

# Avances en la mejora del modelo de cuidados en España: aprendizajes de la experiencia internacional



Santander, 4 de septiembre



# Estructura de la presentación

---

- I. Análisis comparado de los sistemas de CLD: **principales dimensiones**
- II. **¿Existen modelos de CLD?**: la composición de los paquetes de atención en ocho países de Europa, América y Asia
- III. El **modelo mediterráneo** de CLD a la luz de los análisis comparados: el caso de España
- IV. **Experiencias y aprendizajes** de interés para la mejora del modelo de atención a la dependencia en España

## Principales dimensiones consideradas en los análisis comparados

- 
- Es necesario diferenciar entre los **estudios comparativos** y la definición de **modelos o tipologías**
  - En unos y en otros, las dimensiones más frecuentemente consideradas son:
    - Gasto y cobertura
    - Universalidad vs. selectividad
    - Grado de focalización en necesidades severas (*targeting*)
    - Organización competencial y territorial (fragmentación, coordinación sociosanitaria)
    - Modelos de financiación
    - Cartera de servicios
    - Capacidad de elección y papel de las prestaciones económicas (*cash benefits*)
    - Mercantilización y características de las entidades proveedoras
    - (Des)familización: responsabilización de las familias / grado de apoyo al cuidado informal
    - (Des)igualdad de género
    - Características del empleo y papel de la población inmigrante
    - Sistemas de evaluación y calidad
-

## ¿Existen modelos de CLD?

- 
- La propia multidimensionalidad de los sistemas de CLD hace difícil pensar en modelos “puros”, en los que todos los países pertenecientes a cada modelo comparten todas las características básicas
  - Si se puede pensar, en cualquier caso, en que los elementos fundamentales para definir cualquier modelo son cinco:
    - El grado de **universalización** (teórico y real)
    - La prestación de **cuidados formales**, alternativos a los cuidados familiares
    - La prestación de servicios de **apoyo al cuidado familiar o informal**
    - Las posibilidades de **elección** de servicios y proveedores
    - La asunción de lógicas mercantiles y la apertura a la intervención de **operadores privados**, especialmente con fin de lucro, en la provisión de servicios
-

# Capacidad de elección, responsabilización familiar e intervención pública en ocho países de la OCDE

## Capacidad de elección

<b>Responsabilización familias</b> 	España (0,8)		
	Italia (1,7)*		
	<b>Finlandia (3,2)</b>	UK (1,8)	Alemania (1,8)*
		Canadá (1,8)*	Japón (2,1) Francia (2,0)

Fuente: Elaboración propia. El tamaño del nombre de cada país indica el % de gasto público respecto al PIB. En algunos casos, marcados con un asterisco, se toma únicamente en cuenta el gasto público sanitario y no el social. En el caso de Italia, los datos han sido estimados a partir de otras fuentes.

## ¿Existen modelos de CLD?

- 
- Otra posibilidad de analizar los modelos de CLD, poco utilizada, consiste en elaborar y comparar “paquetes” teóricos de atención, es decir, el tipo y la intensidad del apoyo público que, en cada país, podría corresponder a una persona con un nivel comparable de necesidades
  - Frente a lo que ocurre en otros ámbitos (como las políticas de familia o de garantía de ingresos) en este caso es necesario tener en cuenta la elección y la preferencia de las personas
  - La tabla siguiente recoge, para los ocho países analizados las **prestaciones o servicios más habituales** para una persona mayor, de renta media, con un nivel elevado de necesidades de CLD
  - La tabla intenta tener en cuenta no sólo el tipo de servicio o prestación sino también su **intensidad**
  - Se trata de una **simplificación de la realidad**, pero esta **aproximación** permite sin embargo comparar el tipo de servicios disponible en cada país y su intensidad
-

## Principales prestaciones disponibles para una persona con nivel elevado de necesidades y renta media

### Finlandia

- Servicio de atención domiciliaria (*kotihoito*): cuidados personales + enfermería, combinado en su caso con servicios de apoyo (*tupikalvelu*)
- Vivienda protegida de alta intensidad (*asumispalvelut*)

### Alemania

- Prestación para cuidados domiciliarios no profesionales: 947 €/mes
- Prestación para cuidados domiciliarios profesionales: 2.200 €/mes
- Prestación para cuidados residenciales: 2.005 €/mes

### Francia

- APA a domicilio: 940 €/mes (media), que supone el 85% del plan de cuidados
- APA en residencia: 567 €/mes (media), en torno al 30% del coste total (solo cuidados)

### Japón

- Servicios de atención domiciliaria (cuidados personales y atención doméstica), copago del 20%

## Principales prestaciones disponibles para una persona con nivel elevado de necesidades y renta media

Italia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prestación para cuidados no profesionales (<i>indennità di accompagnamento</i>): 531 €/mes</li></ul>
España	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prestación de cuidados familiares (PECEF): 383 euros / mes de media</li><li>• Servicio de atención domiciliaria (2 horas/día de media)</li><li>• Atención residencial (aportación media de 660 €/mes, en torno a un tercio del coste plaza)</li></ul>
Canadá	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio de apoyo a domicilio</li><li>• Atención residencial (<i>Centre d'hébergement de soins de longue durée CHSLD</i>)</li><li>• Deducción fiscal reembolsable (37% del coste de los servicios formales)</li></ul>
Reino Unido (ENG)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presupuestos personales</li><li>• Pagos directos</li><li>• Care Homes y Nursing Homes</li><li>• Prestación para cuidados en el entorno familiar (<i>Attendance allowance</i>)</li></ul>

## El modelo de CLD en España

- 
- Niveles medio/bajos de PIB por habitante, esperanza de vida elevada, altas tasas de envejecimiento y **niveles reducidos de presión fiscal**
  - Niveles elevados de **fragmentación**: competencias compartidas entre AGE, CCAA y municipios, mecanismos débiles de coordinación sociosanitaria
  - **Desigualdades territoriales** importantes y **discrecionalidad política** alta
  - **Modelo teóricamente universal**, condicionado por limitaciones en la oferta, listas de espera, copago y discrecionalidad política
  - **Niveles intermedios de cobertura y bajos de gasto público; costes unitarios bajos, salarios bajos e infrafinanciación** del sistema
  - Modelo basado en **impuestos generales** y en el copago de las personas usuarias, en un marco de recaudación fiscal insuficiente, sin diferenciación entre costes de diversos tipos
-

## El modelo de CLD en España

- 
- Niveles **bajos de calidad e intensidad** (ratios, horas, cuantías)
  - Modelo de **familismo no apoyado**: protagonismo de una prestación de reducida cuantía para compensar el apoyo familiar y escasa extensión de los recursos de apoyo a las personas cuidadoras
  - Asignación de servicios de atención directa, contratados por la administración, con un **catálogo de servicios limitado** y con muy **escaso desarrollo de prestaciones económicas** para acceder a cuidados formales
  - **Escasa capacidad de elección**, especialmente en lo que se refiere a las entidades proveedoras de atención formal
  - Modelo de **migrante en la familia**: recurso elevado a la contratación informal de trabajadoras migrantes, con escasa presencia en lo formal
  - Protagonismo de la **iniciativa privada con fin de lucro**, especialmente en el ámbito de la atención domiciliaria, pero creciente en el ámbito residencial
  - Escaso desarrollo de los modelos de gestión y evaluación de la calidad, caracterizado por la **regulación ex ante y no por la evaluación ex post**
-

## Aprendizajes de otros países: financiación

- 
- **Seguros públicos de dependencia**, financiados mediante **cotizaciones obligatorias**, para mutualizar en mayor medida el riesgo de dependencia (Alemania, Francia, Japón, Corea, Flandes, Holanda...)
  - **Sistemas de triple tarificación**, diferenciando los costes hoteleros, los costes sanitarios y los costes relacionados con los cuidados personales (Francia, Alemania, Japón...), con diferentes tratamientos de cara al copago
  - **Implicación de otras administraciones** y sistemas de bienestar en la financiación de los costes asociados a los cuidados (vivienda, salud y garantía de ingresos).
  - **Gratuidad** o cuasi-gratuidad de los **cuidados personales** (Escocia, países nórdicos...)
-

## Aprendizajes de otros países: estructuración competencial

- 
- Existen, en lo esencial, tres modelos para la articulación competencial de los CLD
    - Países con **pocos municipios grandes**, a los que asignan todas las competencias en materia de cuidados (Japón, Reino Unido, países nórdicos). En algunos de estos países se está produciendo una tendencia a la centralización, en comarcas o regiones (Escocia, Finlandia)
    - Países con **muchos municipios pequeños**, en los que las competencias en materia de cuidados se asignan a las regiones, y en las que los municipios juegan un papel residual (Francia, Alemania)
    - Países con **muchos municipios pequeños**, en los que las competencias se reparten de forma poco sistemática entre el Estado, las regiones y los ayuntamientos (Italia, España)
-

## Aprendizajes de otros países: elección y prestaciones económicas

- 
- El papel de las **prestaciones económicas** para el cuidado es un elemento clave en la configuración de cualquier modelo de CLD.
  - La **mayoría de los países** (aunque no todos) han desarrollado este tipo de prestaciones
  - El desarrollo de las prestaciones responde a **dos lógicas diferentes**: privatización y mercantilización, por una parte, flexibilidad y autodeterminación, por otro
  - Las prestaciones económicas se dividen en **dos categorías** básicas: prestaciones para **compensar el apoyo familiar** (Alemania, España, Italia...) y prestaciones para **financiar cuidados formales** (Francia, Alemania, UK).
  - Diferencia entre créditos, cuentas, fondos o presupuestos y transferencias o prestaciones propiamente dichas
  - Los sistemas de **presupuestos personales y apoyos autodirigidos** del Reino Unido son una referencia de interés, con sus **aspectos positivos y negativos**: cuantías suficientes y asesoramiento adecuado son los elementos básicos
-

## Aprendizajes de otros países: flexibilidad en los apoyos

- 
- Algunos de los países de nuestro entorno permiten elegir entre muy diversas prestaciones y hacer un **uso flexible y combinado de diferentes servicios**
    - En **Francia**, la prestación para la adquisición de atención formal (APA) permite adquirir servicios de atención a domicilio, ayudas técnicas, comidas a domicilio, teleasistencia y estancias de respiro, entre otras, en el marco de un paquete de atención definido en función del grado de necesidades, con un/a profesional
    - **Alemania** permite combinar de forma flexible la prestación para el apoyo familiar con la prestación para cuidados profesionales, así como el uso de ayudas técnicas, servicios de respiro y de atención diurna y nocturna, así como para el relevo de cuidadores/as.
    - **Japón** contempla en su catálogo cerca de 20 servicios o prestaciones diferentes, divididas en tres grupos: domiciliarios, comunitarios y residenciales.
    - Los presupuestos personales **escoceses** se basan en una asignación individualizada de la cuantía de la prestación y de los usos concretos que se le van a dar
-

## Aprendizajes de otros países: valor añadido del apoyo en el domicilio

- 
- En diversos países, la atención doméstica y los cuidados personales que se prestan a domicilio se enriquecen con otros servicios complementarios o adicionales:
    - **Visitas preventivas** sistemáticas a toda la población mayor
    - Centros de **atención diurna de baja intensidad**
    - Servicios de **rehabilitación y terapia ocupacional**
    - **Comidas a domicilio**
    - **SAD nocturno**
    - **SAD de relevo**
    - Servicios de SAD intensivo y **SAD 24 horas**
-

## Aprendizajes de otros países: viviendas con apoyo

- Algunos países han desarrollado recursos intermedios entre la vivienda y el centro residencial convencional
  - *Assisted living, extra-care housing o housing with care* en el Reino Unido
  - Viviendas con servicios (*servicehus*) y viviendas seguras (*Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre*) en Suecia
  - Viviendas compartidas o de grupo (*wohngruppen, pflegewohngruppen, betreutes wohnungen o wohngemeinschaften*) en Alemania
  - *Résidence autonomie* en Francia
  - Vivienda protegida de alta intensidad (*asumispaivelut*) en Finlandia
- Todos tienen algunas **características comunes**:
  - Organización en torno a **estudios o apartamentos individuales** con servicios comunes
  - **Separación institucional** y organizativa entre la provisión de la vivienda o el alojamiento (ya sea en compra o en alquiler) y la provisión de los cuidados
  - Prestación de los cuidados necesarios mediante **equipos itinerantes de atención domiciliaria** (sin que necesariamente deba existir una presencia asistencial durante 24 horas)

## Aprendizajes de otros países: modelos de evaluación

- 
- En los últimos años se ha intensificado el interés por la **institucionalización de la evaluación en el ámbito de los CLD**, con un interés renovado por la evaluación del **impacto de los servicios sobre la calidad de vida de las personas usuarias**
  - Los países con modelos más desarrollados articulan sus sistemas de evaluación en tres planos:
    - Evaluación y acreditación de las **prácticas profesionales**
    - Evaluación de **procesos** y **resultados** en centros y servicios
    - Evaluación de programas y políticas públicas
  - Las herramientas más habituales para la evaluación **procesos** y **resultados** en centros y servicios:
    - Estándares evaluables de calidad, que afectan a la concertación / acreditación, dan lugar a planes de mejora y pueden derivar en notas, puntuaciones o calificaciones
    - Sistemas de publicación individualizada de informes de inspección, calificaciones y/o indicadores de procesos y resultados.
-

## Conclusiones

- 
- La comparación entre el modelo de atención a la dependencia de España y los sistemas de CLD de otros países apuntan a varias cuestiones cruciales
    - Los niveles generales de **gasto público** y de **presión fiscal**, y las prioridades que se dan a las diferentes partidas del gasto en protección social
    - El **grado de mutualización** del riesgo de dependencia
    - El equilibrio entre **elección, flexibilidad y autodeterminación**, por una parte, y la **garantía de lo público**, por otra
    - Cómo respondemos a un **trilema**
      - **Contener** los niveles de gasto público
      - Atender a todas las personas con necesidades, liberando de responsabilidad a las familias (**cobertura**)
      - Garantizar **calidad e intensidad** (ratios, horas, cuantías, salarios)
-

**Eskerrik asko**



**Muchas gracias**