	No aplicable; sólo puede destinarse a la ayuda a domicilio o a servicios de respiro.	No aplicable; la prestación se utiliza para remunerar a cuidadores informales en zonas rurales donde no hay oferta de servicios.	No se dispone de información	Desde los servicios sociales municipales

4.2.3. Servicios de asesoramiento y apoyo a la persona usuaria para la planificación de la atención.

Las prestaciones económicas y los fondos personales asignados a la persona usuaria para que adquiera los apoyos que requiere, conllevan, en mayor o menor grado, la asunción por parte de la persona beneficiaria de una serie de funciones que, en el marco de la prestación en especie, asumen los servicios sociales, a saber, la contratación y coordinación del conjunto de los apoyos o servicios idóneos para responder a sus necesidades. Las funciones asumidas por la persona beneficiaria pueden abarcar, según los casos y según el grado de intervención que el modelo desee mantener en los servicios sociales, una gran diversidad de aspectos:

- diseño del paquete de apoyos;
- contratación de la atención o asistencia personal, con lo que eso puede conllevar en términos de selección, de gestión de nóminas, de obligaciones tributarias;
- adquisición de otros elementos de apoyo: ayudas técnicas y adaptaciones en la vivienda o en el vehículo;
- justificación de gastos ante la administración;
- adaptación permanente del paquete de apoyos a la evolución de las necesidades.

La asunción de estas funciones por parte de la persona atendida no siempre es fácil porque conlleva cierta capacidad de gestión y organización que no todas las personas poseen, y menos cuando son dependientes. Esto ha llevado a que en muchos modelos, la introducción de estas fórmulas vaya necesariamente acompañada de servicios de apoyo a la organización y a la gestión de la prestación, pudiendo abarcar más o menos funciones según el grado de actuación que se mantenga en los servicios sociales públicos.

- En Alemania, se introdujo una reforma del Seguro de Larga Duración en 2008, dirigida fundamentalmente a fomentar la rehabilitación, mejorar la calidad de la atención prestada y ajustar las cuantías cubiertas por el seguro. En dicha reforma, una de las líneas de actuación consistió en crear una red de centros de información y asesoramiento cuya función sería asesorar a las personas dependientes beneficiarias de las fórmulas de asignación económica individual y a sus familias en relación con el procedimiento, la elección de los servicios y prestaciones que mejor se ajustasen a la situación personal y el desarrollo de las funciones administrativas y laborales asociadas a la gestión de la prestación o del fondo personal. Si bien inicialmente se preveía la creación de entre

3.000 y 4.000 centros de este tipo, en abril de 2010 sólo habían entrado en funcionamiento unos 250. Con todo, salvo dos Länder, todos los demás se han unido a este programa de creación de centros.

- En Holanda, cuando se introdujo la prestación económica en el Seguro de Cuidados de Larga Duración, en 1995, la cuantía económica atribuida debía ser gestionada a través del Banco de Seguro Social (SVB), con la única excepción de la denominada cuantía de libre disposición, que suponía un 1,5% de la cuantía total de la prestación, y que se ingresaba directamente en la cuenta corriente de la persona usuaria para que ésta le diera libremente el uso que prefiriera. El resto de la cuantía de la prestación se reservaba necesariamente a la contratación de cuidadores o de servicios de atención; no se le entregaba a la persona usuaria sino que quedaba depositada a su nombre en el Banco de Seguro Social quien se encargaba de abonar a cada cuidador profesional o informal o a cada servicio contratado por la persona usuaria la cuantía correspondiente, y de realizar las correspondientes retenciones (cotizaciones a la Seguridad Social, primas de contribución Seguro de Cuidados de Larga Duración, IRPF). El Banco de Seguro Social ofrecía asimismo un servicio de asesoría para ayudar a las personas a formalizar los contratos entre la persona beneficiaria y los cuidadores profesionales o informales.

En 2003, el Seguro de Cuidados de Larga Duración sufrió una importante reforma orientada a la contención de costes. Dicha reforma, además de importantes cambios en el procedimiento de valoración de necesidades, supuso algunos cambios en la gestión del fondo personal integrado en el seguro, dejando de ser obligatoria la intervención del Banco de Seguro Social en la gestión del fondo. En la actualidad, estas funciones de apoyo a la gestión del fondo personal las pueden realizar también otras entidades de carácter privado, siempre que no se dediquen, a la vez, a la prestación de servicios de ayuda a domicilio o de asistencia personal, para evitar conflictos de intereses entre sus funciones de apoyo a la persona usuaria y su necesidad de contar con usuarios para sus servicios de apoyo domiciliario.

- En el Reino Unido, la introducción de las fórmulas de financiación individual iniciada en 1996 ha sido un proceso lento, que ha tardado en afianzarse, debido, en gran medida —según parecen indicar las diversas y sucesivas evaluaciones—, a una marcada insuficiencia de los servicios de apoyo para facilitar la asunción, por parte de las personas beneficiarias, de funciones que nunca han ejercido.

Este déficit se ha tratado de ir corrigiendo desde el año 2001 –año en el que se hizo obligatorio para las administraciones locales, proponer y orientar a todas las personas que tuvieran derecho a atención comunitaria la posibilidad de acceder a la atención requerida accediendo a una prestación económica en lugar de acceder directamente al servicio en especie. A lo largo de la última década se han desarrollado numerosos servicios de apoyo:

- Algunas administraciones los ofrecen por sí mismas, es decir, de algún modo han modificado sus funciones para asumir algunas nuevas consistentes en formar, informar, asesorar y ayudar a las personas usuarias en las tareas asociadas a la gestión de su paquete de servicios.
 - Otras reorientan a las personas usuarias hacia servicios de apoyo prestados muy habitualmente por organizaciones sin ánimo de lucro: *Age Concern* ofrece este servicio para las personas mayores; en el ámbito de la discapacidad, los centros de recursos y los centros de vida independiente son los núcleos habituales de apoyo.
- En Suecia, la introducción de una prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad ha conllevado el progresivo desarrollo de una serie de servicios de información, asesoramiento y apoyo para la gestión de la prestación que, principalmente, se encuadran en el movimiento de vida independiente.

Las personas con discapacidad han creado cooperativas de servicios y de apoyo mutuo que desarrollan funciones de información, orientación y apoyo en la gestión de las prestaciones. En muchos casos, las personas que son miembros de dichas cooperativas delegan en éstas la gestión de su paquete de apoyos; en algunos casos, incluso pueden llegar a delegar el cobro de la prestación en estas organizaciones, para que ellas se encarguen de realizar los pagos correspondientes a su paquete de apoyos.

La mayoría de las entidades (tanto las cooperativas de usuarios como las entidades privadas) que ofrecen servicios de gestión y apoyo para la gestión de la prestación de asistencia personal cuenta con la figura del supervisor o garante del servicio que asume funciones básicas: seleccionar a los asistentes personales tratando de ajustar la selección a las necesidades, características y preferencias de la persona usuaria; garantizar la

coordinación entre los servicios o personas que intervienen en la atención; actuar como sustituto de la persona cuidadora en caso de que esta no pudiera en algún momento asumir sus funciones. Esta función tiene que recaer en alguien que conoce bien a la persona usuaria.

La Cooperativa de Vida Independiente STIL, fundadora en Suecia del movimiento de vida independiente, organiza para quienes optan por la prestación de asistencia personal cursos de formación inicial en materia de supervisión de asistentes personales, normativa reguladora, convenios laborales, y selección de personal. A este curso de 3 días de duración, le siguen otros dos dedicados a la gestión de un entorno laboral y a resolución de conflictos. También se organizan dos veces al mes reuniones de grupos de ayuda mutua. La cooperativa ofrece además servicios administrativos para facilitar la gestión de la prestación.

5. IMPACTO DE LAS TENDENCIAS Y DE LAS REFORMAS INTRODUCIDAS EN LA AYUDA A DOMICILIO

Los cambios que se han producido en el servicio de ayuda a domicilio en las últimas décadas como consecuencia de las tendencias demográficas y sociales descritas, y de las reformas introducidas en respuesta a las mismas, ha tenido un impacto significativo en las personas usuarias del servicio, en sus cuidadores/as informales, y en los y las profesionales, así como en la manera en que se relacionan e interactúan para prestar los cuidados necesarios.

Por otra parte, tres de las líneas de reforma emprendidas por la mayoría de los países europeos, a saber, la apertura del ámbito de los servicios sociales y de la ayuda a domicilio al sector privado, la introducción de las prestaciones económicas y fondos individuales para la adquisición de servicios como alternativa a la prestación en especie, y la tendencia a concentrar los recursos en la población con mayores necesidades, tiene implicaciones en el modelo de atención, en la medida en que se altera la división de la responsabilidad entre los distintos agentes implicados en la provisión y en la prestación de cuidados.

En este último capítulo del informe se analizan brevemente las consecuencias más importantes que ha tenido la evolución del servicio en cada uno de los agentes intervinientes y en el modelo de atención.

5.1. Impacto de las reformas en las personas y en las relaciones de cuidado

5.1.1. Impacto en las personas usuarias del servicio

Las tendencias demográficas y sociales de las últimas décadas –fundamentalmente el envejecimiento de la población, la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral y la evolución de los modelos familiares–, han modificado las condiciones de vida de las personas mayores en la mayoría de los países europeos:

- Se ha incrementado la proporción de personas muy mayores que viven en domicilios particulares y, en consecuencia, también la proporción de personas con un nivel de dependencia severo y con necesidades complejas de atención.
- Se ha reducido la proporción de personas que cuentan con apoyo informal, especialmente de personas con la suficiente disponibilidad para prestar cuidados intensivos.

Por otra parte, las reformas introducidas en el ámbito de los cuidados de larga duración y las modificaciones realizadas en el servicio de ayuda a domicilio determinan que:

- Las personas dependientes, que requieren apoyo para las actividades básicas de la vida diaria, tienen, en general, más probabilidades que hace dos décadas de recibir apoyo público para permanecer atendidas en el domicilio:
 - En Holanda, Alemania, Austria, Italia y Francia, por ejemplo, durante los años 90, se ha reconocido el derecho de las personas que requieren apoyo de determinada intensidad, de forma continuada, a que se les financie dicho apoyo, al menos en parte. Ello ha determinado un incremento de la cobertura de los servicios, particularmente de los servicios domiciliarios, puesto que, al mismo tiempo, se ha ido reconociendo paulatinamente la importancia que, en términos de calidad de vida, tiene la permanencia en el entorno comunitario para las personas.
 - En los países nórdicos, que ya ofrecían una elevada cobertura de las necesidades antes de los años 90, la cobertura ha disminuido –en algunos casos sus-

tancialmente— aunque sigue siendo relativamente elevada en comparación con el resto de los países europeos. Por otra parte, esta disminución ha sido menor entre las personas con necesidades de apoyo intenso:

- en Dinamarca, si se observa la evolución desde la década de los años 80, la cobertura entre las personas muy mayores se ha incrementado un 22%, si bien, desde 2002, se observa una inversión de la tendencia a la baja (26,7% de reducción entre 2002 y 2009);
 - en Suecia, la cobertura del servicio entre las personas de más de 65 años se redujo un 43% entre 1980 y 2008, pero mucho menos, un 26,6%, entre las personas de más de 80 años, quienes suelen tener mayores necesidades de apoyo;
 - en Finlandia, las cifras correspondientes son 45,2% de reducción en el grupo de personas mayores de 65 años y un 41,7% entre las mayores de 75 años en el periodo de 1990 a 2005; al mismo tiempo, no obstante, la proporción de personas usuarias que reciben un apoyo de media-alta intensidad (más de 41 visitas mensuales) ha crecido un 125,6%.
- La probabilidad de recibir apoyo de los servicios de ayuda a domicilio para realizar tareas domésticas es menor que hace dos décadas:
- En el caso de las personas dependientes, que requieren cuidados personales además de apoyo para las tareas domésticas, es frecuente que se les exija que, cuando esté disponible, la red informal de atención cubra determinadas tareas domésticas, entendiendo que dichas tareas deben ser compartidas por todos los miembros del hogar. Es el caso de Dinamarca, Suecia o Inglaterra.
 - En el caso de las personas que sólo requieren atención doméstica, algunos países han dejado de ofrecer el servicio de ayuda a domicilio a estas personas, al menos cuando existe una red informal que puede prestarles apoyo. En Inglaterra, los servicios públicos se dirigen en la mayoría de los municipios a personas que se encuentran en riesgo sustancial o crítico de requerir un ingreso hospitalario o residencial y, en Dinamarca, es cada vez más frecuente que

los municipios sólo ofrezcan apoyo doméstico a quienes requieren también atención personal. En otros países, si bien no se ha excluye la posibilidad de recibir únicamente atención doméstica, la cobertura de este tipo de necesidades se ha reducido considerablemente: en Noruega, por ejemplo, la cobertura del servicio se incrementó en un 17% entre 1992 y 2009, pero el número de personas que reciben apoyo sólo para tareas domésticas se ha reducido un 35% en el mismo periodo.

- Las personas usuarias del servicio tienen, en general, mayor elección en relación con la forma en la que se les prestan los cuidados domiciliarios:
 - Por una parte, muchos países, entre ellos Alemania, Holanda o Inglaterra, ofrecen la alternativa de recibir las horas de apoyo que le hayan sido reconocidas a la persona usuaria en metálico (o bien en una combinación de servicios y una prestación económica), lo que permite, dependiendo de la normativa reguladora de cada país, utilizar ese dinero para adquirir los servicios de cuidadores autónomos o para compensar o retribuir a un familiar.
 - Cuando el servicio se presta en especie, muchos países ofrecen elección en lo referente a la entidad prestadora del mismo: la apertura del ámbito de los servicios domiciliarios a las entidades con y sin fin de lucro ha estado principalmente orientada a la contención de costes en los países de tradición liberal y conservador, como Inglaterra y Alemania, mientras que en los países nórdicos, ha estado más orientada a ofrecer alternativas de elección a las personas usuarias y a incrementar la calidad de los servicios. Actualmente, en torno a un 75% de las entidades prestadoras del servicio de ayuda a domicilio son privadas en Inglaterra y el 61,5% son entidades mercantiles en Alemania, mientras que las empresas privadas –con o sin fin de lucro– representan sólo el 25% de las entidades prestadoras en Finlandia, el 17% en Suecia y apenas un 1% en Noruega.
- En los países que han introducido prestaciones económicas y/o fondos personales para la adquisición de atención, las personas usuarias participan, también, en mayor medida, en la definición de los cuidados que mejor se ajustan a sus necesidades y en la organización de esos cuidados, de manera que pueden influir en la decisión sobre

quién les va a atender, en qué momentos del día o de la noche y para qué tareas se les va a prestar apoyo.

Al margen de los beneficios en términos de la autodeterminación de las personas usuarias y de su participación en las decisiones relacionadas con su cuidado, lo cierto es que se trata de fórmulas de atención menos garantistas, en el sentido de que resulta más difícil controlar la calidad de la atención prestada.

5.1.2. Impacto en las personas cuidadoras informales

Los cambios y las reformas descritas también han tenido impacto significativo en las personas que ofrecen cuidados informales a las personas con necesidad de apoyo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, así como en la naturaleza de su relación con la persona cuidada y con las personas profesionales de los servicios formales.

- En primer lugar, la reducción del acceso a los servicios de ayuda a domicilio –y, en la medida en que constituye la puerta de acceso al sistema, a toda la red de servicios formales– para las personas con necesidades de apoyo ligeras o moderadas ha incrementado la carga de cuidados que la red informal debe asumir. Por poner algunos ejemplos, en Noruega, entre 1997 y 2005 la proporción de personas que recibían apoyo doméstico desde los servicios de ayuda a domicilio disminuyó un 14% y, al mismo tiempo, la proporción de personas que decían recibir apoyo de la red informal de atención se incrementó en un 55%. En Suecia, la reducción de la intensidad de la ayuda a domicilio ha determinado que la proporción de personas que reciben apoyo informal haya aumentado, incluso entre las personas que acceden al servicio: si en 1989 un 36,5% de las personas que eran usuarias del servicio de ayuda a domicilio recibían también apoyo informal, en 2005 dicha proporción había aumentado hasta el 55,1%. En Austria, el hecho de haber restringido el acceso a la prestación económica de cuidados de larga duración para las personas que requieren una intensidad de atención de entre 50 y 60 horas mensuales significa que estas personas deben adquirir los servicios de su propio bolsillo, o lo que es más frecuente, especialmente entre las personas con una capacidad económica reducida, depender de la red informal de atención para que les presten los cuidados necesarios.

- Por otro lado, en muchos países, la posibilidad de recibir una remuneración por los cuidados informales ofrecidos ha supuesto un reconocimiento social de la labor que ejercen las personas cuidadoras informales. En general, debido a las cuantías relativamente modestas que prevén, las prestaciones económicas constituyen más una compensación por la pérdida de ingresos del trabajo, que un salario propiamente dicho, aunque, cuando su percepción se vincula a la formalización de la relación de cuidado en el marco de un contrato laboral, como sucede en Francia o en Holanda, también ofrecen cierta protección social a las personas que prestan atención informal.

Con todo, si bien es cierto que las prestaciones económicas dirigidas a remunerar o a compensar a las personas cuidadoras informales suponen un reconocimiento social a una labor que, en muchos casos, ya se ejercía, las voces más críticas con las reformas alertan de las consecuencias que este tipo de políticas tienen en términos de género, en la medida en que pueden desincentivar la participación de la mujer en el mercado laboral, especialmente entre las mujeres con bajo nivel educativo, en cuyo caso, no existe mucha diferencia entre la cuantía de las prestaciones y los salarios que les corresponderían en el mercado laboral. El impacto que han tenido las reformas analizadas en términos de género se analizan en detalle en el apartado 4.2.1 del informe.

- El hecho de que las personas que prestan cuidados informales reciban remuneración por ese trabajo y, sobre todo, el hecho de que, en la mayoría de los países que han introducido esta posibilidad, dicha remuneración no se ofrezca directamente a la persona cuidadora, sino que es la persona dependiente quien recibe el dinero y decide luego si lo destina a financiar cuidados informales o formales, ha modificado la naturaleza del cuidado informal y la relación entre la persona cuidadora y la persona que recibe los cuidados:
 - Por una parte, si tradicionalmente el cuidado informal se basaba en valores de amor, reciprocidad y solidaridad, y se prestaba voluntariamente, de acuerdo con los deseos de la persona dependiente, pero también de la persona cuidadora, y en función de su disponibilidad, el hecho de recibir una remuneración por los cuidados prestados introduce un elemento de obligatoriedad y, en muchos sistemas, ciertas exigencias en términos de la intensidad de atención prestada y de las tareas de cuidado a realizar. En Inglaterra y en Holanda, por ejemplo, los servicios sociales intervienen en la definición de los cuidados que deben prestársele a la persona y establecen algunos mecanismos de control

para garantizar que, cuando la prestación se utiliza para compensar a familiares, los cuidados definidos se prestan efectivamente.

En este sentido, como se verá en el apartado relativo al impacto de las reformas en el modelo de atención, se ha desdibujado la diferenciación entre cuidados formales e informales, creando una nueva categoría de cuidadores “semi-formales”, en la que, además de los familiares y personas allegadas que reciben remuneración por los cuidados que prestan, se encontrarían también los cuidadores profesionales (trabajadores/as autónomos o en situación irregular) contratados gracias a las prestaciones económicas y los fondos personales asignados a las personas dependientes para financiar los cuidados que precisan.

- Por otra parte, si, con anterioridad a la introducción de prestaciones económicas y fondos personales que permiten remunerar a familiares, las personas que recibían cuidados informales estaban en alguna medida “sometidas” a sus cuidadores/as informales –puesto que su bienestar dependía de su disponibilidad para prestarles los cuidados necesarios, y de su voluntad para hacerlo– el empoderamiento de las personas usuarias a través de las fórmulas de asignación económica individual ha alterado sustancialmente la naturaleza de esta relación, llegando, en los casos extremos a invertirla: si a la hora de conceder las prestaciones económicas no se definen bien las condiciones en las que las personas cuidadoras informales deben prestar los cuidados que se financian a través de los fondos públicos –qué intensidad de atención deben ofrecer, o qué tareas tienen que realizar– existe la posibilidad de que las personas dependientes, convertidas en empleadoras de sus familiares, se excedan en sus demandas¹⁷; por otra parte, una excesiva definición de las tareas y de la intensidad de atención le resta flexibilidad a la solución adoptada, que constituye uno de los atractivos fundamentales de la atención de carácter informal.

En este sentido, constituye una buena práctica que las administraciones competentes tomen medidas para garantizar: a) que la atención prestada por familiares a los que se remunera a través de las prestaciones del sistema es

¹⁷ Si bien esta situación de abuso de poder ha sido comentada principalmente en relación con cuidadores/as autónomos, profesionales o no (Degavre, F. y M. Nyssen (eds.), 2012), en principio, aunque sea menos habitual, también puede producirse entre la persona dependiente y su cuidador familiar.

adecuada, suficiente y responde a las necesidades de la persona dependiente; y b) que las personas cuidadoras realizan sus funciones en condiciones adecuadas, que garantizan su seguridad. En los países de nuestro entorno, las medidas introducidas con estas finalidades incluyen las entrevistas y visitas de seguimiento, en los que la situación de la persona atendida y de la persona cuidadora se verifica *in situ*: en Alemania y en Austria las visitas se han introducido en el marco de las prestaciones económicas, mientras que en Inglaterra y en Suecia forman parte del procedimiento habitual de gestión de casos en los servicios sociales.

- Por último, algunos autores señalan que la remuneración de personas cuidadoras informales, junto con la introducción de servicios de apoyo y programas de formación destinados a este colectivo, ha modificado la naturaleza de la relación entre ellas y los cuidadores contratados –profesionales y no profesionales– de los servicios formales.

En efecto, a lo largo de las décadas de desarrollo de los sistemas de servicios sociales, se han planteado y contrastado dos teorías sobre la relación entre cuidados formales e informales: la primera de ellas, la de la sustitución, planteaba que el hecho de desarrollar servicios formales de ayuda a domicilio llevaría a una reducción del apoyo informal, puesto que se produciría una sustitución de los cuidados informales, no remunerados, por cuidados formales, pagados; la segunda hipótesis afirmaba que los cuidados formales e informales eran complementarios y que incrementar la intensidad de atención formal no llevaría necesariamente a una sustitución de los cuidados informales, sino a una redistribución de las tareas a realizar por unos y por otros.

Aunque los datos recabados durante dos décadas de desarrollo de los servicios formales han desmentido la teoría de la sustitución y hoy en día se reconoce que las redes informales continúan siendo la principal fuente de cuidados para las personas que requieren apoyo para vivir de forma independiente, algunos autores consideran que el miedo de las administraciones a que el desarrollo de la red formal disminuya el input de la red informal permanece, y que ha sido uno de los principales impedimentos para su mayor desarrollo (Penning, M.J., 2002).

Investigaciones realizadas en los países nórdicos, donde la cobertura de los servicios formales ha sido tradicionalmente mayor, confirman que los cuidados formales no sustituyen a los cuidados informales, sino que se complementan, modificando la divi-

sión de tareas entre los profesionales de los servicios formales y los cuidadores familiares. En Noruega, por ejemplo, varias encuestas apuntan a que, a pesar del uso extensivo de los servicios formales de ayuda a domicilio, los hijos e hijas adultos proporcionaban a sus padres mayores más apoyo que en generaciones anteriores, aunque de forma diferente; las responsabilidades se repartían entre todos los hijos (también los varones), por lo que el apoyo prestado por cada persona era menos intenso (Daatland y Herlofson, 2003, y citado por Vabø, M., 2010).

Recientemente, la situación se ha complicado todavía más, puesto que además de los y las profesionales de los servicios formales que solían intervenir, junto con la persona cuidadora informal, en el hogar de la persona dependiente, se ha extendido, desde la introducción de las prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de cuidados, otra fórmula, la de la contratación de cuidadores, profesionales o no profesionales, que antes era accesible sólo para las personas de clase media-alta.

La literatura especializada señala que, al contrario de lo que sucede con los cuidados formales, que suelen ser complementarios de los que proporciona la red informal, los cuidados que se contratan en el mercado privado, especialmente los que proporcionan los cuidadores inmigrantes que residen en los hogares de las personas dependientes trabajando de forma irregular, suelen sustituir a los cuidados informales. Con frecuencia, en estos casos, el rol de las personas cuidadoras informales es el de supervisar la atención prestada por estos cuidadores contratados y, para llevar a cabo esa función de supervisión, actúan en colaboración con los servicios formales de ayuda a domicilio y/o de los gestores de caso de los servicios sociales públicos.

Aunque es cierto que la contratación de cuidadores o empleados privados para el cuidado de personas dependientes –sobre todo menores de edad pero también mayores– no es una novedad, y las familias –particularmente las mujeres– siempre han asumido la supervisión de la atención prestada, es menos probable que, hace dos o tres décadas, las familias que podían permitirse ese tipo de cuidados, utilizaran, al mismo tiempo, los servicios de ayuda a domicilio públicos. La introducción de las prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de servicios ha modificado este panorama, incrementando la probabilidad de que, en un mismo domicilio intervengan, al mismo tiempo, cuidadores/as informales, cuidadores contratados de forma privada y profesionales de los servicios de ayuda a domicilio públicos. Algunos autores plantean que, en estas situaciones, se establece una nueva forma de re-

lación entre los diferentes agentes, que supone una nueva distribución de las funciones que cada uno asume.

Igualmente, cuando las prestaciones económicas y los fondos personales permiten la retribución de cuidadores y cuidadoras familiares, los servicios sociales municipales y/o los profesionales de los servicios de ayuda a domicilio públicos ejercen funciones de supervisión de la atención prestada.

5.1.3. Impacto para las personas profesionales de los servicios.

Las reformas introducidas en el servicio de ayuda a domicilio con el objetivo de incrementar la calidad y la eficiencia de los servicios y, para atraer y retener la fuerza de trabajo necesaria para satisfacer la creciente demanda del mismo, han tendido a la profesionalización del sector, aunque también se han introducido reformas, en este caso más orientadas a la contención del gasto, que han tenido el efecto contrario.

La mayoría de los países europeos han realizado esfuerzos dirigidos a establecer los estándares de cualificación exigibles a los profesionales de los servicios de ayuda a domicilio y a regular los estudios y los procedimientos de reconocimiento de la experiencia profesional conducentes a la obtención de dichas cualificaciones. Estas medidas han perseguido:

- incrementar el atractivo de los empleos del sector, mediante el reconocimiento de la capacitación necesaria para ocupar esos puestos;
- establecer un sistema de categorías profesionales, con diferentes exigencias de cualificación, que permitan la movilidad profesional y aseguren una adecuada calidad de la atención ofrecida;
- homologar las cualificaciones exigibles, para permitir la movilidad geográfica de los trabajadores y de las trabajadoras de ayuda a domicilio y reducir las desigualdades territoriales en cuanto a la calidad de atención ofrecida;

Al mismo tiempo, en muchos países, dos factores han favorecido el desarrollo de un mercado de trabajo paralelo, basado en una mano de obra inmigrante y barata:

- En primer lugar, la incapacidad del sistema público de servicios sociales para dar respuesta a las personas con necesidades intensivas en su propio domicilio. El hecho de que cada vez más personas deseen permanecer en sus domicilios a pesar de tener elevados niveles de dependencia ha llevado a las familias a buscar las soluciones más flexibles y baratas para responder a las necesidades continuadas de atención de estas personas. Esto, junto con la existencia, en algunos países europeos como Austria o Alemania, de mano de obra barata, procedente de países vecinos con salarios muy inferiores, ha hecho florecer un mercado de trabajo irregular, en el que personas inmigrantes prestan cuidados continuados a las personas dependientes, a precios muy inferiores a los de los servicios formales de ayuda a domicilio.

- Por otra parte, en países como Austria o Italia, la introducción de prestaciones económicas para la adquisición de atención muy poco reguladas y, por lo tanto, muy flexibles en cuanto al uso que se puede hacer de ellas, ha contribuido a la popularidad de estas alternativas de atención. En Austria, por ejemplo, contratar a dos personas inmigrantes que se alternan quincenalmente en el domicilio de la persona dependiente, prestándole cuidados continuados a diario, puede tener un coste de unos 2.000 euros mensuales (sin incluir costes de alojamiento y manutención): una persona con un nivel máximo de dependencia podría cubrir este coste por completo, gracias a la prestación económica de cuidados de larga duración más el complemento correspondiente por contratar a un cuidador/a autónomo; mientras que para una persona con un nivel 3 de dependencia (el mínimo que da acceso al complemento) la suma de las cuantías cubriría aproximadamente la mitad del coste de la contratación.

El hecho de que estas personas presten sus servicios a un coste muy inferior al del mercado regulado, y sin disponer de las cualificaciones exigibles a las personas profesionales de los servicios formales de ayuda a domicilio, ha determinado que las personas profesionales lo perciban como una competencia desleal que contribuye al creciente desprestigio de su profesión. Cabe mencionar el caso de Austria, donde se ha creado una categoría profesional, la de los trabajadores y trabajadoras de cuidados personales, con unas exigencias mínimas de formación, para regularizar la situación de las personas inmigrantes que trabajan en los domicilios de personas dependientes.

Medidas como las adoptadas en Austria suponen una “desprofesionalización” y, en este sentido, van en contra de los esfuerzos realizados para profesionalizar el empleo en el sector, aunque también es preciso reconocer que, en algunos países –entre ellos la CAPV– una excesiva

profesionalización de los trabajadores y trabajadoras de ayuda a domicilio también está conduciendo a elevar el coste de la hora de ayuda a domicilio, y a la imposibilidad de introducir tarifas diferenciadas en función de la naturaleza de las tareas a realizar y la formación necesaria para llevarlas a cabo.

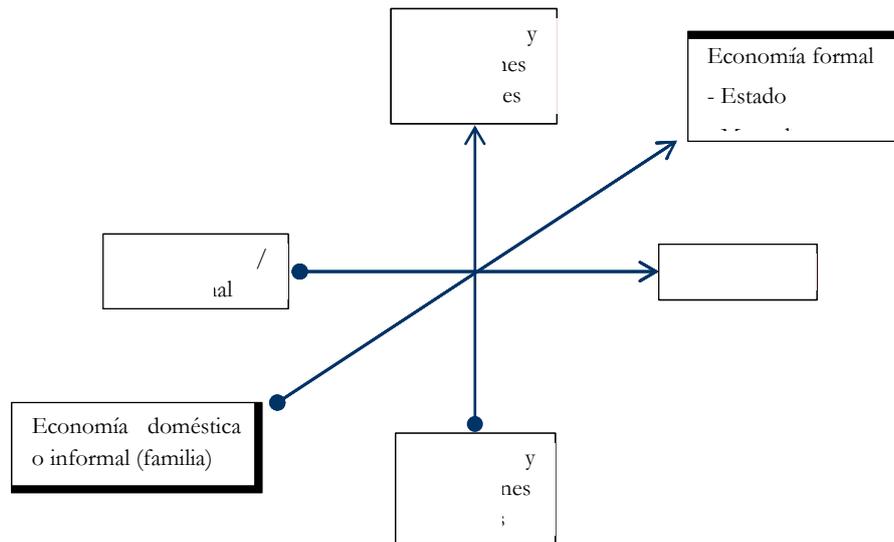
5.2. Impacto de las reformas en el modelo de atención

De acuerdo con Anttonen, Baldock y Sipilä (2003), los sistemas de atención social de los países desarrollados han evolucionado a lo largo de tres ejes o dimensiones:

- Un eje que se mueve entre la esfera de la economía doméstica y a la economía formal. Se trata de una dimensión en la que, históricamente, las funciones de atención social se han ido transfiriendo del ámbito privado de la economía doméstica a una mayor intervención de la economía formal y de sus agentes: el mercado, las entidades del tercer sector y el estado. Se trata de un proceso de externalización de la atención –sale de la esfera privada a la esfera pública– y de formalización de la misma –pasa de prestarse de manera informal a definirse en el marco de un contrato de trabajo.
- Una dimensión en la que los servicios sociales públicos han pasado de ser selectivos, normalmente en términos de capacidad económica de las personas usuarias, o condicionados a un determinado comportamiento –frecuentemente la participación en el mercado laboral–, a estar dirigidos a toda la población que cumple los criterios de necesidad. Se trata del proceso de universalización.
- Un último eje en el que la atención social financiada públicamente pasa de estar destinada a la familia, o a un miembro de la misma, pero en su condición de cabeza de familia, a ser un derecho individual. Es un proceso de “individualización” de la atención.

El modelo teórico propuesto por estos autores se representa en el siguiente esquema:

Esquema 1. Dimensiones de cambio en la atención social



Fuente: adaptado y traducido de Anttonen, Baldock y Sipilä (2003)

Históricamente, los sistemas de servicios sociales han evolucionado en el sentido indicado por las flechas del esquema: desde una atención prestada en la esfera privada de la familia y del hogar (de forma gratuita), a una atención prestada en la esfera pública, donde intervienen el Estado y el mercado (sujeta a costes); desde sistemas formados por prestaciones y servicios asistenciales, en los que el acceso es discrecional o está condicionado al cumplimiento de determinados criterios, hacia sistemas de carácter universal, donde se reconoce el derecho subjetivo a los servicios y prestaciones del sistema; y desde servicios y prestaciones dirigidos principalmente a la familia, hacia servicios y prestaciones dirigidos a los individuos, y otorgados como derechos de ciudadanía.

Un debate que ha surgido con fuerza en la literatura especializada en los últimos años plantea si las reformas introducidas recientemente en el ámbito la atención a personas dependientes en la mayoría de los países europeos suponen un cambio de dirección en la evolución de los sistemas; es decir, si se está invirtiendo la dirección del cambio indicado por las flechas en el esquema propuesto.

- En lo que respecta al primer eje, el que representa el grado de formalización de la atención, las recientes reformas han sido criticadas por conducir a un repliegue de las responsabilidades públicas respecto a la atención de las personas dependientes. Desde esta óptica se estaría dando una “refamiliarización” de la atención, en el sentido de que

la responsabilidad de cuidar de los miembros dependientes de la sociedad se devuelve a la familia y al individuo.

- Por otra parte, la tendencia a limitar la población destinataria del servicio de ayuda a domicilio se ha interpretado como síntoma de la erosión de la universalidad del sistema.
- Finalmente, una creciente tendencia a tomar en consideración las circunstancias familiares a la hora de valorar las necesidades de atención, de cara a dar acceso a los servicios públicos de ayuda a domicilio, se interpreta como síntoma de una vuelta atrás en la individualización de la atención.

5.2.1. ¿Hacia una re-familiarización de la atención?: impacto de las reformas en términos de género.

La medida en que las políticas sociales de un país liberan a mujeres y hombres de sus obligaciones familiares –ya sea respecto del cuidado de los hijos/as o de otros miembros dependientes– se ha denominado grado de “desfamiliarización” de las políticas sociales (Degrave, F. y M. Nyssen, 2012). Históricamente, la evolución de los Estados del Bienestar ha avanzado hacia una mayor “desfamiliarización” de las políticas de atención, mediante la provisión de servicios públicos para el cuidado de los miembros dependientes de las familias, lo que, en parte, ha posibilitado la creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo. Este efecto “liberador” para las mujeres ha sido más evidente en aquellos países con sistemas de atención más generosos, es decir, aquellos con una mayor cobertura e intensidad de los servicios públicos de atención para personas dependientes –los países escandinavos serían el mejor ejemplo–, y mucho más débiles en países con una tradición más familiarista, donde la red de recursos públicos de atención está mucho menos desarrollada –los países mediterráneos suelen mencionarse como ejemplos paradigmáticos de este modelo.

El grado de “desfamiliarización” alcanzado por las políticas de atención en un país depende, por lo tanto, en gran medida, de la cultura propia de ese país, y de la medida en que, en dicha cultura, la atención de los miembros de la familia se considera una obligación privada, derivada de los lazos familiares y que se sustenta en valores de amor y reciprocidad, o una obligación pública, basada en nociones de responsabilidad y solidaridad.

Con todo, al margen de estas diferencias culturales que determinan distintos puntos de partida para los países occidentales en lo que se refiere al grado de “desfamiliarización” de sus políticas sociales, las recientes reformas emprendidas en el ámbito de la ayuda a domicilio se interpretan, desde los sectores más críticos con las mismas, como un repliegue del Estado del Bienestar en la protección de los miembros más vulnerables de la sociedad. Se trataría, según estos autores, de una dejación de las responsabilidades del Estado en detrimento de las familias y los individuos, es decir, una involución a una situación anterior a la consolidación de los Estados del Bienestar.

En efecto, el reciente “redescubrimiento”, por parte de los poderes públicos, del potencial de la red informal de atención para contribuir a la sostenibilidad económica de los sistemas de cuidados de larga duración ha recibido críticas desde algunos sectores feministas radicales, por considerar que este tipo de políticas perpetúan a las mujeres en el rol de personas cuidadoras, sin plantearse si es un rol escogido por ellas, ni las consecuencias que ello tiene en la relación entre la persona cuidadora y la persona atendida, y sin considerar, tampoco, el impacto que puede tener para las mujeres en términos de rol social y de igualdad de oportunidades, y también en términos de empleo y de protección social.

Desde esta perspectiva radical, el cuidado se entiende como “una institución profundamente opresiva” (Walker, 1992, citado en Degrave, F. y M. Nyssen, 2012) y el reto para la sociedad consiste en proporcionar servicios que liberen a las mujeres de esta carga del cuidado, retirando la responsabilidad de la atención de las familias. En este sentido, las recientes políticas de apoyo a la red informal de atención, especialmente la posibilidad de compensar o retribuir económicamente a las personas cuidadoras, se interpreta como una manera de fomentar la “esclavitud” de las mujeres.

Desde una perspectiva más pragmática, algunos autores consideran que las prestaciones económicas dirigidas a la retribución de las personas cuidadoras informales constituyen una manera de favorecer y ofrecer compensación por una atención natural, que ya está presente, y que se prestaría de todas formas. Esto no quiere decir, necesariamente, que la actividad de cuidar se considere una experiencia positiva (como sí sucede, por ejemplo, con la perspectiva de la ética del cuidado) pero sí implica que parte de la carga por tener que cuidar puede aliviarse mediante transferencias directas o indirectas ya que, en realidad, no es el cuidado, per se, el que resulta opresivo, sino su carácter no remunerado y su invisibilidad social¹⁸ (Degrave, F. y M.

¹⁸ Estas dos perspectivas se asemejan a la *variante contemporánea del dilema de Wollstonecraft*, propuesta por la feminista Ruth Lister en 1994, que plantea la disyuntiva entre perseguir la igualdad retribuyendo a las mujeres por el cuidado que prestan a sus familiares,

Nyssen, 2012). Para autoras como Kirstein Rummery, esta alternativa es preferible a que las mujeres continúen prestando los cuidados de todas formas, pero sin recibir remuneración ni protección social alguna.

Tal y como se ha descrito en el segundo capítulo del informe, las fórmulas de asignación económica individual que, ya sea de forma directa o indirecta, permiten compensar a familiares por los cuidados informales que prestan, pueden, en efecto, dependiendo de su regulación, dar acceso a derechos sociales para las personas cuidadoras informales. Francia es uno de los países en los que la introducción de las prestaciones económicas de dependencia, tanto la prestación de autonomía para las personas mayores dependientes como por la prestación compensatoria de la discapacidad, fueron introducidas con el objetivo de generar empleo y de formalizar la situación de las muchas personas que estaban trabajando en los domicilios de forma irregular. Para lograr este objetivo, las prestaciones francesas, de carácter finalista, están sujetas a una regulación relativamente estricta que trata de priorizar la contratación de profesionales, y que condiciona la utilización de la prestación para compensar a familiares a la firma de un contrato de trabajo entre la persona cuidadora y la persona atendida; este contrato genera, además, los derechos propios de un contrato laboral convencional.

Evaluaciones del impacto de las reformas en Francia indican que, en 2008, aproximadamente un 16% de las personas que prestaban atención personal a personas mayores dependientes eran familiares –en su mayoría mujeres (97,5%)–, remuneradas a través de la prestación de autonomía personal. Si bien estas personas tienen acceso a unos ingresos y a una protección social que, de no existir la prestación, no podrían disfrutar, lo cierto es que el cuidado de personas dependientes no constituye todavía una forma de empleo seguro, dado que sólo el 30% del sector trabaja a tiempo completo y el 70% de las personas cuidadoras tienen un salario mensual relativamente modesto: el 50% de los trabajadores y trabajadoras empleados en el sector a tiempo completo cobraba menos de 1.200 euros mensuales netos en 2008 (Marquier, R., 2010).

Aunque Francia constituye un buen ejemplo de un país donde la regulación de las prestaciones de dependencia ha tratado de desincentivar el empleo sumergido y procurar unas condiciones laborales dignas para las mujeres, la precariedad continúa siendo un rasgo prominente del sector de la atención personal en Francia, con lo que todavía existe el riesgo de quedar atrapadas en la “trampa del cuidado”. Por otra parte, la formalización de la relación de cuidado no impli-

basando así sus derechos sociales en su rol como cuidadoras, o promover que los Estados del Bienestar socialicen el cuidado, mediante una suficiente provisión de servicios de atención públicos.

ca la profesionalización de la misma, lo que hace que, como se verá en el siguiente apartado, surjan nuevas formas de atención entre lo formal y lo informal, y nuevas formas de relación entre cuidadores/as familiares y trabajadores/as formales (Le Bihan, B., 2012).

En el lado opuesto, los sistemas de prestaciones económicas totalmente desregulados de Austria e Italia y, en menor medida, Alemania, están dando lugar a un número de efectos perversos:

- Se desincentiva la participación de las mujeres en el mercado laboral, especialmente el de las personas con baja cualificación, puesto que, incluso una prestación modesta como la italiana –470 euros mensuales–, puede no alejarse mucho de los ingresos que estas personas podrían obtener en el mercado laboral. Ante la falta de medidas que favorezcan la conciliación del trabajo con el cuidado de personas mayores dependientes, la existencia de posibles penalizaciones salariales si se opta por reducir la jornada laboral, la necesidad de recurrir a un cuidador alternativo durante las horas de trabajo y la edad relativamente avanzada de la mayoría de las personas cuidadoras informales tiende a inclinar la balanza hacia la prestación económica en Italia y Alemania (Degrave, F. y M. Nyssen, 2012). Las mujeres con baja cualificación y malas perspectivas de empleo se ven, por lo tanto, incentivadas a ejercer de cuidadoras informales; sin embargo, este “trabajo”, no genera los derechos que le corresponderían en un empleo convencional.

- Se fomenta el empleo irregular. Mientras que para las mujeres con baja cualificación y con escasas perspectivas laborales la prestación económica supone un desincentivo al empleo, entre las clases medias favorece la contratación de cuidadores/as privados, frecuentemente en el mercado irregular, especialmente en aquellos países, como Italia o Austria, donde existe una amplia oferta de trabajadores y trabajadoras inmigrantes, provenientes de países vecinos, dispuestas a prestar los cuidados necesarios durante jornadas laborales extensas, a un precio mucho más asequible que en el mercado formal. En parte, esta posibilidad de utilizar las prestaciones económicas públicas para contratar trabajadores/as inmigrantes que, con carácter de internas, prestan una atención que cubre prácticamente las 24 horas del día, está proporcionando una alternativa efectiva al ingreso residencial para las personas mayores con un elevado grado de dependencia. Con todo, esta modalidad de atención tiene claros inconvenientes, por las precarias condiciones en las que se lleva a cabo, porque no genera ningún

derecho para las personas trabajadoras, y porque se trata de una inversión pública que no revierte en el Estado en forma de cotizaciones e impuestos.

5.2.2. ¿Se está socavando la universalidad del sistema?

Tal y como se ha visto, las dificultades con que se han encontrado los países europeos para financiar los sistemas de servicios sociales en su configuración actual han determinado que, en la mayoría de ellos, se haya optado por limitar el acceso a los servicios de ayuda a domicilio a las personas con niveles más elevados de dependencia.

Por otra parte, los servicios de ayuda a domicilio constituyen, en cierto sentido, la puerta de entrada a los sistemas públicos de protección para personas dependientes, puesto que prestan el apoyo de menor intensidad que se les ofrece a las personas que comienzan a tener limitaciones en su autonomía y, en ese sentido, la restricción del acceso a los mismos supone restringir el acceso a todo el sistema público de protección.

La OCDE, en un informe en el que ha analizado los sistemas de cuidados de larga duración y su sostenibilidad financiera a medio y largo plazo, considera que la introducción, incluso en sistemas de carácter universal, de medidas para concentrar los recursos públicos en la población con mayores necesidades permite incrementar la eficiencia del sistema, ofreciendo una protección “justa” contra el riesgo de empobrecimiento que supone la dependencia para los individuos y las familias. Al realizar esta consideración, se parte de la premisa de que, si bien las personas con un nivel severo de dependencia corren un verdadero riesgo de empobrecerse debido al elevado coste que supone su atención, muchas personas con dependencia ligera o moderada cuentan con los medios económicos suficientes para hacer frente al coste de los cuidados que requieren. En este sentido, la OCDE plantea que se podría ofrecer una protección suficiente frente a los riesgos de la dependencia, de una manera más eficiente, estableciendo alguna forma de provisión universal para personas con niveles severos de dependencia, y combinándola con un apoyo selectivo para las personas con necesidades leves o moderadas de atención, de manera que se tenga en cuenta su capacidad para contribuir al coste de estos cuidados. A este modelo lo denomina de “universalidad dirigida” (*targeted universalism*).

En contra de esta postura, muchos autores, especialmente en los países nórdicos, han criticado las reformas adoptadas en las últimas décadas como síntoma de una erosión de la universalidad del modelo de atención, con lo que ello supone en cuanto a la merma de los derechos de ciu-

dadanía. Un argumento que se utiliza con frecuencia para oponerse a la práctica de dirigir los recursos públicos a la población con necesidades más severas, atendiendo a criterios de eficiencia, es que limita la función preventiva del sistema de servicios sociales, lo que puede generar mayores necesidades de atención en el futuro.

En efecto, en el ámbito de los servicios sociales se ha demostrado que las intervenciones preventivas, que suponen “una pequeña ayuda”, como adaptaciones menores de la vivienda, prestar apoyo para las tareas domésticas más pesadas, o para tareas de mantenimiento del hogar, etc., pueden suponer un incremento sustancial de la calidad de vida de las personas con limitaciones en su autonomía. En este sentido, proporcionar un servicio de ayuda a domicilio de baja intensidad, además de permitir ofrecer esa pequeña ayuda que requieren las personas frágiles o con una dependencia ligera, ofrecería la oportunidad de tener acceso a la vida de estas personas, y poder así detectar situaciones que las pongan en riesgo de requerir mayor intensidad de atención y actuar de forma preventiva para evitar la progresión de sus necesidades.

Las visitas domiciliarias preventivas que se realizan en Dinamarca a las personas mayores de 75 años que no están atendidas en servicios formales de ayuda a domicilio constituyen una buena práctica en este sentido: en una revisión sistemática de estudios de coste-efectividad de programas de atención comunitaria y centrada en la persona llevada a cabo para la Fundación Matía (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011b) se llegó a la conclusión de que los programas asimilables a las visitas domiciliarias preventivas de Dinamarca eran alternativas coste-efectivas frente al seguimiento sanitario habitual para estas personas: en efecto, tres de los cuatro estudios hallados llegaban a la conclusión de que proporcionar visitas domiciliarias preventivas a personas mayores con discapacidades ligeras incrementaba la capacidad funcional de las personas usuarias y reducía el ingreso en servicios residenciales, de manera que el coste de las visitas quedaba compensado por el ahorro que se producía en el uso de otros servicios formales (tanto sanitarios como sociales).

Podría decirse, por lo tanto, que la universalidad dirigida a la que parecen tender la mayoría de los países europeos en materia de ayuda a domicilio, si bien puede resultar eficiente a corto plazo, es una medida contraproducente a medio-largo plazo, puesto que –cuando no se asocia a la introducción de servicios preventivos de menor intensidad– puede incrementar las necesidades futuras de atención y suponer una mayor carga para el sistema público.

5.2.3. ¿Derechos individuales o familiares?

En el modelo propuesto por Anttonen, Baldock y Sipilä, el grado de individualización de la atención se refiere a la medida en que los servicios y prestaciones del sistema se dirigen a los individuos en lugar de a las familias. En un sistema con un elevado grado de individualización el acceso a los recursos públicos depende de criterios individuales, relativos a la situación o a las necesidades de la persona, sin tomar en consideración su entorno familiar.

Tal y como se ha descrito en el segundo capítulo del informe, la necesidad de contener el gasto dedicado a los servicios de ayuda a domicilio, ha llevado a algunos países europeos a tomar en consideración la situación convivencial de la persona y/o la disponibilidad de cuidadores informales a la hora de delimitar el acceso al servicio o de determinar la intensidad del mismo:

- En algunos países se establece como requisito de acceso al servicio o, con más frecuencia, a algunas de las prestaciones que habitualmente se ofrecen en el marco del mismo. Como se ha indicado, esto es más habitual cuando el servicio de ayuda a domicilio no se configura como un derecho subjetivo. Por ejemplo, en Alemania, el hecho de no disponer de una red de atención informal no constituye un requisito de acceso para las personas dependientes, que reciben la financiación del seguro de cuidados de larga duración; sí lo es, en cambio, para las personas sin un reconocimiento de dependencia (sólo pueden acceder al servicio de ayuda a domicilio financiado a través del sistema de asistencia social de los Länder si no disponen de apoyo informal). En Dinamarca, por otra parte, se considera que las tareas domésticas deben ser compartidas por todos los miembros adultos de la unidad de convivencia y, por lo tanto, los municipios no suelen ofrecer este tipo de ayuda menajera si, por ejemplo, la persona demandante vive con otra persona que goza de buena salud¹⁹.
- Con más frecuencia, la disponibilidad de cuidadores informales se toma en consideración a la hora de determinar la intensidad de la atención a la que se tiene derecho, o de calcular la cuantía de la prestación económica o del fondo personal correspondiente.
 - En Holanda, por ejemplo, existen unas directrices, de nivel estatal, que establecen el tiempo de dedicación mutua que se considera normal o habitual en-

¹⁹ Siendo la competencia de la ayuda a domicilio municipal, existe gran variabilidad en los criterios de acceso al servicio. No obstante, de acuerdo con la literatura consultada, es frecuente que las personas que disponen de cuidadores/as informales en el propio domicilio no tengan acceso al servicio de ayuda doméstica.

tre cónyuges o familiares que conviven, de manera que, a la hora de calcular la intensidad de la atención a la que la persona tiene derecho, se retraen, de las necesidades totales de atención valoradas, estas horas de “apoyo natural o habitual” que se considera deben quedar cubiertas por la red informal de atención.

- En el Reino Unido, la cuantía de la prestación económica de atención comunitaria se calcula en función de la intensidad de atención requerida por la persona, una vez excluida la que le puede prestar la red informal de atención.
- Suecia opta también, en el caso de la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad de ámbito estatal –financiada por la Seguridad Social–, por tener en cuenta la obligación familiar en dos supuestos: en el caso de las parejas, se considera que el cónyuge o pareja de hecho debe prestar apoyo a la persona con discapacidad, en particular en relación con las tareas domésticas, de modo que parte de las necesidades de ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria deben quedar cubiertas por esta vía; en el caso de los niños de edad inferior a 12 años, se considera que los padres deben prestar la asistencia propia de las responsabilidades parentales que corresponderían a cualquier padre o madre de un niño sin discapacidad de la misma edad (interesa aquí no perder de vista las previsiones relacionadas con los límites de edad, ya referidas en el apartado de requisitos de acceso).

Para algunos autores, esta tendencia a tomar en consideración la situación familiar de la persona a la hora de determinar el acceso a los servicios, a determinadas prestaciones de los mismos, o a una mayor o menor intensidad de atención supone un paso atrás en el grado de “individualización” del sistema.

6. PROPUESTAS ORIENTADAS A ADAPTAR LOS SERVICIOS DE LA CAPV

Dada la similitud de los retos que se les plantean a los países occidentales en relación con la atención de personas dependientes, el análisis de las reformas que, de forma directa e indirecta, han afectado el servicio de ayuda a domicilio en los países de nuestro entorno en las últimas décadas permite extraer algunas lecciones de interés para la planificación y la gestión de los servicios sociales dirigidos a la población mayor y con discapacidad en la CAPV y, más concretamente, para los servicios públicos de ayuda a domicilio:

1. En primer lugar, a pesar de las dificultades a las que se enfrenta en el momento actual, el servicio de ayuda a domicilio sigue siendo, en los países de Europa, un servicio básico de atención por su papel fundamental a la hora de contribuir a la permanencia de las personas mayores y con discapacidad en el domicilio. También es así en la CAPV.

No obstante, es necesaria una re-orientación del servicio y una adaptación de sus funciones a la situación actual, que se caracteriza por una creciente importancia de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), particularmente de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), pero también, previsiblemente, en el futuro, de la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP)²⁰. El creciente papel de las prestaciones económicas se produce, en concordancia, por una parte, con los deseos de las propias personas dependientes, que prefieren ser atendidas por la red informal de atención, y también por la imposibilidad de

²⁰ La resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales y de Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia, ha ampliado la población destinataria de la PEAP a todos los grados de dependencia de modo que es previsible que su cobertura aumente de forma significativa.

cubrir las necesidades de las personas que requieren una elevada intensidad de apoyo a través del servicio de ayuda a domicilio, debido, fundamentalmente, a su elevado coste-hora²¹.

Este avance de las prestaciones económicas parece difícilmente evitable, en ausencia de alternativas para atender a las personas con elevados niveles de dependencia en el domicilio. No obstante, incluso en ese nuevo contexto, y con una adecuada reorientación de sus funciones, el servicio de ayuda a domicilio puede seguir teniendo un papel importante en el Sistema:

- En primer lugar, para atender a las personas para quienes no se considera adecuado el recurso a las prestaciones económicas del SAAD, ya sea porque carecen de una red informal de atención, o por encontrarse en situación de extrema vulnerabilidad que les impida gestionar las prestaciones y organizar la atención que requieren.
- En segundo lugar, para ejercer las funciones de supervisión de la atención financiada a través de las prestaciones económicas; se trataría de que todas las personas atendidas por la red informal mediante una prestación de cuidados en el entorno familiar, y todas las personas que acceden a la prestación de asistencia personal reciban algunas horas mensuales de supervisión a domicilio, de cara a un triple objetivo:
 - por una parte, garantizar que la atención financiada por las prestaciones económicas se presta efectivamente, es apropiada para cubrir las necesidades de la persona dependiente y se adecúa a la evolución de las mismas;
 - por otra parte, garantizar que las personas cuidadoras informales y los cuidadores profesionales autónomos realizan su trabajo en condiciones adecuadas, que garantizan su seguridad;
 - finalmente, ofrecer a las personas cuidadoras informales formación práctica, *in situ*, sobre distintos aspectos del cuidado de la persona dependiente, incrementando así su capacidad para prestar una atención de calidad.

²¹ Se considera, en este sentido, prioritario, que se identifiquen posibles vías para reducir el coste-hora que actualmente se paga por el servicio, incluyendo: la posibilidad de establecer distintas categorías profesionales que intervengan en los servicios de ayuda a domicilio con distintas funciones y que permitan establecer costes hora diferenciados para la atención personal y la atención doméstica, o fijar, desde la administración, un coste-hora máximo para los servicios de ayuda a domicilio, obligando a las entidades prestadoras a una gestión más eficiente de los recursos de los que disponen.

2. Mantener la función preventiva del sistema, ya sea a través del servicio de ayuda a domicilio, evitando en lo posible restringir el acceso al mismo por parte de la población con dependencia leve o en riesgo de dependencia, o a través de servicios preventivos menos intensos, como, por ejemplo:

- *Las visitas preventivas a domicilio:* son servicios de baja intensidad que generalmente consisten en ofrecer, a las personas mayores de determinada edad²² que no son usuarias de servicios formales, varias visitas domiciliarias anuales –generalmente realizadas por personal de enfermería– con tres objetivos complementarios:
 - realizar una valoración completa de su situación y de su entorno, y de las necesidades de apoyo que presenta;
 - ofrecerle información y orientación para mejorar su capacidad de autocuidado;
 - derivar a la persona, en caso de ser necesario, a los servicios apropiados;

Se ha podido demostrar la eficacia de estas visitas para contribuir al mantenimiento de la capacidad funcional de las personas mayores y para reducir su tasa de institucionalización, por lo que constituyen una buena opción como servicios dirigidos a la población en riesgo de dependencia. En cualquier caso, su introducción en la CAPV debería estar precedida de un estudio piloto, para analizar las características que convendría incorporar a un servicio de visitas domiciliarias preventivas en nuestro entorno.

- *Las ayudas tecnológicas básicas y las pequeñas adaptaciones de la vivienda:* Otro tipo de intervención de bajo coste que se ha mostrado altamente efectiva a la hora de reducir las necesidades de atención de la población, son las pequeñas adaptaciones de la vivienda –complementarias o no al SAD, o a las visitas domiciliarias preventivas, que facilitan la permanencia de las personas mayores en el domicilio.

Un estudio llevado a cabo por Poveda, R. y colaboradores, en 2009, estimó los posibles beneficios de distintos niveles de intervención (desde intervenciones con ayudas técnicas básicas, hasta apoyos tecnológicos más complejos) a partir de su contribución en términos de: prevención de fracturas de cadera y de úlceras por presión de grado I;

²² La edad fijada es de 75 años en Dinamarca, aunque tendría que determinarse empíricamente qué límite de edad es el que maximiza los beneficios del programa.

aplazamiento del ingreso residencial (de 6, 12 o 18 meses); y la reducción del tiempo de atención por parte del familiar (del 30%, 60% o 90%). El estudio concluyó que la provisión de ayudas tecnológicas básicas a todas las personas mayores usuarias del SAD en España, podría suponer un ahorro de hasta 25 millones de euros anuales para la administración pública.

Las visitas domiciliarias preventivas que se han recomendado con anterioridad serían un marco adecuado en el que valorar la necesidad de realizar estas pequeñas adaptaciones a la vivienda.

3. Desarrollar servicios de ayuda a domicilio mejorados, que incorporen elementos –de gestión de casos o de atención centrada en la persona– que se hayan mostrado efectivos a la hora de mejorar la calidad de la atención prestada, y analizar su coste-efectividad respecto al servicio de ayuda a domicilio convencional. La experiencia que está desarrollando el Gobierno Vasco en el marco del proyecto “Etxean Ondo” constituye un avance importante en este sentido.

Convendría, no obstante, crear nuevas experiencias piloto que se extendieran a otras modalidades de ayuda a domicilio no integradas en el proyecto “Etxean Ondo”. Interesaría, en particular:

- Un estudio piloto para analizar la viabilidad, y la relación de coste-efectividad, de proporcionar servicios intensivos a domicilio. El estudio serviría para valorar: a) la posibilidad real de atender a personas con necesidades de apoyo generalizado a través del servicio de ayuda a domicilio; b) los beneficios que aportaría este tipo de intervención en términos de calidad de vida y otros resultados deseados para las personas usuarias; c) el coste que ello supondría.
- Un estudio piloto, realizado conjuntamente con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, para analizar la relación coste-efectividad de proporcionar servicios de capacitación para facilitar el alta hospitalaria. Estos servicios, que se han comenzado a implantar con éxito en el Reino Unido, parecen resultar muy eficaces a la hora de evitar que episodios de enfermedad aguda se conviertan, por la falta de apoyo para la recuperación tras el alta hospitalaria, en situaciones de discapacidad permanente, y en motivo de demanda de servicios formales, de ayuda a domicilio o residenciales, para las personas mayores.

4. Desarrollar alternativas de alojamiento comunitario, de pequeño tamaño, que constituyan una verdadera alternativa a la permanencia en el domicilio para las personas que requieren apoyos de carácter intensivo. En efecto, la atención comunitaria que se defiende desde la Ley de Servicios Sociales no debe identificarse únicamente con la permanencia en el domicilio. Las alternativas residenciales ligeras y los centros residenciales de pequeño tamaño, cuando se encuentran bien insertados en la comunidad, constituyen una parte necesaria del sistema de atención, para los casos en los que la atención en el domicilio no constituya la alternativa idónea ni la más eficiente para atender las necesidades de las personas mayores y con discapacidad.
5. Realizar estudios de coste-efectividad de los servicios de ayuda a domicilio convencionales, y de las modalidades de servicio mejoradas, comparándolas con los servicios de alojamiento comunitario, de cara a encontrar un adecuado equilibrio entre la ayuda a domicilio y la atención residencial y tratar, así, de maximizar la atención en el domicilio a un coste público razonable.

Esto requiere superar la tendencia a comparar las alternativas de atención únicamente en relación con su coste, para pasar a compararlas también en términos de resultados para la persona usuaria (calidad de vida, capacidad funcional, bienestar emocional, etc.). Ello permitiría:

- Conocer si la permanencia en el domicilio, en las condiciones reales en las que se produce en la CAPV, y en las condiciones en que podría producirse si se introdujeran mejoras en el servicio de ayuda a domicilio, conduce verdaderamente a mejores resultados para las personas atendidas (en términos de calidad de vida, mantenimiento de la capacidad funcional o bienestar emocional, etc.) y si la magnitud de esta mejora es igual para personas con distintos niveles de dependencia;
- Conocer el coste que supone la consecución de los resultados deseados para personas con distintos niveles de dependencia, tanto en las alternativas de alojamiento comunitario como en las distintas configuraciones –convencional y mejorada– del servicio de ayuda a domicilio. Se trataría de calcular el coste que supone incrementar en un punto la calidad de vida de una persona con determinado nivel de dependencia atendida en un alojamiento comunitario y el coste que tiene ese mismo incremento en el servicio de ayuda a domicilio (tanto en su versión actual, como en la mejorada). Calculado de

esta manera, el coste por incremento unitario de un resultado deseado no depende solo de la diferencia de coste que haya entre las distintas modalidades de servicios, sino también de la magnitud del beneficio que aporta cada uno.

- Comparar ambas medidas para determinar si, a partir de cierto nivel de dependencia, la relación entre beneficios y costes de la atención en el domicilio es menor que en el medio residencial

Una vez determinado el umbral de coste-efectividad de las distintas modalidades de ayuda a domicilio, sería posible establecer un sistema por el cual:

- El sistema público de servicios sociales cubriera la atención domiciliaria, en la modalidad idónea para cada caso, hasta su umbral de coste-efectividad, recomendando el ingreso en una alternativa residencial comunitaria a partir del mismo; y
 - Ofrecer a aquellas personas que, requiriendo una intensidad de atención superior al umbral de coste-efectividad, desearan permanecer en el domicilio, la opción de sufragar el diferencial de coste que supone dicha atención.
6. Reconocer a las personas cuidadoras informales el derecho a una valoración de sus necesidades, con independencia de las de la persona usuaria, y desarrollar –más allá de su nivel de implantación actual– los servicios de apoyo dirigidos a esta población. A este respecto, la literatura especializada señala la importancia de proporcionar servicios de información y orientación, de apoyo psicológico y emocional, y de formación en el domicilio. También son de interés, en el panorama internacional, los programas de sustitución, en el domicilio, de personas cuidadoras informales (ya sea a través de servicios de ayuda a domicilio o mediante prestaciones económicas que les permitan contratar a cuidadores/as profesionales autónomos) en situaciones de ausencia imprevista, enfermedad o en periodos vacacionales.
7. Introducir mecanismos de supervisión de la calidad de la atención financiada a través de las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD, con un doble objetivo:
- Garantizar la calidad de la atención financiada por esta vía, y su adecuación a las necesidades y la situación de la persona atendida;

- Garantizar que la persona cuidadora realiza sus funciones en condiciones adecuadas, que garantizan su seguridad; y
- Controlar el uso de los recursos públicos;

Como ya se ha dicho en el primer punto de estas propuestas, el servicio de ayuda a domicilio podría tener un papel en este sentido, como complemento y mecanismo de garantía de la calidad de la atención financiada en el marco de las prestaciones económicas, de manera que las personas profesionales de los servicios formales podrían desarrollar funciones más especializadas de supervisión y formación dirigidas a los cuidadores y las cuidadoras familiares.

8. Abrir la posibilidad de que las personas que requieran únicamente apoyo doméstico, y tengan la competencia suficiente para gestionar la prestación y organizar la atención, accedan a dicho apoyo a través de una prestación económica, en lugar de a través del servicio de ayuda a domicilio, de manera que puedan adquirir los servicios de entidades ajenas al sector de la ayuda a domicilio, a un precio unitario inferior al que se paga en ese sector.
9. Avanzar en el desarrollo de programas de formación y, en especial, crear programas dirigidos al reciclaje de las personas profesionales de los servicios de ayuda a domicilio, para que puedan asumir las nuevas funciones de supervisión y formación de las personas cuidadoras familiares y las personas profesionales autónomas, que podrían tener que asumir si se produjera una reorientación del servicio dirigida a mantener su papel en un contexto de creciente peso de las prestaciones económicas de dependencia.
10. Considerar la introducción de distintas categorías profesionales que intervengan en los servicios de ayuda a domicilio, con distintas funciones, y costes diferenciados, de manera que se permita retribuir las horas de apoyo en función de su naturaleza y de la capacitación requerida para llevarlas a cabo.
11. Establecer mecanismos para incentivar la regularización de la situación laboral de las personas inmigrantes contratadas de forma irregular para prestar atención en el domicilio a personas mayores y con discapacidad. En general, esto se puede lograr mediante incentivos fiscales o prestaciones económicas que contribuyan a cubrir el coste añadido que supone la regularización; también mediante campañas informativas para dar a conocer los

procedimientos de regularización, el coste que les puede suponer y los beneficios que aporta, tanto a la persona trabajadora como a sus empleadores.

12. Analizar el efecto que está teniendo el copago, en los distintos Territorios Históricos, a la hora de desincentivar la utilización del servicio de ayuda a domicilio por parte de personas con niveles medios de renta, y considerar su disminución en aquellos Territorios en los que el copago esté desincentivando su utilización.

13. Considerar la posibilidad de modificar el tipo de contratación que se realiza con las entidades prestadoras del servicio; en este sentido, convendría analizar la posibilidad de aplicar sistemas similares a los que se aplican en Suecia o en Dinamarca, donde, en lugar de subcontratar a una o dos entidades para prestar toda la ayuda a domicilio de una zona geográfica, se registra a todas las entidades que cumplen los requisitos de autorización y se ofrece a las personas usuarias la posibilidad de elegir la entidad que prefieran. El precio a pagar lo establece, asimismo, la administración, de manera que las entidades no compiten sólo en función de su oferta económica sino, sobre todo, en función de la calidad de los servicios que prestan, y no tienen incentivos para reducir los costes a costa de disminuir la calidad de la atención prestada o de ofrecer peores condiciones laborales.

BIBLIOGRAFÍA

- Arntz, M y A. L. Thomsen (2008). *Reforming Consumer Directed Care in Germany: A Woodwork Effect?*
- Audit Commission (2009). *Financial implications for local authorities of an ageing population. Policy and literature review*. Londres: Audit Commission, 43 págs.
- Burau, V., H. Theobald y R.H. Blank, (2007). *Governing home care. A cross-national comparison*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd., 223 ppágs.
- Care Quality Commission (2011). *The state of health care and adult social care in England: An overview of key themes in care in 2010/11*. Londres: Care Quality Commission, 68 págs.
- Care Services Improvement Partnership (2007). Home Care Re-ablement Workstream: Discussion Document. 112 páginas.
- Carpenter, I. et al. (2004). "Community care in Europe: the Aged in Home Care Project (AdHOC). *Ageing Clinical and Experimental Research*, vol. 16, n° 4, págs. 259-269.
- Clarke, J. (2005), "New Labour's citizens: activated, empowered, responsabilized, abandoned?" *Critical Social Policy*, vol. 25, n°4, págs. 447-463.
- Colombo, F. et al. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies, París: OCDE, 328 págs.
- Comisión Europea. (2009). *2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Serie: European Economy, n° 2, Bruselas: European Commission, 393 págs.
- Comisión Europea. (2010). *Second Biennial Report on Social Services of General Interest*. Bruselas: Comisión Europea, 124 págs.
- Commission for Social Care Inspection, (2008). *Cutting the cake fairly: CSCI review of eligibility criteria for social care*. Londres: Commission for Social Care Inspection, 97 páginas.
- Commission on Funding of Care and Support (2011). *Fairer care funding: the report of the Commission on Funding of Care and Support*. 82 págs.
- Da Roit, B. (2010). *Strategies of Care. Changing elderly care in Italy and the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 217 págs.
- Da Roit, B. (2012). "The Netherlands: the struggle between universalism and cost containment". *Health and Social Care in the Community*, vol. 20, n°3, págs. 228-237.
- Degrave, F. y M. Nyssen (eds.). (2012). *Care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*. Charleroi: Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, 280 págs.
- Department of Health. (2007) *CSED. Homecare Re-ablement: Prospective Longitudinal Study*.
- Doyle, M y V. Timonen. (2007). *Home care for ageing populations. A comparative analysis of domiciliary care in Denmark, the United States and Germany*. Cornwall: Edward Elgar Publishing, 147 págs.
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Editorial Ariel, 267 págs.
- Fernández, J.L. y T. Snell, (2011). Survey of fair access to care services (FACS) assessment criteria among local authorities in England. Kent: PSSRU Discussion Paper n° 2.825, 72 págs.

- Fujisawa, R. y F. Colombo, (2009). *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. OECD Health Working Papers, n°44, Paris: OCDE, 61 págs.
- García, G. (Ed). (2010). *El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del servicio de ayuda a domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia*. Madrid: Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, 162 págs.
- Glendinning, C. (2002). "European Policies on Home Care Services Compared". En: *Understanding Care, Welfare and Community: A Reader*. Oxon: Routledge, págs 299-312.
- Glendinning, C. (2004). *Support for carers of older people –some international and national comparisons. A review of the literature prepared for the Audit Commission*. Londres: Audit Commission, 33 págs.
- Glendinning, C. (2009). *Combining Choice, quality and equity in social services. Synthesis report*. European Commission, 56 págs.
- Glendinning, C. y A. Wilde, (2010). "Home care in England". En: T. Rostgaard, (ed.), *Living Independently at Home (LIVINDHOME). Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 252 págs
- Glendinning, C. et al. (2010). *Home care re-ablement services: investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*. York: Social Policy Research Unit, 254 págs.
- Hoffmann, F. y R. Rodrigues, (2010). *Informal carers: Who takes care of them?* Viena: European Centre for Social Policy And Research Policy Brief, April 2010
- Hörl, H. (2005), *Supporting Family Carers of Older People in Europe –the National Background Report for Austria*. EUROFAMCARE, 87 págs.
- Huber, M. et al. (2009). "Expenditure and financing". En: *Facts and figures on long-term care. Europe and North America*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research, págs. 97-135.
- Hughes, J. y D. Challis (2004). "Frail Older People – Margins of Care". *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 14, págs. 155-164.
- Jamieson, A. (ed.). (1991). *Home Care for Older People in Europe: a Comparison of Policies and Practices*. Serie: Commission of the European Communities health services research series, n°7. Oxford: Oxford University Press, 356 págs.
- Jiménez-Martín, S., R. Vegas y C. Vilaplana (2011), *The relationship between formal and informal care in Europe and its implications for the number of caregiver hours*. ENEPRI Research Report, n° 100, 38 págs.
- Knapp, M. (1988). "Searching for efficiency in long-term care: de-institutionalisation and privatisation". *British Journal of Social Work*, vol. 18, págs. 149-171.
- Kröger T. y A. Leinonen (2012). "Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland". *Health and Social Care in the Community*, vol. 20, n°3, págs. 319-327.
- Kuluski, K. et al. (2012) "Home care or long-term care? Setting the balance of care in urban and rural Northwestern Ontario, Canada". *Health and Social Care in the Community*, vol. 20, n° 4, págs. 438-448.
- Larsson, K., (2006). "Care needs and home-help services for older people in Sweden: does improved functioning account for the reduction in public care?" *Ageing and Society*, vol. 26, págs. 413-429.
- Larsson, K. (2004). *According to need?: Predicting use of formal and informal care in a Swedish urban elderly population*. Estocolmo: Stockholm University, 91 págs.
- Le Mesurier, N. (1998), *Enhancing Independence: An Evaluation of the Effectiveness of Re-Ablement Provision in South Worcestershire*. Birmingham: University of Birmingham.

McLeod, B., M. Mair (2009). *Evaluation of City of Edinburgh Council Home Care Re-ablement Service*. Edinburgo: Scottish Government Social Research, 72 págs.

Meinow, B. I. Kåreholt y M. Lagergren, (2005). “According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden”. *Health and Social Care in the Community*, vol. 14, n°4, págs. 366-377.

Merlis, M. (2000). “Caring for the Frail Elderly: an International Review”. *Health Affairs*, vol. 19, n°3, página 141-149.

Mestheneos, E. y J. Triantafyllou, (2006). *Supporting Family Carers of Older People in Europe – the Pan-European Background*. EUROFAMCARE, 155 págs.

Meyer, M. (2006). *Supporting Family Carers of Older People in Europe –the National Background Report for Germany*. EUROFAMCARE, 124 págs.

Mosca, I., M. Pomp y V. Shestalova, (2007), *Market share and Price in Dutch home care: market power or quality?* Amsterdam: Nederlandse Zorgautoriteit, 36 págs.

Newbrunner, E., et al. (2007). *Research into the Longer Term Effects/Impacts of Re-Ablement Services*. York: University of York. 46 páginas.

Österle, A. y G. Bauer (2010). “Home care in Austria”. En: T. Rostgaard, (ed.), *Living Independently at Home (LIVINDHOME). Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, págs 49-71.

Pavolini, E. y C. Ranci. (2008) “Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-term Care in Western European Countries”. *Journal of European Social Policy*, n°18, págs. 246-259.

Rabiee, P. y C. Glendinning, (2011). “Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference?”. *Health and Social Care in the Community*, vol. 19, n°5, págs. 495-503.

Riedel, M. y M. Kraus. (2011a), *Informal care provision in Europe: regulation and profile of providers*. ENEPRI Research Report, n° 96, 33 págs.

Riedel, M. y M. Kraus. (2011b), *The organization of formal long-term care for the elderly. Results from the 21 European country studies in the ANCIEN project*. ENEPRI Research Report, n° 95, 25 págs.

Rostgaard, T., (2010), “Home care in Denmark”. En: T. Rostgaard (ed.), *Living Independently at Home (LIVINDHOME). Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 252 págs.

Saizarbitoria, R. (1984) *Asistencia Domiciliaria*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Serie: Estadísticas y Documentos de Trabajo, n°4,

SIIS centro de Documentación y Estudios, (2011), *Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia*. San Sebastián: SIIS centro de Documentación y Estudios, 251 págs.

SIIS Centro de Documentación y Estudios, (2011b). *Atención comunitaria y atención centrada en la persona: revisión de estudios de coste-efectividad*. San Sebastián: Fundación Matía.

Schulz, E. (2010). *The long-term care system for the elderly in Denmark*. ENEPRI Research Report, n° 73, 27 págs

Szebehely, M. y G. Trydegård (2010), "Home care in Sweden". En: T. Rostgaard, (ed.), *Living Independently at Home (LIVINDHOME). Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 252 págs

Trianfillou, J. et al. (2010) *Informal care in the long-term care system. European overview paper*. Atenas: Interlinks, 67 págs.

Vaas, M., et al. (2006). Older people and preventive home visits. *Aged Forum*

Vilaplana, C., S. Jiménez-Martín y P. García, (2011). "Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa". *Gaceta Sanitaria*, vol. 25, supl., páginas 115-124.

Williams, A.P., et al. (2009). "Balancing Institutional and Community Based Care: Why Some Older Persons Can Age Successfully at Home While Others Require Residential Long-Term Care". *Healthcare Quarterly*, vol. 12, nº 2, págs 95-105.