

Documentos de Trabajo

CRES – Fundación Caser

**La Ley de Autonomía y
Dependencia. Un análisis crítico
y recomendaciones para mejorar
su aplicación futura**

Guillem López Casasnovas



Núm. 3 Marzo 2011

Antecedentes

Del interés en estrechar relaciones y colaboración científica entre el Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF) y la Fundación Caser para la Dependencia, y con la intención de llevar a cabo proyectos de investigación en el campo de la Dependencia y de los Servicios Sociales, nace la serie de Documentos de Trabajo CRES-Fundación Caser.

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido financiado por Fundación Caser para la Dependencia como parte de la serie de Documentos de Trabajo del Centre de Recerca en Economia de la Salut de la Univ Pompeu Fabra-Fundación Caser dirigidos por G. López i Casasnovas.

Renuncia de Responsabilidad

Los artículos publicados en esta serie de Documentos de Trabajo (DT) deben entenderse como una contribución a la investigación actual. El trabajo y las ideas expuestas pueden no siempre representar la posición final y, como tal, a veces deben ser tratados como trabajo en progreso. Asimismo, la responsabilidad del material y las opiniones expresadas en los DT corresponden exclusivamente a sus autores y no deben identificarse necesariamente con la opinión colectiva del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF) o de la Fundación Caser para la Dependencia, proveedora de fondos de investigación.

Copias Adicionales

Copias de este documento están disponibles para descargar gratuitamente desde el sitio web de www.upf.edu/cres. El acceso al material descargado se proporciona en el entendimiento de que es para uso personal. Copias de los documentos descargados pueden ser distribuidas a terceros con la condición de que la fuente de publicación CRES-Fundación Caser esté correctamente reconocida y que dicha distribución no esté sujeta a ningún pago.

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF)
C/ Ramon Trias Fargas, 25-27 (Edifici Mercè Rodoreda)
Universitat Pompeu Fabra
08005 Barcelona, España
www.upf.edu/cres
©

Fundación Caser para la Dependencia
Avda. de Burgos, 109
28050 Madrid, España
www.fundacioncaser.es
©

La Ley de Autonomía y Dependencia. Un análisis crítico y recomendaciones para mejorar su aplicación futura

Guillem López Casasnovas^(*)

^(*) Univesitat Pompeu Fabra

Resumen

El presente documento analiza desde una óptica teórica y práctica, el desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España, así como las medidas que deberían ejecutarse para afianzar el sistema, asegurando a su vez la sostenibilidad del mismo y el cumplimiento de los objetivos sociales que motivan su existencia. A partir de la Teoría de la Hacienda Pública se ofrece un marco teórico acerca de la intervención en el aseguramiento social de los cuidados de larga duración, que es complementado con la revisión de la evidencia internacional disponible sobre los aspectos clave de los diferentes modelos de cobertura a la dependencia. Se aplica a continuación este conocimiento para elaborar una serie de recomendaciones para la reforma y mejora del sistema, focalizadas en la gestión de la demanda, la coordinación e integración de los servicios, el acceso por parte de los beneficiarios, y los mecanismos de financiación, aportando en este último caso algunas recomendaciones en cuanto a la articulación de los mecanismos de financiación a cargo de los usuarios.

Palabras clave: Dependencia, prestaciones, sostenibilidad financiera, financiación, baremo, integración, copago.

Clasificación JEL: H53, I11, I18, I38, J14.

Correspondiente al autor: Guillem López-Casasnovas, Departamento de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España. E-mail: guillem.lopez@upf.edu

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación solicitada por el Congreso de Diputados (Cervera et al, 2009) y encargada a una Comisión formada por cinco expertos permitió la elaboración de un conjunto de trabajos que a propuesta de cada componente de la Comisión se utilizaron como documentos previos a la toma en consideración de las conclusiones adoptadas colegiadamente. Del autor del presente Documento se incorpora y reelabora aquí una parte significativa de dichas recomendaciones, a partir de la evidencia internacional disponible, especialmente focalizada en el caso de Inglaterra, Suecia, Alemania y Holanda, y ‘volcada’ para el caso español en atención a las realidades de la implantación de la Ley de Autonomía y Dependencia del año 2007 hasta el momento presente.

2. DE LA TEORIA A LAS OBSERVACIONES DE LA EXPERIENCIA DE SISTEMAS COMPARADOS

El seguimiento y estudio sobre la situación y las propuestas de reforma de los sistemas de protección social para la dependencia de países de nuestro entorno –particularmente de Inglaterra, Suecia, Alemania y Holanda–, en conjunción con lo que se conoce desde la teoría de la Economía Pública acerca de la intervención en el aseguramiento social de los cuidados de larga duración, permite un conjunto de consideraciones que de forma resumida se ofrecen a continuación[†].

2.1. CONSIDERACIONES BÁSICAS

- (i) La lógica de la intervención pública a partir de la Teoría de la Hacienda Pública justifica la cobertura de los cuidados de larga duración en lo que pueda suponer el fallo de mercado privado para la cobertura de dicha contingencia –primer teorema de la Economía del Bienestar–, y –derivado en este caso del segundo teorema– en lo que se refiere a garantizar una redistribución de dotaciones de recursos a efectos de una mayor equidad intrageneracional. El primer argumento es de carácter más positivo que normativo: aunque la incertidumbre es acotable (si se superará o no una determinada esperanza de vida y/o si se llegará a ella con un determinado nivel de discapacidad), existen particularidades que entorpecen la racionalidad en las decisiones de los agentes. Por ejemplo, la tardanza en el reconocimiento de dichos problemas, obviamente

[†] Para un análisis específico de los detalles sobre los que se sustentan las consideraciones, véase Social Policy & Administration vol 44, 4, 2010.

creciente con la edad del individuo, hace que en el momento del reconocimiento de los beneficios del aseguramiento, el coste de la prima resultante del mercado, incapaz ya de generar el correcto *pool* compensatorio entre individuos –buscarían seguro los que mayor probabilidad de necesitarlo tuviesen– o del propio individuo en el tiempo –no en edades tempranas en las que el riesgo de necesitarlo es menor–, sería muy elevado. Como consecuencia, si acaso sólo suscribieran pólizas privadas los de mayor riesgo, retroalimentando la escalada de las primas hasta depredar completamente el mercado, de modo que quienes son de riesgo bajo verían imposibilitada la mejora de bienestar que supone el aseguramiento para todo aquel que exhiba alguna aversión a la riesgo. Sería en interés por tanto de éstos, incluso pagar algo más que el coste actuarial (privado) de su riesgo para asegurar que con la intervención pública –y por ello con una prima subsidiada– pudieran alcanzar unos mínimos de cobertura. El segundo argumento de intervención tiene carácter paternalista: la miopía de los ciudadanos que no descuentan suficiente o correctamente la probabilidad de necesitar cuidados de larga duración; lo que haría que la premisa de “el individuo es el mejor juez de su propio bienestar” –que se habría mantenido en el primer teorema comentado–, fuera substituida por la tutela o preferencia pública por encima o independientemente de la opinión de los ciudadanos.

- (ii) Como reconocen la mayoría de autores (N. Barr, 2010), las prestaciones asociadas a dicha forma de cobertura presentan una elevada discrecionalidad en formas y contenidos (alcance e intensidad de lo cubierto: desde los cuidados del cuidador al cuidador hotelero residencial, pasando por la frecuencia y calidad de los tratamientos). También en lo que se refiere a quien es elegible para la cobertura, vista la definición de las actividades básicas diarias, hasta la vigilancia y control de los enfermos mentales. Algunas de las consecuencias que ello supone en la gestión de los servicios se comentan más adelante, pero destaquemos aquí los márgenes de prospectiva de cuantificación del gasto y su sostenibilidad, elásticos en cantidad– utilización al desarrollo económico (elasticidad renta, incorporación de la mujer al mercado de trabajo,...) y dependientes de la evolución de costes unitarios en ‘precios’ (restricciones ‘baumolianas’ a los crecimientos de productividad para todos aquellos cuidados intensivos de mano de obra). Ello supone actualmente desde algo más de 1.5 puntos del PIB en Inglaterra hasta entre 3 y 4 puntos PIB para Alemania u Holanda, aún reconociendo la no homogeneidad de las cestas de prestaciones tal como se ha comentado. De ahí la importancia primero de ofertar con coherencia servicios sostenibles en primer lugar –dada la inercia que se

generaría de otro modo, de difícil corrección en cuanto a las expectativas ciudadanas—, y segundo de la dependencia de la combinación de oferta entre prestación de servicios (afectada de diferencia en costes unitarios de provisión respecto al IPC general) y la monetaria, así como en la distinta valoración de la calidad percibida del servicio si se impone en oferta o se elige desde la preferencia del demandante.

- (iii) Es muy importante el modo en que se provee dicha intervención pública: desde la regulación —con aseguramiento obligatorio público y/o privado o privado incentivado— hasta la provisión directa, con suministro público directo o concertado—; a través de prestaciones monetarias o en especie; en sus distintas formas desde el institucional al de régimen abierto, etc. También cabe considerar los efectos las diferentes opciones pueden provocar sobre las decisiones individuales. Así: entre institucionalizar o no (cuando el cuidado informal no está compensado); cómo influye el comportamiento moral del evaluado (si prima en la prueba de necesidad la falta de cuidador familiar); financiero (en el ahorro o en el arbitraje o venta de activos si éstos se consideran en la prueba de medios); en la incorporación del cuidador formal al mercado de trabajo, etc. Todo ello trasciende en primeros efectos y efectos de segunda ronda para un conjunto de políticas que no se pueden diseñar por estas razones en abstracto o al margen del resto de políticas económicas.

- (iv) En coherencia con lo anterior, el modo de financiación no es inocuo. Si se hace a través de cotizaciones sociales (1.95 puntos adicionales en el caso alemán), también denominada cobertura *ex ante*, el sistema necesita ofertar una red de protección social para los no cotizantes que necesariamente ha de incorporar prestaciones algo inferiores a los asegurados con contribución. Así mismo, desde la óptica contributiva, resulta lógico una sobretasa para los individuos sin descendientes, y que la contribución alcance también a los pensionistas. Si es aseguramiento social adquiere la forma *ex post*, cabría estipular una prima única en torno a los 65 años, o una contribución a tanto alzado de una parte o cantidad de la riqueza personal, incluido en ésta la acumulada en los distintos fondos de pensiones, privados o de empresa. Ciertamente, ello exigiría también mantener una red de protección a quienes no puedan acceder a ello, que no puede ser sino de mínimos. Que ésta prima se abra a aseguramiento privado puede acabar forzando que se tenga que hacer obligatoria, lo que suele poner nerviosos a los políticos, aunque según Barr (2010) cuenta con distintas ventajas respecto del privado libre: siendo obligatorio permite alguna forma de redistribución implícita, evita la

selección adversa y mantiene la tutela protectora pública. Las retenciones políticas pueden ser en todo caso menores que las observadas en el ámbito de las pensiones, habida cuenta de la menor cuantía de los importes y que la probabilidad de ocurrencia es mucho menor que la propia de la jubilación. Y, en todo caso, por períodos de tiempo inferiores. Además, este aseguramiento se puede completar con formas de aseguramiento privadas en un esquema que legitima en parte diferencias sobre la base la elección y el ahorro añadido. Una cuestión anexa a este punto radica en si ha de ser posible un pago retrospectivo una vez conocida la contingencia a partir de la riqueza personal. En principio el aseguramiento funciona *ex ante*, en el velo de la ignorancia, a efectos de establecer el *pool* adecuado de riesgos. De otro modo la selección adversa puede acabar siendo la decisión razonable. Sin embargo, estas consideraciones se pueden matizar incluyendo una penalización que aproxime la cobertura al coste retrospectivo en lo que alcancen los activos disponibles. No se aseguraría en sentido estricto sino que resarciría con un acceso *ex post* por una cuantía determinada límite. En todo caso, la regulación en este terreno, de control de un período de carencia y/o de relaciones previas a la demanda, necesita de un fuerte control.

- (v) La financiación por la vía puramente impositiva, al cien por cien, está completamente descartada en los países examinados sin que exista incluso una presión fuerte para su reconsideración. Se valora que los recursos fiscales hoy compiten con otras partidas de gasto social y que los balances intergeneracionales no permitirían un impacto 'pro-mayores' vistas las fragilidades de otros colectivos. En España este argumento aplica simplemente atendiendo a unos pocos datos, cuyo desarrollo se puede encontrar en G Lopez-Casasnovas (2011)
- (vi) Los efectos del envejecimiento en el gasto social se reflejan en general en los cambios en la composición del *pool* de riesgos compensables, aún con la duda de si efectivamente son igualmente compensables los de una menor fecundidad respecto de los de una mayor longevidad. Las estimaciones del cambio demográfico en las diferentes partidas se puede acotar a los siguientes campos: (i) impacto en los presupuestos ordinarios; (ii) efecto sustitución sobre otras políticas públicas si se mantiene el equilibrio presupuestario; (iii) consecuencias sobre la deuda pública si se financia por esta vía; (iv) efecto sobre el crecimiento de la presión fiscal si se mantuviesen el resto de políticas sin déficit público; y (v) efectos de la dependencia de las rentas de nuestros mayores a los beneficios públicos. En su conjunto, España en el 2040 doblará el peso de

los mayores de 60 años dentro de la población total. Sin cambios en las políticas, los deslizamientos de las actuales implicarán que el peso del gasto público del que es beneficiario aquel colectivo pase del 12.6 al 33.1% del PIB. A igual gasto público total, ello desplazaría las políticas públicas (actuales o pendientes) destinadas a otros colectivos, desde el 68% actual a sólo un 28%. Para que se incrementase el gasto público total de manera que se evitase el efecto sustitución, la presión fiscal debería pasar del 38.2% actual al 57.2% en el año 2040. Y si la financiación se realizase vía déficit y deuda, ya en el año 2029 entraríamos en el llamado supuesto efecto “bola de nieve” (150% del PIB). Otros análisis apuntan a que nuestros mayores tendrían sus rentas brutas, dependientes en el 68% del gasto social, y que netas de impuestos, las retribuciones de las clases pasivas incluso superarían las de los activos ocupados (dado el peso de impuestos y cotizaciones sobre éstos). En contraposición, al ritmo actual, el complemento de las pensiones privadas alcanzaría tan sólo un efecto compensatorio de dos puntos del PIB (una tercera parte, p.ej. del Reino Unido o Canadá). Como resultado, el “colchón” de la cohabitación de nuestros mayores con sus hijos adultos continuaría siendo fundamental: (el 40% vs. el 6% de algunos países nórdicos), aunque este diferencial está disminuyendo. Para compensar el aumento de la esperanza de vida a través de una mayor fecundidad, que dejase inalterada la tasa de dependencia, las mujeres en edad fértil debieran tener una media de 5 hijos en lugar de los casi 1.5 actuales. A partir de dichas estimaciones surgen preguntas tales como ¿es lógico que nos jubilemos hoy 5 o 10 años antes de lo que hicieron nuestros padres cuando tenemos entre 6 y 8 años más de esperanza de vida, gozando de buena salud y mejores condiciones de trabajo? Muchos de estos aspectos contrastan por lo demás con la consideración de que la prioridad del gasto social se debiera dirigir a las etapas tempranas de la educación y de la infancia, como ámbitos en los que más probables son los ahorros futuros y que la situación de nuestra generación de jóvenes mejor formada tiene, asimismo, la mayor dificultad en insertarse en el mercado de trabajo, emanciparse de situaciones familiares condicionantes y mejorar su calidad de vida.

- (vii) En efecto, tanto la continuación de la inercia actual, – a la vista de cómo se viene entendiendo el estado de bienestar – como un drástico e indiscriminado freno en su caso, sesgaría de modo preocupante el gasto social en favor de las generaciones de mayores. En contraposición a ello, el argumento de que la evolución económica permite compensar el bienestar de los más jóvenes deja hoy de ser evidente. Hacen falta por tanto reglas que permitan recuperar los equilibrios intergeneracionales de bienestar,

como meta, a cada nivel –y composición– del gasto público y de la presión fiscal consecuente o que se alcance. El envejecimiento demográfico por lo demás se encuadra en cambios en la política económica general que se traslucen en la observada globalización de flujos y cambios de productividad, además de en el desempleo, las cuñas fiscales sobre salarios reales, el acceso a la vivienda y la necesidad de políticas activas de ocupación (*workfare*). En concreto, respecto al gasto público y la deriva demográfica, en lo que atañe a la sanidad universal, la dependencia y edad, el sistema de reparto en la financiación de la seguridad social, el peso de las pensiones y prestaciones definidas con derechos devengados y, como consecuencia, en su impacto social con una mayor dependencia de las rentas de los mayores de los presupuestos públicos (*moral benefit dependence*, contribuciones netas dependientes del grupo de edad) marca los límites del debate.

(viii) De la experiencia inglesa (véase A. Comas-Herrera et al, 2010) entresacamos que nunca se planteó la cobertura de los cuidados de larga duración desde la pretensión universalista, en un estado como el inglés de fuerte tradición ‘welfarista’. Se corresponde mejor a una red de seguridad que se conjuga como residual con el resto de prestaciones asistenciales, como las sanitarias o las prestaciones económicas de la seguridad social (*Attendance Allowance* y *la Disability Living Allowance*) –éstas últimas actuando como compensación por discapacidad más que para garantizar el acceso a determinados servicios. Esto es, ayudas sociales en pensiones, servicios de salud comunitarios, agencias locales de servicios sociales, y proveedores asistenciales públicos y privados. Cuidados de día, comidas, asistencia domiciliaria local, asistencia de rehabilitación, enfermería comunitaria, pagos directos en *cash*, apoyo de cuidados profesionales, ayudas para la adaptación y equipamientos, residencias asistidas, residencias de cuidados de enfermería, estancias hospitalarias de crónicos, teleasistencia, etc. Y, como no podía ser de otro modo, el progreso en el alcance de la cobertura se inicia con los casos más severos y priorizados por ausencia de medios para acceder a los mínimos cuidados. La prueba de medios se localiza precisamente en los cuidados sociales, no en los de salud que son universales, así como los beneficios por discapacidad – por tanto financiados a partir de los impuestos generales –, ni tampoco en los de la seguridad social que son estrictamente contributivos. La financiación es por ello mixta entre impuestos centrales y locales, contribuciones, y aportaciones directas de los usuarios.

- (ix) Al ser todos aquellos elementos asistenciales dirigidos a un mismo fin, la coordinación se garantiza ya desde los gestores locales de caso o insertando el conjunto en presupuestos personales como pago directo por un paquete de servicios preestablecido con el que los beneficiarios pueden acceder a servicios o a equipamiento por sí mismos. Con dichos criterios restrictivos de elegibilidad y con acuerdos decididos localmente, no extraña ni se interpretan equívocamente las divergencias territoriales. Se aspira a que individuos con necesidades (situación de renta y de necesidad) similares consigan similares resultados, pero no que ello se haga con recursos similares. Con decisión personal diferente, incluso resultados diferenciados serían legítimos en el sistema inglés. Más controvertido es el criterio comúnmente utilizado de que si se tiene acceso a cuidados informales –y en especial para los ancianos que viven solos– se pierde prioridad en el devengo de la prestación pública. En prueba de medios, lo que se hace es graduar la prestación, dejando por tanto abierta la posibilidad de copagar. Son los prestadores privados los que ingresan esta forma de financiación complementaria. Con activos, excluida la casa propia, que superen valores tan mínimos como 23 mil libras esterlinas, y sin que se garantice la elegibilidad para el apoyo de autoridades locales. Los pagos directos no permiten la compensación de cuidadores familiares que vivan en la misma casa que el cuidado. El presupuesto personal (por el que el dependiente decide su mejor combinación de servicios comprándolos directamente o a través de una agencia, no se ha de confundir en este caso con presupuestos ‘individuales’ – el cual se encuentra en fase de experimentación en 13 autoridades locales –, que adiciona todas las prestaciones sociales (exceptuadas las sanitarias y el subsidio de asistencia –*Attendance Allowance*–) para libre decisión individual, incluyendo aquí el pago de cuidadores informales incluso si cohabitan en el seno de la misma casa del dependiente. Más allá de los programas piloto mencionados, diversas comisiones han intentado recomponer la cobertura para mejor adaptarla a los nuevos tiempos. Señalemos simplemente que tras las últimas elecciones, el gobierno conservador inglés ha anunciado una nueva política que renuncia al universalismo y establece la asistencia personal libre en las propias casas de los dependientes, priorizados según nivel relativo de necesidad, y en vigor desde este pasado mes de octubre.
- (x) Destacamos del caso alemán su carácter de último recurso para aquellos dependientes que necesitando cuidados formales y pagando los costes de su propio bolsillo, una prueba de medios los rescataba una vez agotados sus activos. Desde 1994 se han producido consecuentemente diversas mejoras pero manteniendo la parte nuclear del

programa. Los beneficios son hoy extensivos a todas las formas de cuidados, incluidos los informales familiares, traduciéndose en un pago monetario. Los beneficios monetarios y en especie pueden combinarse, en este último caso tanto desde prestadores privados como públicos. Los beneficios en *cash* van directamente a la persona dependiente que siempre que se valide que el tratamiento recibido es el adecuado puede dedicarse al cuidador familiar. Las facturas correspondientes a la asistencia comunitaria van al prestador hasta el límite establecido por el aseguramiento. Además del servicio hotelero, el resto del coste se copaga por parte del dependiente. La parte no cubierta por contribuciones ni copagos supone en la actualidad un tercio del total, con cargo a impuestos. Los agentes intermediarios, *brokers* o consejeros, son decisivos en el alcance que acabe consiguiendo el dependiente. Un tema mal resuelto en Alemania es el de nivelar los fondos de aseguramiento privados, aunque obligatorios, con los públicos, ya que los primeros se relacionan con el riesgo del suscriptor y no con la renta, como en el caso de las cotizaciones. Igualmente es evidente que la capacidad de generar financiación sobre la base de rentas salariales es inferior, vista su evolución en las contabilidades nacionales de diversos países, que hacerlo sobre el conjunto de la renta (lo mismo aplica para el caso de la financiación basada en impuestos). Otro tema a discusión es la dificultad de proteger las contingencias relativas a la demencia.

- (xi) En lo que respecta al caso holandés, un análisis de la experiencia recogida (Schut y Van den Berg, 2010) permite concluir que la pretensión integradora tanto en financiación como en provisión y gestión con la asistencia social presenta diversas dificultades. Particularmente en lo que respecta al aseguramiento sanitario, y al mantenimiento de la cobertura de dependencia mediante el aseguramiento financiado por contribuciones sociales. Al utilizar la prueba de medios, el copago máximo permitido hace que para algunas prestaciones sea más atractivo conseguirlas privadamente. Una organización independiente desde el 2005 evalúa las necesidades de asistencia con criterios homogéneos sobre el territorio. La prestación es de base regional y vinculada al aseguramiento sanitario. Desde el 2003 la asistencia domiciliaria es competencia local. Para el resto de categorías (exceptuado el alojamiento, que se subsidia selectivamente sobre la base de prueba de medios), esto es, incluyendo la asistencia personal, de enfermería, servicio de apoyo, servicios preventivos de guía y tratamientos, se oferta un presupuesto monetario personal en función de la necesidad o una prestación en especie, o una combinación de ambos. El primero se determina a un nivel del 75% del coste teórico del segundo, al considerarse para el cuidado informal un menor nivel de

profesionalización. En cualquier caso, el cuidado informal es en Holanda mucho menos importante que en el resto de países considerados, aún creciendo a partir del incentivo que ofrecen los presupuestos personales, bajo el consejo y guía a menudo de los gestores de casos. El apoderamiento por parte del dependiente es en este sentido el nuevo paradigma del cuidado. En las propuestas de reforma destaca la implementación de presupuestos globales para favorecer la integración y coordinación de cuidados, pese a que en su consignación continúen flaqueando los ajustadores por el distinto riesgo poblacional, así como una definición más precisa de catálogo de servicios y derechos meritados. Las propuestas de la *SER Comission* fueron finalmente asumidas por el gobierno en el 2009, con el compromiso de abolición en el 2012 de las oficinas regionales y el traspaso de responsabilidades a asegurados conjuntamente con aseguradoras en las decisiones de qué cuidados adoptar, aunque esta decisión se supedita al avance en los instrumentos de ajuste poblacional para que se genere una transferencia efectiva y creíble del riesgo de cobertura a los proveedores en el territorio, sobre la base de un presupuesto pensado para el colectivo atendido y no del tipo de proveedores.

(xii) Finalmente, el estudio de la evolución del caso sueco permite describir un retroceso del sistema universal en favor de la priorización a los dependientes que mayor necesidad relativa muestran y menos recursos cuentan para afrontar sus contingencias. Asimismo, parece ya definitivamente aceptada la diversidad, procedente de una provisión municipalista que cuenta con una importante autonomía local, y para la que la financiación estatal marca unos mínimos complementables localmente, y además, según la ideología de la municipalidad, por un distinto alcance de aportaciones privadas voluntarias (Trydegård y Thorslund, 2010). El carácter más restrictivo de la anterior generosidad universalista se detecta en la asistencia domiciliaria. La legislación la permite ya que en su definición de derechos admite una asistencia de nivel 'razonable' si las necesidades de la persona dependiente no se pueden cubrir 'de otro modo', lo que permite diferentes interpretaciones en la escala local. Un copago ajustado según la renta es común, ya sea en asistencia domiciliaria o en residencias asistidas. La subvención estatal se transfiere en bloque a partir de parámetros comunes 'estructurales' (edad, condiciones de vida y status socioeconómico de los ciudadanos en los municipios), y de las capacidades de financiación locales. La diversidad en la provisión local, se justifica comúnmente como parte de un servicio público más atento (*responsive*) a las necesidades ciudadanas, diversas geográficamente. Éstas se observan

en comidas domiciliarias, asistencia de día, cuidados para tiempo breve y ayudas especiales para la vivienda,... Las diferencias no deseadas se liman a través de la información nacionalmente comparable, del *benchmarking* de las mejores prácticas y no de la coordinación jerarquizada de propósito ‘cohesionador’. La valoración de las necesidades ha devenido cada vez más estricta, dejando dependientes con necesidades menos extensivas fuera del sistema público. La coordinación entre lo sanitario y lo socio-sanitario se fuerza imputando un precio de penalización al bloqueo social de cama por falta de oferta comunitaria local. Concluyen los autores que “no puede ya considerarse que el sistema de asistencia sueco al anciano, se pueda caracterizar por un universalismo fuerte ni en el sentido de su alcance amplio y generosidad, ni en el de que se distribuya igualmente a los ciudadanos necesitados” (pág. 502, ob. cit.). Sin embargo, aún con desigualdades, nuestra lectura de los datos abona la idea de que la provisión descentralizada y sus mecanismos de emulación ha impulsado la media de la provisión pública por encima de las pretensiones de contención del gasto local, con lo que se han convertido en factores propulsores del déficit local. Una preocupación política más reciente parece ahondar en las diferencias territoriales no consideradas legítimas con el objeto de buscar una mayor equidad provisora.

2.2 LA SITUACIÓN ESPAÑOLA

En España – bajo un supuesto desacomplejado de sostenibilidad formulado en la fase álgida del ciclo –, la LAPD se formuló desde el universalismo (no es este el caso aún hoy de países con más tradición de estado de bienestar como los arriba analizados), desde la garantía de la prestación en especie (con cobertura de coste con escaso o nulo copago en la práctica) y con pretensiones de homogeneidad, pese a la diversidad territorial de oferta, la distinta involucración histórica de las autoridades locales en su provisión y la autonomía que garantiza la Constitución española al formularse la cobertura de dependencia fuera de las competencias de la Seguridad Social. Elementos todos ellos enjuiciados en un trabajo previo (López-Casasnovas y del Pozo, 2010) como una Ley a destiempo, social y económicamente. Ello debe servir como introducción para la serie de recomendaciones que a continuación se adjuntan para su reforma y mejora, tal como se recoge con posterioridad a este análisis en el Informe elaborado para el Congreso de Diputados (M Cervera et al, 2009)

3. RECOMENDACIONES PARA LA REFORMA Y MEJORA DE LA LEY ESPAÑOLA DE AUTONOMIA Y DEPENDENCIA

3.1. LA GESTIÓN DE LA DEMANDA. El *iter* decisor

En España, vista la aplicación efectiva de la Ley, se observa que el camino que media entre la emergencia de una solicitud hasta la concreción de sus beneficios requiere un análisis de consistencia a efectos de identificar como se producen las solicitudes, las valoraciones, la naturaleza de los controles y reconocimientos en su caso, y los dictámenes y determinación de prestaciones correspondientes. Se observa por el momento un nivel de solicitudes elevado y desigual entre CC.AA., existiendo diferencias que no permiten anticipar una pauta sistemática común en el tiempo, y de manera semejante para el resto de elementos del *iter*. En cualquier caso, el nivel de dependencia –grado y nivel– observado hasta el momento se sitúa claramente por encima del esperado por la propia Ley, a partir de distintos informes al respecto, o también, desde una simple comparativa internacional.

Se recomienda por tanto la parametrización con la máxima objetivación posible de las necesidades asociables a la cobertura de la dependencia, a partir de la estructura demográfica de cada CCAA y los valores estadísticos esperables en dependencia por grupo etario si la respuesta del sistema adquiriera los niveles medios observados para el conjunto del Estado. Ello en si mismo definiría el valor de referencia respecto del que debiera de exigirse la justificación de las diferencias respecto de los valores observados.

Alinear los incentivos de las partes intervinientes obliga a identificar quién hace qué a expensas de quién. Reconocido lo anterior (tendencia al apoderamiento personal y a la libre elección), cabe remarcar que la exigencia de regular, acreditar, fijando mínimos y exigir calificaciones del personal asistencial encuentra su efecto rebote en la capacidad de financiar los costes resultantes. No debieran de existir dudas acerca de que lo racional y lógico es que tanto institucionalmente (cuando se desean compartir competencias entre distintas jurisdicciones administrativas) como entre proveedores, quien decide ha de ser responsable de las decisiones tomadas, atendiendo inclusive a las consecuencias financieras. No tiene sentido que quien barema la necesidad de cuidado, sabiendo anticipadamente los derechos que devenga una u otra puntuación, no tenga responsabilidad presupuestaria en los costes generados. Ni que la institución que gestiona la prestación al nivel de la determinación de la

contingencia pueda trasladar íntegramente el coste a la de otro nivel con una simple aplicación informática que la comunique.

Recomendación: Siendo los protocolos de actuación poco conocidos e incluso dudosamente susceptibles de uniformización, así como algunos de los aspectos relativos al control de calidad deseable, sí parece en todo caso aconsejable que el prestatario del servicio no pueda en ningún caso baremar. Asimismo, el evaluador no debiera poder firmar el dictamen. Un mayor grado de traslado de responsabilidad a los agentes encargados del iter aquí analizado parecería oportuno.

En cualquier caso, la reconducción de las diferencias existentes en las respuestas observadas plantea la discusión de los incentivos para el cierre de la brecha, a la vista de los puntos de partida tan dispares como los actualmente observados en los dispositivos territoriales. En este sentido, el nivel mínimo garantizado constituye la mejor base de garantía a potenciar, fundamentado en perfiles de necesidad y ‘paquetes’ asistenciales abiertos, asociados a ésta, para una mejor lógica de nuestro sistema de dependencia.

Parece apropiado que una vez realizado el dictamen los márgenes de elección entre prestación económica, vinculada siempre a servicios (reembolsable, contra factura), y prestación directa en especie, se mantengan mayormente abiertos. Por lo demás, a la vista de las diferencias observadas en las calificaciones, cargas de trabajo y recursos al servicio de la baremación, parece relevante explorar aquellos mecanismos que mejor rendimiento obtienen a partir de los recursos disponibles.

Preocupa que tras dos años de aplicación de la Ley se continúe sin un catálogo de servicios estándar, discernible en lo que se refiera a los niveles básicos acordados. Por lo demás, los convenios bilaterales anuales para la determinación de los niveles entre Estado y CC.AA. suponen un elevado desgaste político, lo que claramente conduce a pensar en su plurianualidad. Por lo demás, la separación de la tipología de servicios en la determinación de necesidades –en lugar de identificar necesidades genéricamente según grado de dependencia– permite luego mantener una racionalidad diferenciada tanto para identificar quién suministra qué, sino también con qué régimen de financiación. Así para servicios personales, de hostelería, tratamientos rehabilitadores, cuidados de enfermería.

Se recomienda en este sentido la conveniencia de trabajar sobre la base de convenios plurianuales que den estabilidad a las decisiones que requieran las inversiones necesarias para su satisfacción y ejerzan un peso corrector ante el oportunismo que de otro modo a menudo permiten los contratos relacionales o de secuencia reiterada cuando la reputación juega escasamente.

3.2. COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN INTERADMINISTRATIVA. El despliegue territorial de servicios

La disociación entre la planificación de necesidades (demandas latentes emergentes) y la oferta (capacidades instaladas) para la prestación de servicios genera disfunciones claras entre la gestión deseable de la demanda y las respuestas asistenciales óptimas (incentivos a su puesta en oferta y sostenimiento financiero).

Ello obliga a valorar la situación en los límites entre: (a) la mayor objetivación posible de la provisión de servicios (desde una demanda estandarizada y una respuesta asistencial protocolizada) y bajo un criterio predeterminado de asignación de recursos (costes unitarios óptimos); y (b) el de la completa 'fungibilización' de los servicios (esto es la conversión completa de la prestación en dinero), tal como permite el pago monetario de la prestación económica o de los presupuestos personales (cantidades financieras globales y libre decisión dentro de un paquete asistencial determinado). Entre la rigidez y la discrecionalidad completa, se considera la importancia de identificar el servicio y después el recurso, evitando una cartera de servicios completamente cerrada. A favor de la objetivación, en su caso, encontramos la imagen de cohesión; en contra, la rigidez, por la menor aportación al bienestar que ésta supone. En la posición de monetización máxima de la prestación encontramos la autonomía de gestión y la adaptación al caso, y en su contra, la imposibilidad de planificar inversiones e implantar decisiones que conlleven costes fijos importantes.

Recomendación: Parece oportuno primero identificar la necesidad, después el servicio y finalmente la prestación. Cualquier estrategia que trunque la anterior secuencia puede romper con la lógica del sistema. Así mismo, parece oportuno definir una necesidad 'normada' sobre la base de las ponderaciones relativas a las discapacidades para las actividades básicas, lo que puede permitir fijar el valor de cada punto reescalándolo a partir del presupuesto disponible y el número total de puntos asignados, traduciendo en un límite financiero por dependiente a cambio de un paquete de servicios y resultados (si existe cuidador familiar, con un conjunto de exigencias de acompañamiento) o en una cuantía

determinada por servicio –contra factura, derivando la diferencia de coste a cobertura complementaria o a copagos por servicios.

La coordinación e integración en sus aspectos territoriales y administrativos presenta facetas múltiples. Entendemos aquí por ‘coordinación’ la articulación de recursos inicialmente independientes en los casos concretos atendidos dentro de cada ámbito asistencial; ‘integración’, a la de servicios ofertados de modo conjunto (sanitarios sociales y socio-sanitarios existentes). El balance asistencial (evolución del indicador de dependencia de cada beneficiario como señalizador de la adecuación de recursos residenciales, atención domiciliaria y de centro de día) constituiría en este sentido el paradigma de la gestión coordinada del caso. La configuración de un Departamento administrativo único con autoridad y ‘potestas’ en el ejercicio competencial y en su financiación, sería paradigma de la integración. La integración garantiza una mejor coordinación, al coste de unos incentivos menos eficientes; una coordinación con incentivos descentralizados fuertes, en caso de alcanzarse, puede resultar superior. La ‘coordinación’ requiere por su parte aspectos más virtuales que jerarquizados, al estilo de Agencias de gestión compartida que internalice en su seno lo que no se haya podido solventar por el lado de los repartos competenciales y de las presiones de los corporativismos existentes, para concretar aspectos tales como a quién compete la valoración de la dependencia, si quien decide soporta los costes de la decisión, si quien controla se configura como instancia última, manteniendo siempre costes de transacción razonables.

En razón a lo anterior se recomienda proceder a la integración contemplada entre el ámbito social y sanitario, a la vista de las disfunciones hoy detectadas, desde la financiación territorial (autonómica) y local, y en los aspectos organizativos, de gestión e institucionales (Departamento/s responsable/s). Remarcar en este sentido la importancia de la valoración médica base de las situaciones de dependencia, abierta desde una concepción pluridisciplinar, de equipo y no corporativa segmentada, capaz de incorporar perfiles y competencias socio-sanitarias.

Todo lo anterior se refleja en diferencias en el despliegue de servicios; esto es, en la combinación de los dispositivos asistenciales (SAD, Centros de día y residencias) y en la naturaleza de los equipamientos disponibles (resortes de actuación en recursos públicos propios en centros privados concertados: por la vía en unos casos de cobertura de costes y en otros por la de las palancas financieras que puedan permitir las tarifas en relación con los costes idiosincrásicos de los proveedores– y su revisión en el tiempo.

A este respecto es sin duda oportuno clarificar los marcos competenciales y las responsabilidades financieras sobre el territorio, fijando el rol de los Ayuntamientos, ya sea en compartir la prestación de la atención a todos los niveles, ya sea en aspectos de prevención, de puerta de entrada del sistema y quizás de monitorización de la utilización, o concentrando su labor en la parte más moderada o leve de la respuesta a la dependencia.

Por lo demás, Departamentos de Salud y Bienestar unificados, debieran planificar desde la salud los servicios para el bienestar, y actuando si acaso a través del brazo ejecutor de una posible Agencia de Aseguramiento que cubriera las contingencias de salud, las discapacidades funcionales y las dependencias individuales. Para ello convendría articular un discurso profesional y de aseguramiento, y quizás dejando fuera los servicios sociales, que junto con la salud pública y otras cuestiones epidemiológicas ofrecen contenidos más universales ajenos a la lógica aseguradora.

Resulta necesario enfatizar la conveniencia de que los cuidados para la población dependiente se han de poner en el contexto horizontal de todas las políticas sociales. Y destacar la permeabilidad entre dichas políticas, especialmente cuando uno de los aspectos pretendidos políticamente de manera aislada resulta de imposible consecución en el corto plazo.

En lo que se refiere a los mecanismos concretos de coordinación, ésta es relevante cuando se produce *ex ante* a la decisión, por ejemplo con la creación de foros de discusión en los que se anticipen en beneficios de todos, los problemas de uno; difícilmente se consigue la coordinación deseada con tratamientos correctores *ex post*, con la decisión ya tomada, que son vistos en la mayoría de casos como imposiciones de la administración central. Existen por lo demás puntos de partida dispares, no directamente corregibles de modo fáctico o incluso no siendo ello deseable. En ningún caso la coordinación ha de suponer a este respecto una revisión al alza, de regresión a la media, carente de responsabilidad financiera, ya que ello puede acabar comprometiendo la sostenibilidad del conjunto del cuarto pilar.

Conviene sin duda reforzar el Consejo Territorial del SAAD como mecanismo cooperativo que conjugue diversidad y armonización en aras de la creación de un marco global de acción integrada entre las distintas administraciones públicas involucradas en la atención a la dependencia, dotándolo de estructura técnica suficiente para afrontar adecuadamente el

despliegue del SAAD en sus diferentes aspectos: desarrollo normativo, gestión de prestaciones, seguimiento, gestión de la información, etc.

Se recomienda por todo ello una coordinación interterritorial más preventiva que correctiva de las actuaciones autonómicas, al estilo de la que impera en la Organización Nacional de Trasplantes.

Del estudio comparado se observa que en algunos casos quienes determinan las valoraciones son equipos de nuevo cuño, a veces se trata de redes formadas por consorcios de prestadores socio-sanitarios ya existentes en el territorio, e incluso en un caso responde a una concertación privada con resolución pública. Por su parte a menudo las Comisiones, que han de traducir el baremo y propuesta del evaluador ratificando el PIA a la vista de los servicios existentes, no revisan sistemáticamente los baremos, sólo siendo establecido en algunas ocasiones un control de calidad de carácter aleatorio. Sin embargo, dichos controles parecen necesarios ya que si bien el baremo no tiene discrecionalidad como elemento de medición, su aplicación sí puede generar efectos aleatorios dadas las bases de apreciación ('come sólo', 'se puede levantar', etc.). Bajo estrictos supuestos de profesionalismo los incentivos adquirirían ciertamente un papel limitado, pero que aumentan en su necesidad a falta de una consignación de presupuestos prospectivos propios a la función desempeñada. Sin un control sistémico de calidad, el coste hoy observado no puede considerarse sin más como referente del gasto efectivo de lo que pueda ser la necesidad de cobertura de dependencia, particularmente si se desea incorporar dicho coste a la financiación general de las CC.AA. vía LOFCA. Los incentivos a la baremación excesiva o el salto de niveles no encuentran por el momento en la participación financiera relativa de las tres partes en presencia (dos niveles administrativos y el propio beneficiario) un antídoto suficiente que frene la sobre-calificación hoy observada. La falta efectiva de copagos en la mayoría de los casos y el interés de alguna CC.AA. de traducir el mayor gasto efectivo 'inicial' en recursos, ante la expectativa de la inserción de la financiación de la dependencia en el global de la financiación autonómica puede quizás hoy estar alimentando dicho proceso.

Se recomienda por todo ello el establecimiento de un sistema de control de calidad que establecido por la propia Comunidad sea exigible en su validación a requerimiento del Consejo Interterritorial. En caso de que se considere la inserción de la financiación de la dependencia en la autonómica general, tendría lógica que los diferenciales entre los valores

parametrizados y los observados sean ratificados a partir de un fondo de reaseguro creado al efecto en el que el resto de CC.AA. ejerza el papel principal de supervisión.

3.3. ACCESO CIUDADANO, SERVICIOS Y PRESTACIONES

En concreto, se recomiendan las siguientes mejoras:

La reforma del baremo debe ser abordada sin dilación en el 2011 con ocasión de la evaluación del SAAD con el fin de recoger de manera rigurosa las discapacidades cognitivas, la enfermedad mental y las enfermedades orgánicas que generan episodios de gran dependencia. Además, ante la amplia diversidad e, incluso, excesivos plazos de tiempo en la resolución de la valoración y la definición del PIA ***se recomienda acortar tiempos en la resolución de la valoración y asignación de prestaciones*** con el fin de favorecer una efectiva materialización del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia. ***Una carta específica de derechos ciudadanos debiera de reforzar su cumplimiento***

Con toda seguridad lo más importante para la **gestión de una demanda transparente y sometida a mecanismos de control** de calidad es una **composición profesional de los equipos de valoración equivalente**, con calificaciones similares (no necesariamente idénticas), así como la implantación de un mecanismo de **control de calidad sistemático** por parte de comisiones creadas *ad hoc*. En concreto, en relación con las denominadas “**pasarelas**”, y ante la constatación de su muy diversa utilización por parte de las Comunidades Autónomas, **se propone que el Consejo Territorial defina**, en base a un consenso técnico y político, **los sistemas concretos de transición entre sistemas de valoración**, de modo que se facilite a las personas los trámites de acceso a los diversos sistemas de protección que estas valoraciones suponen. Por lo demás, y a la luz del registro de evolución de personas valoradas y beneficiarias, **se recomienda que se encargue un estudio de revisión en profundidad de las previsiones hasta hoy consideradas de la población en situación de dependencia**, particularmente del Grado III, así como de las causas que han producido una especie de ‘pirámide invertida’ dentro de dicho Grado. A este respecto **se recomienda una clara diferenciación entre el equipo de valoración y el equipo de asignación de recursos (PIA)**. Ello ha de permitir enviar una señal de control desde el sistema de asignación de recursos al de valoración a la vez que el sistema de valoración incorpore el marco real de recursos existentes.

La **libertad de elección** de la persona a la que se ha reconocido una situación de dependencia, su participación en la asignación de las prestaciones, es una norma central de la LAPAD que se ha de preservar pese a las dificultades observadas (recursos limitados, mínimos controles de eficacia en la intervención social, etc.). **Se recomienda la mejora en el trámite de acceso a los recursos** en las situaciones de transición entre la espera de concesión de un recurso solicitado previamente a la valoración y la asignación definitiva del PIA, de forma que no se produzcan distorsiones ni exclusiones que perjudiquen a la persona afectada. La eficacia de la atención de las personas beneficiarias exige un **seguimiento de su evolución concreta** a lo largo del tiempo así como de los posibles cambios que se puedan producir en su grado y nivel de dependencia y ajuste entre ésta y las prestaciones que recibe por parte del SAAD. **Ello hace recomendable la extensión normalizada en el conjunto del sistema del gestor del caso.**

A la espera de la **evaluación** concreta del **sistema de información** (SISAD) se recomienda que el Consejo Territorial adopte acuerdos sobre el volcado y tratamiento de la información de forma que los ritmos en la gestión de los expedientes, la transparencia de la misma y la comparabilidad entre Comunidades Autónomas sean una realidad. En este sentido el SISAD debe generar información sobre el movimiento natural de la población (altas y bajas), así como diferentes indicadores de actividad y de impacto del sistema sobre las situaciones de dependencia. **Finalmente, se recomienda que se tenga en cuenta en el coste de las herramientas y procesos de gestión de la valoración y definición del PIA y, en general, el coste de gestión del SAAD con el fin de que sea un elemento a incorporar en la financiación del sistema.**

Atendiendo al respeto de la voluntad de las personas –que es prioritario preservar– y teniendo en cuenta el importante peso que están adquiriendo las prestaciones económicas más allá de lo inicialmente previsto, **resulta necesario adoptar medidas que preserven la dedicación de los recursos económicos que se perciben al verdadero objeto al que deben ser destinados.** Así, con el fin de mantener el respeto al espíritu de una ley que pretende ser de servicios, en el contexto descrito en el que ésta evoluciona, **es imprescindible adaptar la cartera y la forma de prestación de los servicios a esta realidad.** En este sentido, parece óptimo incluir en la modalidad de “cuidador informal”, servicios directos al cuidador (apoyo, formación, respiro, etc.), y ejercer a la vez un control real y directo de la situación en la que se encuentra quien recibe el cuidado. **En este punto aparece de nuevo un papel determinante del gestor del caso.**

El modo en el que está establecido hoy el actual catálogo de servicios de la ley es demasiado generalista y no responde a los diversos perfiles de personas a los que se dirige, para los que no parecen haberse establecido opciones de atención posibles (lo que por otra parte facilitaría el cálculo de los costes de la atención por perfil de necesidad). **En este sentido, se recomienda desarrollar con más precisión los catálogos de servicios, obedeciendo a la lógica: necesidades de apoyo versus servicios;** por tanto ofreciendo una variabilidad de oferta y combinaciones a las personas en función de su situación de necesidad y de la posibilidades reales de atención que presenta su entorno. Para ello, se debiera migrar desde la identificación exclusiva de recursos (tales como “plazas residenciales”) para ‘desmenuzar’ las carteras actuales, incluyendo la especialización por servicios en la definición de los recursos que esta cartera incluye. Cada persona debe recibir los servicios que mejor solucionan sus necesidades de apoyo, combinando y compatibilizando todos los que sean necesarios y oportunos. Por eso, **se recomienda hacer compatibles los servicios que no son excluyentes entre sí,** en la medida en que de dicha combinación surgen unas opciones de atención completas que permiten conseguir una mayor calidad de vida; **y aplicar, en su caso, unas normas de copago que no penalicen esta posibilidad.**

Viendo cómo crece la demanda de ayuda a domicilio, atendiendo a las preferencias de las personas por recibir atención en su propio hogar, siguiendo las tendencias internacionales más innovadoras en los programas de atención a la dependencia, parece oportuno **recomendar el desarrollo, la regulación y la correcta financiación de la prestación de ayuda a domicilio que hoy** ofrece una variedad de regulaciones, muchas de ellas locales, con respecto a profesionales, carteras de servicios, exigencias de calidad, etc. y naturalmente una gran diversidad de costes y tarifas. Aunque las CC.AA. son quienes deben liderar este proceso, los Ayuntamientos, responsables de esta prestación, deben tener también un papel importante. Puesto que el servicio se incluye en la cartera de la Ley, también en este marco su papel debe ser activo. Por lo demás, **los Ayuntamientos deben ver reconocido el papel central que desempeñan como gestores de la Ley y en la promoción y desarrollo de la oferta de servicios sociales. Los servicios sociales de base tienen que contar para ello con los recursos – humanos, tecnológicos y económicos– adecuados.** Su papel es fundamental en tanto prestadores de información y orientación, en tanto gestores del caso y responsables del PIA y en tanto gestores de la oferta de servicios, especialmente en los servicios de prevención y ayuda a domicilio. En este sentido, si el SAAD ha de ser un verdadero sistema de promoción de la autonomía de las personas, **es necesario que se desarrollen las prestaciones de promoción de la autonomía personal,** especialmente dirigidos a los colectivos de personas con

discapacidad y personas con enfermedad mental y **los servicios de prevención de la dependencia**, dando un papel relevante a los servicios sociales de base y a los servicios de atención primaria de salud en este cometido.

Finalmente, observando la necesidad de atención a la salud y de atención social que conllevan las situaciones de dependencia, **es imprescindible reconocer el componente socio-sanitaria que debe incluir la oferta de servicios de atención a la dependencia y propiciar la evolución de las actuales redes hacia un modelo mucho más coordinado/integrado de atención.**

Por otra parte, parece oportuno **hacer aflorar la ocupación irregular** enquistada en el sector, y a la que en la mayoría de los casos se remunera con la prestación familiar, y **suministrar incentivos de formación y contratación**. Un plan con medidas específicas a tal fin debe permitir la mejora de las condiciones de trabajo y el reconocimiento oficial de los cuidadores informales en los sistemas de seguridad social, una vez homologada su situación.

3.4. FINANCIACIÓN: El sistema general y las aportaciones del usuario

Se observa a día de hoy un sesgo no previsto por la Ley contra la prestación en especie y en favor de la monetaria, así como desequilibrios notorios en materia de concertación a instituciones concertadas (a partir de un pago por tarifa) e instituciones propias (a presupuesto). La eliminación de ambas diferencias, pese a que pueda ser aconsejable no resulta hoy exigible a la vista de la autonomía competencial de las partes ni imponible centralmente. La pretensión de los prestadores privados de contar con un marco estable de financiación en función de una determinada población asignada –que garantice la recuperación de las inversiones efectuadas– o de unos mínimos de actividad a coste real de las entidades prestadoras no parece que sea hoy garantizable. La uniformidad del servicio garantizado a niveles medios en sus distintos aspectos no resulta compatible con el proceso descentralizador del que se han dotado los distintos pilares de bienestar de nuestro sistema social. La preferencia individual y la aportación del usuario en la financiación de los servicios no esenciales o periféricos debieran mantenerse aún al coste de aparentar una mayor diversidad.

Se recomienda por tanto mantener la autonomía aún a riesgo de lo que pueda aparentar una cierta falta de cohesión geográfica. No parece que la objetivación a través de parámetros de la actividad a financiar deba considerar los costes específicos observados en las formas de prestación de cada proveedor y Comunidad Autónoma.

Los servicios sociales de la dependencia deberían formar parte de los servicios esenciales junto a la educación y sanidad, por lo que deberían integrarse en el paquete LOFCA.

Parecería mayormente lógica la integración de la financiación por cobertura de dependencia en la financiación autonómica, en torno a un único pool compensatorio de base poblacional, corregido parcialmente con una fórmula similar a la utilizada para la sanidad o la educación. Ello marcaría un 'suelo' de destino de la financiación autonómica, complementable a su vez con otros recursos públicos o privados, pudiendo estos últimos incluir copagos diferenciados en función de la oferta existente, al estilo de los precios de referencia, equivalentes por convenio con los mínimos básicos garantizados y libertad de elección.

No parece lógico que se determinen financieramente, y a nivel vinculante, todas las respuestas asistenciales (a demanda estimada, con oferta asistencial media, a coste unitario medio) cuando no existe una planificación preexistente que fije esta misma capacidad. Es por ello que dicha cifra se ha de entender como orientativa y ajustable a las necesidades o preferencias autonómicas.

Se recomienda consecuentemente que la financiación se base sobre una estimación global que fije 'suelos', sea asociable a los servicios básicos fijados y pueda complementarse con corresponsabilidad fiscal de la comunidad o individual del usuario.

Si bien es cierto, tal como hemos visto, que la preeminencia de las prestaciones económicas en detrimento de la prestación de servicios mediante estructuras determinadas, afecta en particular a los prestadores privados que no encuentran de este modo un marco estable deseado, basado en una participación con actividad predeterminada y financiada a tarifa lo más próximo esperable a sus costes reales. Sin embargo, esta pretensión no parece aceptable desde una posición que pretenda mantener o reforzar el apoderamiento individual y a su vez un pago por servicio, en el que pueda participar la iniciativa privada, a presupuesto cerrado.

Se recomienda un escenario alternativo mayormente satisfactorio que podría consistir en avanzar en la estandarización de servicios, fijación de unos precios de referencia para éstos, y que tras la elección del beneficiario sean complementables con copagos directamente ingresables por los propios proveedores (incluidos aquí los públicos) para el tipo de servicios

periféricos a los nucleares: copagos en este sentido evitables y por tanto tan eficientes como equitativos.

Por lo demás, son notorios los problemas asociados a la escasa clarificación de responsabilidades financieras entre CC.AA. la AGE y los usuarios en el copago. Entienden las primeras que la participación relativa de cada cual se debe de referir al total del gasto y no sólo respecto a la nueva financiación. Así mismo, está resultando muy baja la participación de los usuarios, a la vista de cómo están formulándose los decretos relativos al copago.

Se recomienda al respecto la definitiva clarificación sobre la que deba ser la base de participación y que la AGE asuma un esfuerzo financiero mayor al actual para mantener las previsiones que la propia AGE hizo para la implementación de la Ley.

Convendría concentrar los recursos en la dependencia grave y severa cubriendo el máximo en este caso, pero restringiendo la calificación en los grados y niveles más elevados a lo estrictamente necesario y procurando que los presupuestos de este grado fuesen cerrados. Los presupuestos del resto de situaciones podrían ser más flexibles y sus prestaciones más limitadas. Las derivas de “calificación hacia arriba” que puedan cometerse en la fase de evaluación han de ser atajados si se quiere controlar el coste. La planificación financiera por niveles ha de hacerse con mucho cuidado para que no sobren recursos en un sitio y falten en otro.

Debería considerarse la eventualidad de proceder a una reforma de la LGSS en el sentido de desligar las ayudas a terceras personas para la gran invalidez, de la cuantía de la pensión; ajustando, por tanto, la prestación económica a la necesidad valorada. Es más, debería considerarse, incluso, la posibilidad de suprimir las ayudas por terceras personas en el seno del sistema de pensiones de la Seguridad Social y transferir tales derechos, estimados en lo sucesivo con los baremos del SAAD, a un sistema único en el seno de este último. De hecho, algún tipo de integración entre el sistema de pensiones públicas y el sistema de dependencia sería deseable.

La Ley de Dependencia se basó en sus previsiones de financiación en unos fundamentos de actividad y coste que no han sido realistas. A los déficits estructurales asociados a la estimación de las necesidades de financiación se suman hoy dificultades coyunturales añadidas sobre la capacidad pública de financiación en plena crisis de las finanzas públicas. Una reprogramación de la ley parecería adecuada (concentrando los esfuerzos en la dependencia

grave y severa antes de entrar en la moderada, redefiniendo el núcleo básico de prestaciones para cada nivel, o incluso estableciendo un copago diferenciado según gravedad, grado y nivel de necesidad), aunque ello nos tememos que hoy no sea posible visto lo que establece la propia Ley en cuanto a sus tiempos de desarrollo.

Se recomienda para ello que se explore la posibilidad de mejorar la financiación hoy disponible sobre la base de las alternativas siguientes: (i) Aumentar el IVA en entre 1 y 2 puntos porcentuales y/o aumentar la cesión del IVA a las CC AA afectando estos incrementos a la financiación de la dependencia. Este aumento podría ser transitorio mientras se constituyen capitales de seguro de dependencia; (ii) Crear un impuesto subyacente sobre el patrimonio a tipo único; (iii) Aumentar el recurso a los impuestos generales (una contribución específica y generalizada sobre la renta mientras no existan mecanismos de aseguramiento alternativos); (iv) Establecer una cotización social adicional a la que ya existe para las pensiones, quizás capitalizándola en un fondo de seguro; (v) Primas regulares, propiamente dichas, a partir de una cierta edad a un seguro obligatorio de dependencia (equivalentes a cotizaciones); (vi) Prima única a los 65 años (o antes) para un seguro de dependencia (pagable contra patrimonio, o como parte de un esquema de hipoteca inversa); (vii) Eliminar la exención del copago sanitario (farmacéutico) a cambio de aumentar los recursos financieros para los futuros dependientes de cada generación; (viii) establecimiento de una transferencia compensatoria asociada al mantenimiento del impuesto de sucesiones para una recaudación de unos mínimos prefijados.

Cabe destacar que la panoplia anterior de medidas que ofrece el análisis comparado se ha de valorar en las distintas coyunturas económicas, para las que cada una de ellas ofrece puntos fuertes y débiles, por lo que su valoración política se inscribe en un equilibrio complejo que se ha de resolver con el mayor acuerdo social posible, de modo que **previsiblemente una combinación de medidas y de sacrificios entre usuarios y contribuyentes**, más que una medida unívoca y excluyente, resulte lo más apropiado.

Por lo demás, más recursos son condición necesaria pero no suficiente para hacer sostenible el gasto que se asocia a la dependencia. Más allá, por lo tanto, de las actuaciones micro que en el *iter* entre la solicitud y la determinación de la prestación ya se han mencionado, en el sentido de responsabilizar en mayor medida a sus agentes acerca de las consecuencias de sus decisiones, se requiere la fijación de una nueva estrategia de asignación macro, a partir de la financiación total disponible que alinee más correctamente los incentivos de las partes.

Para ello se recomienda que el centro de la lógica de la financiación pública coactiva y solidaria se sitúe en la parte mínima– garantizada de las prestaciones, a costes medios del sistema (y no singulares) que responda a parámetros de utilización generales, que den valor a los puntos básicos baremados, y no a los outputs asistenciales de los proveedores respectivos. La traducción de los puntos básicos a costes debiera de permitir su reescalado a efectos de garantizar que los presupuestos globales a disposición de los servicios se mantienen cerrados.

Al margen de la financiación corriente, todo parece apuntar a la necesidad de redirigir la oferta existente de modo paulatino, con financiación selectiva que en ningún caso penalice a las Comunidades que mayor esfuerzo hicieron en su momento.

Recomendación: En el sentido de lo anteriormente expuesto, los niveles convenidos debieran de orientarse exclusivamente a la inversión, evitando cualquier foro de discusión política de carácter anual, entendiéndolo alternativamente como fondo de desarrollo, racionalización y reorientación de la oferta. Mantener en su caso las variables poblacionales con ponderación mayoritaria (94%) mientras el porcentaje restante quedaría centrado en parámetros redistributivos, con un techo máximo anual, y con recursos destinados siempre a reorientar los balances asistenciales de cada CC.AA., que por definición siempre deben contar con infra o sobre dotaciones de sus medias propias respecto de la medias generales del Estado. En ningún caso parece que deban de instrumentarse fondos para bonificar copagos, excepto en el caso de dependencia grave y severa y si los hubiere.

Constatado lo anterior, todo lo complementable fuera del paquete básico garantizado estándar por niveles de necesidad y que se haya financiado con aportaciones evitables de los usuarios, iguales territoriales, primas comunitarias reguladas, aportaciones autonómicas en priorización de gasto o recargos fiscales 'ad hoc' debieran sustraerse del debate de la cohesión territorial y la igualdad social, que tanto parece enmarañar en este momento las relaciones entre administraciones y entre ciudadanos de distintas CC.AA. La diversidad es inevitable a la vista de la estructura de niveles de compromiso diferentes entre administración central y territorial, o entre la Comunidad y las provincias. Fuera de los servicios esenciales (*core services*), cuya definición no es en sí misma sencilla a la vista de las categorías existentes (somáticas de salud; psico-geriátricas; psiquiátricas; de discapacidades físicas, mentales y sensoriales) y su pluriafectación, el resto de contenidos suelen estar abiertos a

complementariedades diferentes: no tanto en los que se expresan en cuidados médicos y hospitalarios, pero sí en aquellos que tiene que ver con cuidados domiciliarios y de apoyo comunitario (descentralizado en provincias y municipios). Y si se consigue algunas veces la homologación de la prestación, aún queda abierta la disparidad de la práctica, dada la distinta elegibilidad de las condiciones de acceso.

Recomendación: Incentivar desde la AGE la inversión para garantizar equipamientos mínimos para cada CA.AA., por la vía de las subvenciones condicionadas compensatorias a efectos de cubrir el déficit en equipamientos sin penalizar relativamente (vía fondos de cobertura deficitarios excluyentes) a las Comunidades que en su momento hicieron a su cargo los esfuerzos pertinentes a la mejora de sus infraestructuras. Evitar por lo demás los incentivos otorgados desde la administración central a la inversión si no existe capacidad de financiación posterior del gasto corriente por parte de la Comunidad destinataria parece mayormente razonable.

3.5. ALGUNOS ASPECTOS CONCRETOS RELATIVOS A LOS COPAGOS

El copago debería servir tanto para frenar el consumo innecesario como para apoyar a la financiación pública. También para concienciar a la población sobre la necesidad de planificar la financiación de contingencias de este tipo. Se aplicaría fundamentalmente para contingencias que no estuvieran en el “núcleo” de las prestaciones de dependencia o que, estándolo, no tuviesen alternativas o complementos. Hay que admitir, sin embargo, que la definición del núcleo es complicada, y que si éste es demasiado amplio el copago no será efectivo. ***Los cuidados sanitarios, dentro de un caso de dependencia, no deberían estar sometidos a copago, al menos mientras la sanidad en sentido estricto no lo esté tampoco.*** Los servicios complementarios (fuera del núcleo en cualquier caso y quizás otros) ya están por lo general cubiertos por el propio beneficiario, salvo en casos de carencia de recursos. ***Los servicios del módulo hotelero, salvo en caso de carencia de recursos (establecida en función de la renta, cuando el patrimonio sea difícil de estimar), sí deberían ser objeto de copago, pero no los servicios del módulo asistencial.***

No parece justificable que en el marco de una norma que protege las situaciones de dependencia se instrumenten copagos para la gran dependencia; ni tampoco para un mismo núcleo de servicios en cualquiera de los diferentes niveles de cobertura; sí en todo caso para determinadas variantes asistenciales (fuera del núcleo básico, como para el caso de servicios

hoteleros, o substitutivos de los privados en cualquier caso), y en caso de sufragarse éstos públicamente nunca debieran de establecerse sin compensar el esfuerzo del usuario. En este contexto, el copago responde a la señalización de una oferta diversa y tiene como función complementar financiación más que moderar o reducir consumos. ***El copago, por otra parte, debería hacerse a un prestador de servicios de dependencia debidamente acreditado.***

En general, tiene escaso sentido vincular copagos a la situación del usuario y no al servicio prestado. Y menos sentido tiene vincularlo a servicios en sus partes básicas, garantizadas, dependiendo de la renta y patrimonio del usuario que por definición con su renta y su ahorro más han contribuido y contribuyen a su sostenimiento. Por lo demás, parece una discriminación de escaso encuadre universalista y muy alejado de los incentivos al ahorro.

Sin perjuicio de que un sistema futuro de aseguramiento acabe facilitando de manera eficiente la conversión de patrimonios en flujos de renta vitalicia, se recomienda que, en términos generales, cuantos más puntos básicos conformen el baremo, menor penalización de copagos debiera imponerse; cuanta más diferencia entre costes específicos de servicios y tarifas de referencia, más copagos; cuanto más alejado funcionalmente esté el servicio del núcleo garantizado (servicios complementarios) más aportación potencial de usuario; cuanta mayores sean los aspectos utilitaristas y menores los aspectos objetivables de la efectividad diagnóstica y terapéutica de la prestación, mayor aportación esperable por parte del usuario, y finalmente, cuanto más substitutivos sean los servicios de los puramente privados (hoteleros), más copagos se podrían instrumentar.

Ni las rentas de la familia ni de los individuos, diferentes a la pensión, debieran considerarse en el momento de modular el derecho de acceso. Si se identifica la necesidad de servicios y la pensión es insuficiente, el argumento en favor de la financiación con cargo a los contribuyentes debe primar a la penalización del ahorro (rentas de capital o patrimonio). En lo que atañe a la utilización del patrimonio para la financiación de los cuidados de dependencia existen opciones diferentes: (i) No contabilizarlo en el momento de acceso al servicio pero sí en el momento de la donación o herencia, cuantificando el coste de los servicios de los que se ha beneficiado el causahabiente sin haber participado en su financiación. (ii) Considerarlo a efectos de compensar un mejor acceso o igual acceso, o a contenidos de servicios diferenciables.

No parece por lo demás lógico que los evaluadores discriminen negativamente, como susceptibles de grados menores de atención a su necesidad, aquellos beneficiarios potenciales

que adoptaron en el pasado decisiones por su cuenta y riesgo respecto a sus viviendas; se trata de esfuerzos individuales a compensar más que no a discriminar negativamente.

Se recomienda por tanto la generalización del copago sólo para servicios periféricos, a redimir en su caso con el patrimonio legado, o condonando el sector público la deuda, en su falta de pago, para aquellos colectivos de baja capacidad económica.

Cabe constatar también que las actuaciones públicas con efectos de segunda ronda acostumbran a desequilibrar el terreno de juego de la elección individual. La utilización de ayudas condicionadas en su cuantía y destino ofrecen múltiples posibilidades de generar distorsiones en la elección individual (así en el mantenimiento de cuidados informales o en su alternativa institucional). En la medida en que estas son queridas, se ha de fundamentar su efectividad sobre la base de que la ganancia colectiva que suponen, rebasa las disfunciones individuales que provocan: así, entre institucionalizar o no a un dependiente, a la vista del devengo de derechos por contar con ayuda o no de familiares, según convivencia en pareja o en soledad, se disponga de patrimonio nominado o no, se paguen servicios hoteleros no asistenciales de acuerdo al régimen de acceso –crónico sanitario o asistencial–, etc. Son todas ellas distorsiones potenciales que sólo se justifican en la medida que se hayan podido objetivar como deseables y se puedan evaluar en su cumplimiento esperado (efectos de segunda ronda, evitando distorsiones del estilo de las compraventas patrimoniales ficticias, falseamiento de empadronamientos, influencias administrativas, etc.).

Por último, para finalizar, y de modo genérico, se recomienda pensar la reforma de la Ley más a partir de su operativa real y efectiva, a la vista de los objetivos y a tenor de las experiencias derivadas de su desarrollo, que desde la hermenéutica de su articulado.

4. BIBLIOGRAFIA

- Barr, Nicholas. 2010. "Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance." *Social Policy & Administration* 44(4): 359-374. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x>.
- Barriga Martín, Luis Alberto. 2010. Financiación y costes de la ley 39/2006. Aproximación a los costes del SAAD en 2010 y aportación de los financiadores. Observatorio Estatal para la Dependencia.
- Cervera Macià, Montserrat; Herce San Miguel, José A. ; López Casasnovas, Guillem; Rodríguez Cabrero Gregorio; y Sosvilla Rivero, Simón. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Cobo Gálvez, Pablo. 2009. La organización del Sistema para la Autonomía Personal y Atención y a la Dependencia y el despliegue de la Ley 39/2006. Presupuesto y Gasto Público 56/2009: 57-73.
- Comas-Herrera, Adelina, Raphael Wittenberg, y Linda Pickard. 2010. "The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England." *Social Policy & Administration* 44(4): 375-391. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00719.x>.
- Costa-Font, Joan. 2010. "Devolution, Diversity and Welfare Reform: Long-term Care in the 'Latin Rim'." *Social Policy & Administration* 44(4): 481-494. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00724.x>.
- Herrero Sánchez, Cristina; de la Fuente Honrubia, Andrés. 2009. Impacto de la entrada en vigor de la Ley 39/2006 sobre el gasto presupuestario de las comunidades autónomas en el período 2006-2009. Presupuesto y Gasto Público 56/2009: 113-126.
- Hervás Soriano, Fernando (dir.). 2008. La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Ministerio de la Presidencia. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios.
- González López-Valcárcel, Beatriz; Ortún, Vicente. 2010. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A southern European perspective. *J. Epidemiol Community Health*. 2010. Jun 64(6):497-9.
- Hillcoat-Nalletamby, Sarah et al. 2010. "Ageing Populations and Housing Needs: Comparing Strategic Policy Discourses in France and England." *Social Policy & Administration* 44(7): 808-826. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00745.x>.

- Le Bihan, Blanche, y Claude Martin. 2010. "Reforming Long-term Care Policy in France: Private-Public Complementarities." *Social Policy & Administration* 44(4): 392-410. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00720.x>.
- López-Casasnovas, Guillem. 2010. "La sostenibilidad del bienestar generacional". En *El estado del bienestar en la encrucijada: nuevos retos ante la crisis global*. Economi Gerizan, nº18. Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras.
- López Casasnovas, Guillem y del Pozo Rubio, Raúl. 2010: La protección social de los problemas de dependencia en España. Documentos de Trabajo Fundación CASER-CRES nº1, diciembre 2010.
- Montserrat Codorniz, Julia. 2009. La 'tercera vía de financiación': la contribución económica del usuario. *Presupuesto y Gasto Público* 56/2009: 127-143.
- Österle, August. 2010. "Long-term Care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Addressing a 'New' Social Risk." *Social Policy & Administration* 44(4): 461-480. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00723.x>.
- Poveda Roda, Eduardo. 2009. La financiación de la Administración General del Estado para el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. *Presupuesto y Gasto Público* 56/2009: 97-111.
- Rothgang, Heinz. 2010. "Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model." *Social Policy & Administration* 44(4): 436-460. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00722.x>
- Schut, Frederik T., y Bernard Van Den Berg. 2010. "Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands." *Social Policy & Administration* 44(4): 411-435. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00721.x>.
- SER. 2008. Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ [Long-term care assured: about the future of the AWBZ], Publicatienummer 3, The Hague: Social and Economic Council (SER).
- Sosvilla, Simón. 2008. Un análisis estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Colección Estudios Económicos 23-08. Serie Economía Regional. Cátedra Fedea-CajaMadrid.
- Trydegård, Gun-Britt, y Mats Thorslund. 2010. "One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care." *Social Policy & Administration* 44(4): 495-511. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9515.2010.00725.x>.
- Vilaplana Prieto, Cristina. 2009. Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia. *Presupuesto y Gasto Público* 56/2009: 183-204.

