

# Prestaciones económicas versus prestaciones en especie: el resurgir de un viejo debate<sup>1</sup>

## SIIS Centro de Documentación y Estudios

Fundación Eguía-Careaga  
<estudios@siis.net>

Egungo Europako gizarte-zerbitzu sistema gehienetan daude zaintzaren inguruko prestazio ekonomikoak eskuratzeko bideak. Etenik gabeko finkatze honek kezka sortzen du bere hedatzeak, epe luzean, Ongizate Estatuan izan ditzakeen eraginengatik; eta kezagarria da, partikularki, erantzukizun publikoak progresiboki atzera egitearen iragarpen gisara ulertu daitekeen heinean. Artikulu honetan deskribatzen dira eredu desberdinetan hartutako askotariko formulak, eta erakusgai jartzen da eraginaren hedadura mugatzen duela bere sartzeak finkatu izandako helburuen arabera, emandako garrantzia eta diseinuaren ezaugarriengatik. Osagai horiek guztiak oso aldakorak dira Estatu bakoitzaren gizarte-babesaren tradizioaren arabera, gizarte-zerbitzuetako izaera berezitu edota unibertsalaren arabera, eta ezarri edo mantentzen direneko egoera soziopolitikoak ere baldintzatzen ditu.

### HITZ-GAKOAK:

Ongizate Estatua, ereduak, gizarte-zerbitzuak, prestazio ekonomikoak, nazioarteko ikuspegia.

Las prestaciones económicas destinadas a la adquisición de atención están hoy presentes en la mayoría de los sistemas de servicios sociales vigentes en Europa. Este progresivo afianzamiento causa inquietud en relación con el impacto que su extensión pudiera tener, a largo plazo, en la estructura del Estado del bienestar; en particular, preocupa cuanto pudiera conllevar de augurio de un progresivo retranqueamiento de la responsabilidad pública. Este artículo describe la diversidad de fórmulas adoptadas por los diferentes modelos y muestra que la mayor o menor amplitud de su impacto viene determinada por el objetivo perseguido con su introducción, por el peso que se les otorga y por las características de su diseño, elementos, a su vez, fuertemente modulados por la tradición de protección social propia de cada Estado, la naturaleza universal o selectiva de su sistema de servicios sociales, y la coyuntura sociopolítica en la que se implantan y mantienen.

### PALABRAS CLAVE:

Estado del bienestar, modelos, servicios sociales, prestaciones económicas, panorama internacional.

<sup>1</sup> Este artículo se basa en un informe realizado por el SIIS Centro de Documentación y Estudios, a solicitud de la Diputación Foral de Gipuzkoa y terminado a comienzos de 2011.

## 1. Presentación

A lo largo de la última década, el ámbito de la política social y de los servicios sociales ha presenciado, tanto en Europa como en Norteamérica, el progresivo afianzamiento de las prestaciones económicas como vía de acceso a la adquisición de servicios de atención personal formal, o como vía de compensación económica de los cuidados informales. Si bien tuvo su origen entre las décadas de 1980 y 1990, en esa época inicial este fenómeno no había dado muestras de la dinámica extensiva que, sin duda, tiene en la actualidad.

Con carácter general, pueden diferenciarse dos grandes categorías de medidas económicas:

- Un primer grupo está compuesto por las prestaciones económicas atribuidas directamente a los cuidadores informales desde la Administración, bien en forma de compensación económica por la reducción de ingresos derivada de la dedicación a la atención de familiares (prácticamente como un complemento de ingresos mínimos), bien en forma de salario. Aunque anteriores a las medidas comprendidas en el segundo grupo, estas fórmulas están mucho menos difundidas.
- El segundo grupo de medidas está integrado por fórmulas que vienen a ser equivalentes, en mayor o menor grado, a las prestaciones económicas de atención a la dependencia, vigentes en nuestro sistema. Todas ellas tienen en común que: a) sus beneficiarios directos son las personas usuarias, es decir, las personas que necesitan apoyos para las actividades de la vida diaria; y b) se otorgan para que la persona usuaria se encargue de adquirir o compensar con ellas la atención que requiere, prestada, según los casos, por entidades de servicios, cuidadores profesionales autónomos y/o cuidadores informales.

Se articulan como alternativas a la prestación de servicios en especie, es decir, ofrecen la posibilidad de sustituir la atención diseñada, organizada y prestada –directa o indirectamente– desde los servicios sociales públicos por la atención diseñada, organizada y contratada por la propia persona usuaria, dotándola para ello de medios económicos que puede utilizar para contratar los apoyos requeridos, prestados por las entidades o los cuidadores de su elección. Para hacerlo, los sistemas vigentes optan unas veces por prestaciones económicas en sentido estricto, es decir, cuantías concedidas en metálico a la persona beneficiaria, y otras veces por una asignación económica individual en un presupuesto o fondo personal o individual, expresado en horas de apoyo y/o en cuantía económica.

En el ámbito internacional, este conjunto de medidas obedecen a la filosofía de la ‘atención dirigida por la persona usuaria’, integrada en los sistemas de servicios sociales bajo diferentes denominaciones: unas referidas a los instrumentos que articulan sus varian-

tes –*individual funding, personal budget, direct payment*–; otras, con mayor fuerza expresiva, referidas al protagonismo de la persona usuaria –*consumer-directed care, self-directed support, self-managed care*–. Muchos sistemas las han introducido, aunque en grado muy variable y, como se verá, respondiendo a muy diversos objetivos. Con el fin de abarcar esa variedad, se incluye en el análisis una selección de países que obedece a dos criterios:

- Por un lado, la necesidad de observar nuestra realidad más cercana –la europea–, tratando de recoger ejemplos suficientemente representativos y documentados de la gran diversidad existente en el diseño y la articulación de las fórmulas de asignación económica individual: Suecia, como ejemplo del modelo nórdico; Alemania, Austria, Francia y Holanda, como ejemplos del modelo continental; Reino Unido (y más específicamente, Inglaterra), como ejemplo del modelo anglosajón.
- Por otro lado, el interés de contrastar esta realidad con la existente en Estados Unidos, habida cuenta del carácter a veces muy novedoso de las diferentes iniciativas estatales y federales en esta materia, y de una labor evaluadora de su aplicación y de su impacto, considerablemente más desarrollada que en cualquier país europeo.

En el Cuadro 1, se señalan las fórmulas económicas vigentes en cada uno de los países seleccionados.

**Cuadro 1. Prestaciones económicas y fondos individuales asignados a la persona usuaria para la adquisición de atención**

País	Denominación
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración ( <i>Pflegegeld</i> )
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración ( <i>Pflegegeld</i> )
	Fondos personales ( <i>Persönliches Budget</i> )
Francia	Prestación personalizada de autonomía ( <i>Allocation personnalisée d'autonomie, APA</i> )
	Prestación compensatoria de la discapacidad ( <i>Prestation de compensation du handicap</i> )
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración ( <i>Persoonsgebonden budget</i> )
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria ( <i>Direct Payment</i> )
	Fondo personal ( <i>Personal Budget</i> )
Suecia	Prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad ( <i>Assistansersättning</i> )
	Prestación económica de apoyo en el domicilio para personas mayores ( <i>Anhörigbidrag</i> )
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona ( <i>Consumer-directed care programs</i> )

**Fuente:** Elaboración propia a partir de SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011, pág. 14.

Este artículo se centra en las medidas de este segundo grupo, no sólo porque son las que se encuentran en plena expansión, sino, sobre todo, porque son las que más abiertamente plantean los términos de un debate que contraponen prestaciones económicas a prestaciones de servicios, actualizando así un viejo duelo entre el modelo liberal y el modelo socialdemócrata de protección social.

Dados estos antecedentes, la introducción de fórmulas de asignación económica individual tiene, al margen del peso que realmente adquieran en cada Estado, un fuerte contenido simbólico. De ahí que el renovado interés por su aparición observado a lo largo de las dos últimas décadas haya despertado, tanto en Europa como en Norteamérica, tensas controversias –de corte teórico, ideológico y de práctica administrativa– con respecto al impacto que, a medio y largo plazo, pudiera tener en la estructura del Estado del bienestar y en los equilibrios entre sus principales agentes: el Estado, como representación de lo público; el individuo y la familia, como representación de la esfera privada; las organizaciones sin ánimo de lucro, como representación de la sociedad civil solidaria; y las organizaciones con ánimo de lucro, como representación del mercado.

En el marco de ese debate, las argumentaciones analizan estas tendencias en términos de modelo y de sistema y, desde esta óptica, adoptan un enfoque global: proyectan el impacto de las nuevas fórmulas si su aplicación se generalizara; su coherencia con los diferentes modelos de bienestar; su impacto a largo plazo en relación con la supervivencia del propio sistema; su impacto en el reconocimiento social de la función cuidadora y de las y los profesionales de asistencia y atención personal; y su impacto en el futuro de las y los cuidadores informales, en la medida en que se teme el progresivo engrosamiento de un colectivo que, a medio o largo plazo, dadas las bajas remuneraciones, pasará a engrosar las filas de la población en situación de precariedad económica.

Es cierto que, visto el peso todavía muy relativo de las prestaciones económicas en los sistemas de servicios sociales, el hipotético panorama de su generalización puede parecer lejano o incluso poco probable<sup>2</sup> y, por lo tanto, los términos del debate, innecesariamente alarmistas; pero pueden explicarse, además de por la rápida extensión y el acusado crecimiento de estas prestaciones, por su tremendo potencial de cambio, que si bien en algunos genera esperanzas, en otros muchos genera, sin duda, temores. Es un hecho innegable que esta nueva vía lleva aparejada la carga propia de los cambios que abren la puerta a un giro en la filosofía de la atención y, como tal, despierta la necesidad de mantenerse alerta, de prevenir y

<sup>2</sup> En contraposición con esa percepción general, en algunos países, se empieza a vislumbrar como posible. Así, en el Reino Unido, los fondos individuales se encuentran ahora disponibles para todos los colectivos y las administraciones tienen, desde 2001, la obligación de proponer esta alternativa a todas las personas con necesidades de cuidados de larga duración que cumplan los requisitos de acceso al sistema público.

velar por sus posibles consecuencias<sup>3</sup>, abogando así, lógicamente, en contra de una adopción mimética e irreflexiva de estas medidas.

Por otra parte, para situarse en el debate, interesa no perder de vista que la introducción de las prestaciones económicas es el resultado de un complejo proceso en el que se dio la convergencia de una serie de factores reflejados en valores y en estrategias organizativas de la atención, y que, como se verá en el siguiente apartado, esta convergencia se dio, casi simultáneamente, en países de muy distinto corte ideológico y de muy distinta tradición de protección social: el contexto nacional en el que se inscriben es el que determina su verdadera naturaleza, su potencial y sus riesgos. La finalidad última de las fórmulas de asignación económica individual, su peso en el sistema y, en definitiva, su impacto en el modelo de bienestar vienen moduladas por la tradición de protección social propia de cada Estado, la naturaleza universal o selectiva de su sistema de servicios sociales, el marco político-administrativo que las establece o promueve, y las corrientes y movimientos sociales que las generan y dinamizan. De tal suerte que hay países que instrumentan estas alternativas con unos objetivos claramente centrados en la reducción de costes y orientados al progresivo retranqueamiento de lo público, y países que realmente las introducen con el fin principal y último de favorecer el ejercicio del derecho de elección de las personas usuarias y de contribuir a la modernización del Estado de bienestar, sin pretender ningún debilitamiento del modelo de responsabilidad pública.

Tampoco debe olvidarse que, en su configuración actual, los sistemas prestacionales son muy jóvenes y se ven sujetos a continuos cambios. De hecho, en su mayoría son el resultado de diferentes intentos y sucesivas reformas –algunas de ellas en curso actualmente– orientadas bien a mejorar el grado de consecución de los objetivos marcados, bien a corregir determinadas tendencias evolutivas, bien a abrir nuevas alternativas para descubrir o estimular el potencial de estos instrumentos o, al revés, para frenar un atractivo que, en función del grado de implantación, de la mayor o menor generalización de su aplicación, puede tener, a medio o largo plazo, consecuencias no deseadas para el conjunto del sistema.

## 2. El contexto para el surgimiento de las fórmulas de asignación económica individual

Como ya se ha apuntado, aunque con antecedentes en décadas previas, fueron los años noventa los que marcaron, si no la aparición, sí el progresivo

<sup>3</sup> De hecho, algunos teóricos, de ambas tendencias, han llegado a señalar que es un concepto que, en sí mismo, podría suponer, para los sistemas de servicios sociales, un giro de magnitud similar a la que, en su momento, representó el paso de un modelo institucional a un modelo comunitario.

afianzamiento, en las políticas sociales de atención a la dependencia, de una vía hasta entonces poco transitada: la articulación de fórmulas de asignación económica individual para la adquisición de cuidados como alternativa a la prestación de servicios en especie. La cuestión es de dónde surgió la necesidad de introducirlas y en qué marco se produjo su introducción; a este respecto, interesa primero situar el contexto general en el que se inscribe, para después ver cómo, partiendo de realidades no excesivamente distantes, los modelos afectados adoptaron vías muy diferenciadas en función de sus finalidades prioritarias y de los fundamentos básicos de su modelo de protección social.

## 2.1. El contexto general

Sin perjuicio de la diversidad de los contextos nacionales, en el panorama internacional de finales de la década de 1980 y durante los años noventa se observa una serie de circunstancias comunes que, si bien no siempre están presentes con la misma intensidad, actuaron como vectores de convergencia que explicitaban una crisis del modelo de bienestar concebido y construido desde mediados del siglo XX, y forzaban a la búsqueda de soluciones que permitieran reajustarlo y modernizarlo:

- La crisis del modelo se identificó, en el discurso crítico del momento, con el fracaso del sector público para garantizar un sistema de atención social capaz de:
  - Asumir realmente la extensión de su intervención al conjunto del espectro social y rebasar el núcleo de colectivos desfavorecidos que, tradicionalmente, habían constituido el sujeto de atención de los servicios sociales.
  - Adecuarse a una situación de intensificación y renovación de las necesidades sociales y, especialmente, hacer frente a la proliferación de situaciones que no podían resolverse sólo con el arsenal clásico de medidas de protección social, constituido fundamentalmente por prestaciones económicas asistenciales y por un rígido y no muy desarrollado sistema de atención directa de corte institucional. En efecto, las previsiones de una evolución poblacional marcada por el envejecimiento demográfico, unidas a las previsiones de menor disponibilidad de una red natural de atención afectada por el impacto de las nuevas estructuras familiares, la creciente inclusión de la mujer en el mercado laboral y la movilidad geográfica asociada a un mercado laboral inestable, cada vez más orientado a la flexibilidad, determinaban que los nuevos riesgos sociales requirieran el desarrollo de un sector de atención hasta entonces residual, el de la prestación de servicios sociales personales<sup>4</sup> no institucionales, a partir de entonces

destinado a constituir un área esencial de las políticas de protección.

Ésta era una crisis tanto organizativa –que las voces más críticas atribuían a la rigidez y a los imperativos administrativos asociados a la prestación pública de servicios–, como financiera –centrada en la dificultad de sostener económicamente la prestación pública de servicios sociales ante la creciente demanda de servicios–. Esta necesidad entraba en contradicción con los límites presupuestarios y fiscales, pero también con lo que se percibía como una excesiva burocratización de los modelos vigentes, de modo que se consideró necesario buscar nuevas vías organizativas que hicieran viable la expansión del sistema y que permitieran:

- reducir los gastos de funcionamiento, mediante una utilización más eficiente, eficaz y racional de los recursos disponibles;
- incrementar los recursos económicos destinados a la prestación de servicios sociales personales, para garantizar su capacidad de respuesta a las previsiones poblacionales;
- regular el acceso al sistema público de servicios sociales para dar contenido al derecho de las personas en situación de necesidad y evitar la discrecionalidad hasta entonces vigente;
- diversificar la gama de servicios disponibles, para favorecer el paso de un modelo marcadamente institucional a un modelo comunitario y para reforzar la existencia de soluciones de carácter preventivo que retrasasen o evitasen el recurso a soluciones más costosas.

Simultáneamente a la crisis administrativa y financiera del modelo, se estaba produciendo un movimiento de fondo en la población atendida, a resultados del cual se fue imponiendo una corriente que, desde un enfoque de justicia social y de reconocimiento de derechos, defendía el establecimiento de un sistema de atención centrado en la persona usuaria y en la promoción de su autonomía, su libre elección y de su autodeterminación.

Un actor esencial en este proceso fue el movimiento de vida independiente que, desde los años setenta, había surgido con fuerza, primero en Estados Unidos, y más tarde en Europa, en particular en los países nórdicos y en el Reino Unido. Este movimiento, muy anclado en la defensa de un modelo social de discapacidad (por contraposición al hasta entonces imperante modelo médico), promovido por las organizaciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad –especialmente por adultos jóvenes con discapacidad física–, ejerció fuertes presiones y lideró una reivindicación básica

se utiliza para referirse a muy diversas realidades, por ejemplo, como sinónimo de política social, protección social, o asistencia social. Para evitar confusiones, la expresión más consensuada a escala europea para aludir a lo que en nuestro ámbito conocemos como servicios sociales es la de ‘servicios sociales personales’.

<sup>4</sup> En el ámbito europeo el término ‘sistema de servicios sociales’

para ese colectivo: el derecho a vivir de forma independiente, fuera del marco institucional, adoptando sus propias decisiones en relación con su forma de vida, y también en relación con las alternativas de atención y apoyo que pudieran necesitar para llevar una vida autónoma. Progresivamente, se unieron a esta corriente las voces de otros colectivos, como manifestación generalizada de un cierto descontento con el funcionamiento de un sistema que estimaban excesivamente rígido.

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

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

- Para los sistemas de corte liberal, este reforzamiento de la dimensión individual encajaba muy bien con los planteamientos de mercado, en los que éste se caracteriza por ofrecer alternativas diversas y es el consumidor quien elige la fórmula que más le conviene, que mejor responde a sus necesidades y preferencias.

- Para los sistemas de corte socialdemócrata, esta nueva concepción era una vía de modernización de los sistemas, una oportunidad de mejorar la convivencia entre la Administración y la colectividad y, en última instancia, de garantizar la pervivencia de un sistema de acción colectiva. En su marco, la modernización se presenta como una respuesta necesaria a un público cada vez más demandante y cada vez más competente en su demanda.

En ese contexto, muchas administraciones consideraron que había que responder a este conjunto de necesidades y demandas con una reorganización de los sistemas de servicios sociales. Pero las medidas adoptadas con ese objetivo no obedecieron a un plan coherente y estructurado de reforma, sino más bien a un proceso de progresiva adaptación a los problemas y a las necesidades. Lo primero que se hizo, en grados muy variables según los contextos nacionales, fue abrir el ámbito de los servicios sociales personales, hasta entonces dominado por el sector público y, en algunos países, por el sector privado no lucrativo, a las entidades mercantiles, es decir, al ánimo de lucro, lo cual era un cambio drástico en este sector de la acción pública. Esta estrategia perseguía diversos fines:

- ampliar la oferta de servicios, es decir, la capacidad de la red de atención;
- aumentar la diversidad en la gama de servicios, requerida para posibilitar la personalización de la atención y el ejercicio efectivo del derecho de elección;
- aumentar la competitividad entre unos y otros agentes, con el fin de disminuir los costes.

Se modificaron así los equilibrios existentes hasta entonces entre los diferentes sectores, con un progresivo incremento en la prestación de servicios desde el sector privado, tanto desde las entidades mercantiles como desde las organizaciones no lucrativas. Esto ocurrió en la mayoría de los países europeos, si bien con marcadas diferencias de intensidad y orientación (incluso en los países nórdicos empezó a desarrollarse un tercer sector de acción social hasta entonces prácticamente inexistente).

En coherencia con esa expansión, se intensificó la intervención de la Administración en funciones a las que, hasta entonces, no se había dedicado o sólo escasamente:

- Funciones de regulación de los estándares de atención. En efecto, la necesidad de extender la cobertura de la red de atención para dar respuesta a las crecientes necesidades requería la introducción de mecanismos destinados a garantizar la disponibilidad de servicios sociales y la equidad en el acceso a éstos, y ello llevó a la definición de niveles mínimos obligatorios de prestación y, en contrapartida, al establecimiento

de una serie de requisitos de acceso a los diferentes servicios, lo cual fue el primer paso hacia un progresivo reconocimiento formal de derechos, en particular en el ámbito de los cuidados de larga duración.

- Funciones de autorización, concertación, homologación e inspección de servicios.

Se constituía así un nuevo ámbito de relaciones entre lo público, el tercer sector y el sector mercantil, habitualmente referido en términos de economía mixta del bienestar, que conllevaba la creación de un ámbito de prestación de servicios cercano al mercado (*quasi-market*), que se tradujo en nuevos modos de funcionamiento y relación, reflejo de un progresivo acercamiento a lo privado:

- Así, en algunos países, se implantaron en los servicios, incluso en los de gestión pública, las directrices del *new managerialism*, que trajo consigo la utilización de nuevos procedimientos de evaluación de costes y resultados, importados de modelos propios del sector empresarial y centrados en la gestión por objetivos, lo que traslucía una clara modificación de los principios de actuación y regulación de los servicios públicos.
- En las relaciones entre la Administración y el tercer sector de acción social, se pasó progresivamente de un sistema basado en la concesión de subvenciones globales, que dejaba mayor libertad a las organizaciones sin ánimo de lucro para idear y organizar servicios innovadores de carácter experimental, a un sistema de corte casi contractual entre el sector público y los agentes del tercer sector, que suponía una mayor regulación o formalización de las relaciones entre ambos.
- Simultáneamente, también se fue extendiendo la contratación de la prestación de servicios de responsabilidad pública con entidades privadas, por la vía del concurso, al que podían presentarse tanto las entidades mercantiles como las organizaciones sin ánimo de lucro, en condiciones idénticas, es decir, quedando sujetas a las reglas de la competencia.
- En algunos países, empezaron a aparecer nuevos sistemas de financiación que contribuyeron decisivamente a la creación de un mercado privado de servicios sociales, mediante la introducción de medidas destinadas a implicar e incentivar a operadores especializados del mercado (por ejemplo, compañías de seguro), produciéndose así un giro hacia lo que se conoce en la literatura especializada como la 'privatización de la financiación'.

Este conjunto de medidas fue una forma de dar respuesta a algunas de las necesidades y de las demandas antes mencionadas; en particular, favoreció la ampliación de la red de servicios y una mayor variedad en la gama de alternativas de apoyo disponibles, pero dejaba sin resolver algunos frentes clave:

- La demanda de autodeterminación de algunos colectivos que, desde la defensa del derecho a la igualdad de oportunidades, exigían, más allá de una participación activa en el diseño de su plan de atención, una total asunción, por sí mismos, sin intermediarios, de las funciones de diseño, contratación y organización de los apoyos personales que mejor pudieran responder a sus necesidades y preferencias, abogando, con ese objetivo, por la puesta en marcha de un sistema que les dotara de medios económicos suficientes destinados a la adquisición de esos apoyos.
- La existencia de una red informal de atención, poco reconocida y escasamente apoyada, con la salvedad de algunos servicios de formación y respiro que, si bien eran indispensables, no eran suficientes y no constituían una solución al riesgo real de debilitamiento de la red natural.
- El progresivo desarrollo de una economía sumergida en los domicilios, que dejaba al margen de cualquier control público tanto la situación de las personas atendidas como la de los cuidadores profesionales a domicilio.
- Las previsiones de crecimiento del gasto público asociadas al mantenimiento y la ampliación de la red formal de servicios.

Pues bien, la introducción de las prestaciones económicas para la adquisición de servicios de atención personal fue la vía de respuesta a estas cuestiones pendientes:

- Posibilitaban la intervención de la persona usuaria en el diseño de la asistencia personal requerida, en su organización y en la contratación de la o las personas o servicios que pudieran tomar parte en la prestación de esos apoyos.
- Permitían la retribución o la compensación económica a los cuidadores informales, lo que podía contribuir a la retención de la red informal, a su sostenimiento y a su futura renovación.
- Permitía aflorar situaciones laborales irregulares si se condicionaba la posibilidad de utilizar la prestación económica o el fondo personal para retribuir a un cuidador profesional a su contratación laboral.
- Auguraba, según todas las previsiones, una vía de contención del gasto.

Se daba así, con la introducción de las fórmulas de asignación económica individual, un paso más claro todavía que los anteriores hacia un mayor protagonismo de lo privado y, previsiblemente, hacia un debilitamiento de lo público.

## 2.2. Los contextos nacionales

El contexto general de introducción de las prestaciones económicas es el que se acaba de describir, pero el peso de los diversos factores que marcaron ese

contexto y la combinación de objetivos perseguidos difiere tanto entre unos y otros países que determinaron orientaciones muy diversas en los modelos, aunque finalmente se instrumentaran a través de un mismo tipo de medida.

En los países que fueron pioneros en la aplicación de estas fórmulas, el telón de fondo estaba dominado por la presión que ejercían los colectivos de defensa y promoción de los derechos de las personas con discapacidad. Ése fue el caso, primero, en Estados Unidos, donde, en la década de 1970, surgió el movimiento de vida independiente. Como ya se ha dicho, este movimiento lideró una reivindicación básica: la de dotar a las personas con discapacidad de medios económicos suficientes para la adquisición de apoyos personales necesarios para llevar una vida independiente. Esto se tradujo en la aparición de toda una serie de iniciativas caracterizadas por el protagonismo otorgado a la persona usuaria en la selección y contratación de su o sus asistentes personales, en la definición de las tareas de apoyo y en la organización de sus horarios.

En Europa, los dos primeros países en los que se observó, con fuerza, la influencia del movimiento de vida independiente fueron, prácticamente en la misma época, Suecia y el Reino Unido. En Suecia, las primeras voces del movimiento de vida independiente se oyeron a comienzos de los ochenta, cuando un pequeño grupo de personas con discapacidad, inspiradas por el éxito y la fuerza de las iniciativas norteamericanas, lanzó el debate, oponiéndose a la tutela de los servicios de carácter colectivo y reivindicando el derecho a disponer de medios económicos suficientes para organizar por sí mismas servicios mejor adaptados a sus necesidades y preferencias individuales, y más respetuosos de su autonomía. Al principio, la idea chocó contra la viva oposición de los servicios sociales –que consideraban que era una fórmula elitista–, la de la izquierda –que veía en esta alternativa una forma de privatización totalmente contraria al modelo sueco de bienestar–, la de los sindicatos –que temían la explotación de los profesionales de asistencia personal– y la de las asociaciones de usuarios de corte más tradicional –que abogaban por una extensión de la cobertura y de la diversidad de la red de servicios existente–. Siendo ésas las primeras reacciones, durante los primeros años sólo algunos municipios optaron por esta vía y dieron su apoyo económico a algunas iniciativas de esta naturaleza, pero, para el año 1993, el movimiento había alcanzado tal fuerza que, rompiendo con la tradición sueca de las leyes marco aplicables al conjunto de la ciudadanía, se aprobó una ley sectorial, la Ley sobre Apoyo y Servicios a Personas Afectadas por Incapacidades Funcionales (Lag 1993:387 om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS), que impuso a las administraciones locales la obligación de garantizar a estas personas unas condiciones de vida dignas, ofreciéndoles el apoyo y la ayuda que requirieran, pero también la posibilidad real de participar directamente en las decisiones sobre los tipos de servicios ofrecidos. La medida faro de este

dispositivo era la asistencia personal, que se definía como un apoyo individualizado para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (incluida la comunicación), que debía estar disponible en todo momento para garantizar realmente la posibilidad de llevar una vida autónoma, y en cuya articulación debía garantizarse que la persona con discapacidad pudiera tomar parte activa en la elección de sus asistentes personales, en la definición de sus horarios y de los tipos de apoyo requeridos.

En el Reino Unido, las cosas empezaron a moverse a mediados de los ochenta por la confluencia de dos importantes factores:

- Por un lado, la llegada, procedente de Estados Unidos, del movimiento de vida independiente, con su defensa de una posición más activa y autónoma para las personas con discapacidad. Aquí también, su deseo era que las personas con discapacidad pudieran elegir la forma en que deseaban ser atendidas y ejercer un control directo sobre la atención que recibían, y para ello proponía la introducción de un sistema de prestaciones económicas. Inicialmente, las principales dudas u objeciones que planteaba esta cuestión se centraron en si las prestaciones económicas eran o no eficientes en términos de coste y en las dificultades asociadas a la responsabilidad sobre el uso de fondos públicos que, por estas vías, quedaba diluida. Los muy positivos resultados de la evaluación de las experiencias desarrolladas a escala local y la constatación del nivel de satisfacción de sus usuarios en comparación con el de quienes acudían al sistema por la vía tradicional, así como, sobre todo, las conclusiones de un estudio encargado en 1994 por el British Council of Disabled People –que comprobó que esta vía resultaba, de media, entre un 30% y un 40% más económica que la organización de la prestación de servicios en especie– calmaron los ánimos y fueron decisivas para la introducción formal de las prestaciones económicas.
- El segundo factor determinante de la introducción de estas fórmulas fue la normativa reguladora de la atención comunitaria de 1990, que puso el énfasis en la necesidad de promover las posibilidades reales de elección para las personas usuarias y, en consecuencia, defendió una mayor diversidad en la red de servicios y en las formas de atención y, sobre todo, promovió la permanencia en el domicilio.

Sobre esta base, seis años más tarde, la Community Care (Direct Payments) Act de 1996, otorgaba carta de naturaleza a las prestaciones económicas para la adquisición de cuidados, ofreciendo a las administraciones locales, competentes en materia de servicios sociales, la posibilidad –no la obligación– de ofrecer a las personas con discapacidad una prestación económica (*direct payment*) en sustitución de la oferta de servicios en especie.

Con el tiempo, la fórmula ha evolucionado en muchos aspectos: en forma, pasando de ser una prestación económica a integrarse en fondos personales; en ámbito, extendiéndose, en el año 2000, a todos los colectivos; y en 'imperatividad', pues hasta 2001 su aplicación o su propuesta a las personas usuarias dependía de la discrecionalidad de las administraciones locales, pero a partir de esa fecha se les impuso la obligación de ofrecer a todas las personas a las que la valoración de necesidades de los servicios sociales municipales abriera el acceso a los servicios comunitarios la posibilidad de hacerlo por la vía de la prestación económica, en lugar de hacerlo por la vía de la prestación en especie.

En los países continentales –y sin perjuicio de que, en algún caso, también pudieran jugar un importante papel factores como la promoción de la autonomía y del derecho de elección, y la permanencia en el domicilio–, los factores determinantes de la introducción de las fórmulas de asignación económica individual tuvieron más que ver con la composición de la red de atención: con la red de atención formal, para compensar sus insuficiencias; con la red de atención informal, bien con el fin de retener a la red natural y de promover la asunción de funciones de atención en el marco familiar, bien con el fin de formalizar situaciones de trabajo que tendían a desarrollarse en el marco de la economía sumergida.

Así, en Austria, la introducción de la prestación económica, como elemento nuclear del sistema de cuidados de larga duración creado en 1993, obedeció a tres objetivos estratégicos básicos:

- favorecer la permanencia en el domicilio habitual;
- proporcionar un incentivo económico a la atención informal en el entorno familiar, dada la marcada insuficiencia de la red formal de servicios de asistencia domiciliaria y de asistencia personal;
- contener el gasto público dedicado a la atención de las personas con necesidades de cuidados de larga duración.

En Alemania, la prestación económica, enmarcada en el seguro de cuidados de larga duración que, desde 1995, se constituye en el quinto pilar de la Seguridad Social, y que se destina, sobre todo, a la adquisición de cuidados de ayuda a domicilio o asistencia personal, preferentemente prestada por cuidadores familiares, se introdujo con objetivos básicos muy similares a los austríacos:

- facilitar la permanencia en su domicilio de las personas con necesidades de cuidados de larga duración;
- garantizar la protección social de los cuidadores familiares informales, con la doble finalidad de reconocer su contribución y de incentivar la asunción de este tipo de funciones;
- compensar la insuficiencia de la red de servicios para responder a las necesidades de atención y promover su extensión;

- promover la competencia entre proveedores de servicios, con el fin de reducir los costes.

En Holanda, la prestación económica se sumó, en 1995, al sistema de cuidados de larga duración y, desde entonces, se ha conformado en uno de sus elementos constitutivos. Inicialmente, la prestación se diseñó para posibilitar sólo la contratación, por parte de la persona dependiente, de cuidadores profesionales o de servicios formales de asistencia domiciliaria, con el fin de diversificar y ampliar la red de servicios y de generar empleo; fue la presión social la que llevó, en 1997, a hacer posible la utilización de la prestación económica para compensar económicamente al cuidador familiar.

Éstos también fueron los principales objetivos perseguidos por el modelo de dependencia introducido en Francia, tanto por la prestación de autonomía para las personas mayores dependientes como por la prestación compensatoria de la discapacidad: compensar la insuficiencia de la red de servicios y, a la vez, generar 'empleos de proximidad', mediante una prestación económica que garantizaba la rentabilidad de la formalización de muchas actividades desarrolladas en los domicilios en el marco de la economía sumergida.

En realidad, la mayoría de los objetivos mencionados –promover la autonomía y el derecho de elección, favorecer la permanencia en el domicilio, diversificar la red de servicios, compensar su insuficiencia, aflorar situaciones de economía sumergida y crear empleo, retener a la red informal, y contener el gasto público– están presentes, en mayor o menor medida, en todos los sistemas. La diferencia entre unos y otros países estriba en el peso que los distintos objetivos tuvieron realmente, en lo determinantes que fueron para optar por estas vías.

La diferencia también está, por supuesto, en la importancia que se otorgó en cada caso al objetivo de contención del gasto. Fue decisivo en muchos países en los que estas fórmulas se vislumbraban como alternativas de atención más baratas que la prestación de servicios en especie: fue determinante en el Reino Unido, pero también había tenido mucho peso en Estados Unidos, y lo tuvo, más tarde, en el diseño del modelo de seguro que se puso en marcha en Alemania en 1995. Con posterioridad, este objetivo económico ha adquirido protagonismo en países en los que no actuó como principal propulsor del cambio. La única excepción, hasta ahora, ha sido Suecia, en donde el modelo de asistencia personal, sólo destinado a personas con discapacidad, está económicamente muy bien dotado y alcanza costes elevadísimos, pero no es imposible que esto cambie, porque estos costes han sido ya objeto de duras críticas por parte del Tribunal de Cuentas del país nórdico y es posible que esto augure una próxima reforma.

### 2.3. La orientación de los modelos

Las finalidades principales para la introducción de las prestaciones económicas no siempre fueron las mismas, ni tampoco lo fue la orientación general con la que se han ido desarrollando. Su distinta evolución revela la muy distinta utilización y las muy diversas utilidades que pueden darse a un mismo instrumento. Al margen de las diferencias específicas y del volumen o el peso real que tienen, de momento, en los diferentes sistemas, se observa, en los modelos filosóficos defendidos, en las estrategias aplicadas y, sobre todo, en el mayor o menor potencial que ven en la generalización de estas medidas, una línea divisoria clara entre dos orientaciones básicas.

La orientación más firmemente favorable a las prestaciones económicas que, sobre todo, ve en estas vías una solución posibilista ante las previsiones de crecimiento del gasto público en cuidados de larga duración, y una alternativa que, basada en la promoción de la autonomía y del derecho de elección, parece generar mayor satisfacción en las personas usuarias que las fórmulas tradicionales de acceso a la prestación de servicios en especie. Los países que se suman a esta orientación tienden a generalizar estas fórmulas:

- Las aplican a los diferentes grupos de población con necesidades de apoyo personal para la realización de las actividades de la vida diaria: personas con discapacidad (física, sensorial e intelectual), personas mayores y personas con enfermedad mental, principalmente.
- Permiten su utilización para la adquisición de una gama amplia de servicios, unas veces al conjunto de los servicios comunitarios –domiciliarios, diurnos, nocturnos, de respiro, etc.–, otras incluso a los de carácter residencial.

Esta orientación se observa principalmente en dos tipos de sistemas: los que ponen mucho énfasis en las fórmulas de asignación económica individual como instrumento de autonomía de los usuarios y de contención del gasto –por ejemplo, Reino Unido, pero también Estados Unidos y Holanda – y los que disponen de una red formal de servicios muy poco desarrollada y que utilizan estas prestaciones para compensar esta insuficiencia –es el caso, sobre todo, en algunos países europeos continentales, como Austria y Francia–. Con su nueva fórmula de planes personales, Alemania, que en su modelo inicial –todavía vigente– optaba por una introducción modesta de estas vías tanto en su cuantía como en su ámbito de actuación, parece cambiar de rumbo y alinearse con sus vecinos.

En contraste con esa orientación, está la opción de los países en los que la introducción de estas fórmulas respondió, y sigue respondiendo, casi exclusivamente a los deseos de autonomía, autodeterminación y empoderamiento manifestados por los colectivos de personas con discapacidad. Son siste-

mas también con una fuerte tradición de protección social universal, que cuentan con una red formal de servicios sociales muy amplia y que, globalmente, defienden un sistema de prestación en especie frente a un sistema de prestaciones económicas. Los países nórdicos son el claro exponente de este posicionamiento, como se observa claramente en el modelo sueco. Desde esta visión, las fórmulas de asignación económica individual, muy desarrolladas y generosas en el ámbito de la discapacidad a través de las prestaciones económicas de asistencia personal, son totalmente residuales en relación con los demás colectivos, y se aplican sólo con carácter excepcional.

### 3. Características básicas de los diferentes sistemas prestacionales

La orientación general por la que optan unos y otros países, y las razones de su elección, tienen un claro reflejo en las características de los modelos prestacionales que han diseñado e implementado. Veamos las principales.

#### 3.1. La naturaleza optativa u obligatoria de las medidas

Las fórmulas de asignación económica individual son una forma de ejercer un derecho. De hecho, en buen número de casos estas fórmulas constituyen, para la persona usuaria, una opción frente a la alternativa tradicional de acceder a los servicios en especie que los servicios sociales públicos consideren más idóneos, y la disyuntiva de orientarse hacia una u otra fórmula –o, incluso, hacia una combinación de ambas– se plantea una vez que los resultados de la valoración abren el acceso al sistema. En algunos casos, sin embargo, el acceso a la fórmula de asignación económica individual no se da como opción entre dos alternativas de ejercicio de un derecho, sino que constituye la forma primera y única de ejercicio de ese derecho: es el caso en Austria, en Francia, y en Suecia en el caso de la prestación económica para asistencia personal a personas con discapacidad cuando la necesidad de apoyo supera las veinte horas semanales.

#### 3.2. Las modalidades

Las medidas prestacionales para la adquisición de atención pueden articularse en dos modalidades:

- La concesión en forma de prestación económica es la más habitual: es la opción de Austria, Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia.
- Los fondos personales –traducción aproximada de lo que, en el ámbito internacional, suele recogerse bajo la denominación de *personal budget* o *individual budget*– se dan en Estados Unidos, Holanda y Reino Unido, y suelen valorarse en horas de atención, diferenciando a veces los dife-

rentes tipos de atención requeridos. En Estados Unidos, lo más habitual es que esa valoración en horas y en tipos de apoyo no se traduzca en una valoración económica: la persona contrata a los cuidadores, los servicios y las adaptaciones que desee, siendo la Administración quien se encarga de abonar el coste de unos y otros apoyos directamente al proveedor, sin que medie la concesión de ninguna prestación económica a la persona usuaria. En los últimos años, no obstante, a partir de algunos proyectos de carácter experimental, se está extendiendo la posibilidad de asignar el fondo en forma de prestación económica a la persona usuaria, para que sea ella quien, directamente o a través de un asesor, se encargue del conjunto de las gestiones de diseño, contratación y organización de la atención.

En Europa, es Holanda el país representativo de la modalidad de fondos personales. Desde su introducción en 1995, adopta esta forma: se valoran las necesidades de la persona usuaria y si de dicha valoración se concluye que la mejor alternativa es la permanencia en el domicilio, se le asigna un fondo personal de atención valorado en horas. La persona beneficiaria puede optar entre acceder a los servicios en especie, es decir, a los servicios a los que le orienten los servicios sociales, o solicitar su cobro en metálico, y en este caso, queda en su mano la organización de los apoyos que requiere. Una tercera opción es combinar las dos alternativas anteriores, accediendo en parte a servicios en especie, y en parte a la cuantía en metálico.

Otros dos países europeos están ensayando fórmulas similares a la holandesa en su diseño. El Reino Unido inició esta tendencia en 2006, cuando, en su libro blanco sobre servicios comunitarios (Department of Health, 2006), el ejecutivo anunció su deseo de introducir en el sistema de prestaciones económicas la modalidad de fondos individuales y lanzó poco después trece proyectos piloto en diferentes municipios. En la actualidad, siguen extendiéndose.

En el modelo británico, la estructura de un fondo obedece a la idea de *pool* de financiación, consistente en reunir en un fondo único, de carácter individual, las cuantías a las que cada persona tendría derecho en los diferentes servicios y prestaciones públicas. Desde su introducción, se han barajado dos modalidades:

- El fondo personal (*personal budget*) consiste en la asignación a la persona de un importe equivalente a la suma de las cuantías que la Administración le destinaría desde los servicios sociales para atender sus necesidades. Incluye:
  - una cuantía equiparable al coste de los servicios comunitarios en especie, en particular de la ayuda a domicilio y de la asistencia personal, calculada según el nivel de apoyo que requiere;

- cuantías derivadas de otras prestaciones o servicios propios del ámbito de los servicios sociales comunitarios (ayudas técnicas, adaptación del medio, otras prestaciones económicas, servicio de respiro, servicio de atención diurna, etc.).
- El fondo individual (*individual budget*) es, como el fondo personal, la asignación a la persona de un importe equivalente a las cuantías que la Administración le destinaría, pero, contrariamente a aquél, no reúne únicamente cuantías procedentes del ámbito de los servicios sociales, sino también las previstas en otros ámbitos: inclusión laboral, apoyo educativo, vivienda u otros.

Las dificultades inherentes a la confluencia de fondos procedentes de diferentes administraciones ha determinado que la segunda modalidad no se aplique como tal, de modo que, en la actualidad, aunque siguen utilizándose ambos términos, se hace indistintamente, para referirse a lo que, en sentido estricto, se conoce como fondos personales, es decir, los que reúnen las diferentes cuantías disponibles para una determinada persona dentro del ámbito de los servicios sociales. Al igual que en el modelo holandés, la persona tiene varias opciones: puede decidir cobrar su importe en forma de prestación económica (*direct payment*), puede decidir acceder a servicios en especie, o puede combinar ambas opciones.

También Alemania se ha lanzado, desde 2005, a ensayar esta fórmula, mediante proyectos piloto aplicados en siete *Länder*. Desde el año 2008, este modelo se ha incorporado al dispositivo de cuidados de larga duración, aunque siga vigente la prestación económica de ayuda a domicilio inicialmente implantada. El fondo obedece, como en el Reino Unido, a la idea de *pool* de financiación. La gama de servicios contratables es más variada que la gama de servicios cubierta por la prestación económica de ayuda a domicilio o, incluso, por la prestación en especie de ayuda a domicilio vigentes en la actualidad; en efecto, actualmente van siempre orientadas a cubrir los gastos originados por la ayuda requerida para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, mientras que, con los fondos individuales, es posible organizar un paquete de cuidados más variado, adquiriendo los servicios que la persona estime que mejor se ajustan a sus necesidades, lo que está dirigido a incentivar a las entidades prestadoras de servicios a desarrollar una gama de servicios más variada.

### 3.3. Utilización: diversidad en los tipos de apoyo

Las prestaciones económicas y los fondos personales asignados a la persona usuaria para la adquisición de atención están pensados y diseñados, en los diferentes sistemas, para muy diversos usos. Atendiendo a la amplitud de la gama de servicios que pueden adquirirse por la vía de las medidas prestacionales

**Cuadro 2. Prestaciones económicas y fondos personales asignados a la persona usuaria para la adquisición de atención**

País	Denominación	Naturaleza
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración ( <i>Pflegegeld</i> )	Prestación económica
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración ( <i>Pflegegeld</i> )	Prestación económica
	<i>Trägerübergreifendes Persönliches Budget</i>	Fondo personal integral de cuidados de larga duración
Francia	Prestación personalizada de autonomía ( <i>Allocation personnalisée d'autonomie, APA</i> )	Prestación económica destinada a personas mayores
	Prestación compensatoria de la discapacidad ( <i>Prestation de compensation du handicap</i> )	Prestación económica destinada a personas con discapacidad
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración ( <i>Persoonsgebonden budget</i> )	Fondo personal valorado en horas de atención que la persona beneficiaria puede utilizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En metálico</li> <li>• En especie</li> <li>• Combinando ambas alternativas</li> </ul>
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria ( <i>Direct Payment</i> )	Prestación económica
	Fondo personal ( <i>Personal Budget</i> )	Fondo personal valorado en horas de atención que la persona beneficiaria puede utilizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En metálico</li> <li>• En especie</li> <li>• Combinando ambas alternativas</li> </ul>
Suecia	Prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad ( <i>Assistansersättning</i> )	Prestación económica
	Prestación económica de apoyo en el domicilio para personas mayores ( <i>Anhörigbidrag</i> )	Prestación económica
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona* ( <i>Consumer-directed care programs</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fondo personal valorado en horas de atención</li> <li>• En los últimos, se está probando en algunos estados una fórmula de fondo personal valorada en dinero y concedido en forma de prestación económica</li> </ul>

\* La denominación genérica varía según los estados (otra muy extendida es *self-directed care*) y dentro de ese marco general, cada Estado introduce denominaciones específicas para sus programas.

Fuente: SIIS Centro de Investigación y Estudios, 2011, pág. 48.

para la adquisición de atención, cabe diferenciar entre:

- Sistemas que permiten el acceso a toda la gama de servicios, incluidos los residenciales, como es el caso en Austria y en Francia, y también, desde fechas más recientes, en Alemania, con la nueva modalidad de fondos integrales personales de cuidados de larga duración.
- Sistemas que abren el acceso al conjunto de los servicios no residenciales, es decir, a los servicios domiciliarios, pero también al resto de los servicios que contribuyen, directa o indirectamente, al mantenimiento en el domicilio (ayudas técnicas, adaptación del medio, servicios de respiro, así como atención diurna y nocturna). Ejemplo de esta modalidad sería el fondo personal aplicado en el Reino Unido y la prestación económica de asistencia personal aplicada en Suecia, así como también las prestaciones aplicadas en algunos estados norteamericanos.
- Sistemas que destinan estas prestaciones fundamentalmente a la adquisición de atención o asistencia personal en el domicilio (incluidas

actividades de acompañamiento), como es el caso de Holanda, del Reino Unido, pero esta vez en su modalidad de prestación económica, y de Alemania, también en su modalidad de prestación económica.

El uso más generalizado es, sin duda, el de la adquisición de atención y asistencia personal, es decir, de apoyos para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en el domicilio. Estos apoyos pueden adquirirse de tres tipos de proveedores: entidades prestadoras de servicios de asistencia domiciliaria o de asistencia personal; cuidadores profesionales que trabajan por cuenta propia; y cuidadores informales que, casi siempre, son familiares. Todos los países prevén y dan cobertura a las tres alternativas, en unas u otras de las medidas que articulan, pero con especificidades:

- En el caso de la contratación de entidades, todos admiten que puedan ser sin ánimo de lucro o mercantiles, siendo la oferta la que determina que se recurra más a unas u otras opciones. La contratación de servicios prestados por las administracio-

nes públicas, en cambio, sólo es posible en Suecia –una gran proporción de personas con discapacidad utilizan la prestación económica de asistencia personal para contratar servicios públicos– y en el Reino Unido, que prevé esta posibilidad en la modalidad de fondos personales, pero la excluye de la modalidad de prestación económica; otros países –Alemania, Holanda, Austria o Francia– no la prevén, bien porque no existen servicios públicos de ayuda a domicilio y de asistencia personal, bien porque el acceso a éstos queda reservado a quienes optan por la prestación en especie.

- La contratación de cuidadores profesionales autónomos se contempla en todos los modelos. En algunos casos –Francia y Holanda son ejemplos paradigmáticos–, esa contratación era, además, uno de los principales objetivos que perseguía la introducción de las prestaciones y los fondos personales, pues su fin era hacer aflorar contrataciones no declaradas: la prestación económica o el fondo individual sólo podría utilizarse para abonar esa atención si se demostraba la contratación laboral de la persona trabajadora, lo que fomentó la progresiva legalización de situaciones hasta entonces mantenidas en el marco de la economía sumergida.

En el extremo opuesto, se encuentra el sistema menos regulado y, por lo tanto, el más flexible de los modelos europeos, a saber, el austríaco. En Austria, la prestación económica está contribuyendo, dicen sus críticos, al sostenimiento de un mercado de trabajo paralelo, conformado principalmente por personas procedentes de países fronterizos (Hungría, Chequia y Eslovaquia), que trabajan por salarios inferiores al mínimo correspondiente al sector y sin protección social, viven en casa de la persona atendida, permanecen disponibles de forma continuada y realizan las tareas que se les encarguen, tanto de cuidado y atención personal como domésticas.

En el caso de utilizar la prestación económica o el fondo individual para retribuir o compensar la atención prestada por cuidadores familiares –posibilidad abierta en todas las modalidades, salvo en el fondo personal integral alemán–, existen, entre los modelos, dos criterios diferenciadores importantes:

- El primero, es la obligatoriedad o no de formalizar un contrato de trabajo entre la persona atendida y la persona cuidadora. En algunos países, efectivamente, se condiciona la posibilidad de utilizar la prestación o el fondo individual para compensar económicamente al familiar cuidador a la formalización de la relación mediante un contrato laboral; así lo hacen Francia, Holanda y Suecia; también Estados Unidos opta por esta vía. En otros países, la formalización contractual es una posibilidad, pero no una condición: es el caso en Austria, Alemania y en el Reino Unido.
- El segundo criterio diferenciador es la existencia o no de exclusiones en función de criterios como la convivencia o el grado de parentesco.

La mayoría de los países no aplican ninguna exclusión, de modo que cualquier familiar, de cualquier parentesco, conviva o no conviva con la persona usuaria, puede ser retribuido o compensado económicamente con la prestación económica o el fondo individual. Es el caso en Austria, Alemania (en su modalidad de prestación económica), Holanda, Reino Unido (en su modalidad de fondos personales) y en Suecia, si bien con algunas especificidades. Por ejemplo, en Holanda, la posibilidad de compensar económicamente al cónyuge sólo se aplica cuando la intensidad de los apoyos requeridos supera la intensidad de los cuidados habituales que se supone van implícitos en la naturaleza de la relación (la definición de estos cuidados habituales se establece en Holanda a través de directrices que, sin ser obligatorias, actúan como criterios generales comunes).

Otros países, en cambio, sí establecen exclusiones: Francia establece una exclusión para el cónyuge o la pareja de hecho siempre que haya convivencia entre ambos, lo que, en tales supuestos, fuerza a la contratación de un cuidador profesional o de un servicio formal; también lo hace así el Reino Unido, en su modalidad de prestación económica, y Alemania, en su nueva modalidad de fondo personal.

### 3.4. Los requisitos de acceso: intensidad mínima de apoyo, duración, edad y nivel de recursos

Al ser las prestaciones económicas y los fondos personales para la adquisición de atención una modalidad de ejercicio de un derecho, los requisitos de acceso son, básicamente, los requisitos de acceso al sistema de atención en el que se enmarcan, aunque, a veces, se apliquen requisitos complementarios. Dejando al margen los requisitos de carácter administrativo, como nacionalidad, residencia, empadronamiento o cotización previa –demasiado condicionados por encuadres administrativos generales, en los que no cabe entrar aquí–, interesan, en términos comparativos, aspectos muy específicos: la intensidad mínima de apoyos requerida para considerar que la persona tiene acceso al sistema, el carácter duradero o permanente de la necesidad de apoyos y la consideración otorgada al nivel de ingresos.

#### 3.4.1. Intensidad mínima de apoyos requerida para acceder al sistema

Los países adoptan diferentes vías para la determinación de la intensidad mínima de apoyos requerida, muy en relación, por lo general, con el tipo de valoración que aplican:

- Algunos la definen en número de horas de apoyo. Así, en Austria, sólo permiten el acceso al sistema a las personas que requieren, como mínimo, 50 horas mensuales de apoyo para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (en la actualidad se está debatiendo

subir el límite a 60 horas semanales). En Suecia, para la atribución de la prestación de apoyo a domicilio a las personas mayores también se aplica este criterio, siendo el límite más comúnmente utilizado por las administraciones municipales el de 17 horas semanales (68 horas mensuales).

- Otros países definen la intensidad mínima en relación con el número de actividades de la vida diaria para las que se requiere apoyo. En Alemania, es necesario requerir ayuda, por lo menos, para la realización de dos actividades básicas y una instrumental. En Suecia, para acceder a la prestación de asistencia personal destinada a las personas con discapacidad, es necesario requerir apoyo para la realización de, al menos, una actividad básica de la vida diaria o de comunicación. Francia opta por este sistema en relación con la prestación compensatoria de la discapacidad, exigiendo presentar bien una dificultad absoluta para realizar una actividad básica de la vida diaria, bien una dificultad grave para desarrollar, por lo menos, dos actividades básicas de la vida diaria. También en Estados Unidos, muchos estados se unen a esta fórmula (es el caso de Michigan, Oregon y Washington).
- Una tercera vía para la determinación de la intensidad mínima consiste en establecer el límite con el propio instrumento de valoración de la dependencia. Esto es lo previsto en Francia, en relación con la prestación personalizada de autonomía destinada a las personas mayores, que abre el acceso a las personas que se sitúan, como mínimo, en el nivel 4 de la escala AGGIR –el instrumento oficial de valoración de la dependencia–, quedando excluidas las que quedan clasificadas como dependencia ligera, en los niveles 5 y 6 de la escala. También en Estados Unidos, algunos estados (Colorado y Maine, entre otros) optan por esta vía.
- Holanda es el caso más peculiar y, desde esta perspectiva, el más generoso: no establece ningún requisito mínimo de acceso: si la persona requiere algún apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria, accede al sistema.

### 3.4.2. Duración de la necesidad de apoyo

Dado que, en muchos casos, las fórmulas de asignación económica individual se enmarcan en sistemas de cuidados de larga duración, en algunos casos se establecen previsiones en relación con la duración de la necesidad de apoyos:

- Ninguno de los modelos analizados exige, para el acceso a la prestación económica o al fondo personal, que la necesidad exista con carácter permanente, en el sentido de definitivo, sino que es suficiente que sea previsible que se prolongue durante un periodo más o menos largo. Algunos países establecen claras previsiones al respecto:

en Alemania y Austria, es necesario, para acceder al sistema, que se prevea que la situación de necesidad se va a mantener, por lo menos, durante un periodo de seis meses; en Francia, ese periodo se extiende a un año.

- Otros modelos, en cambio, no establecen ninguna previsión en este sentido: en el Reino Unido, al no enmarcarse en un sistema de cuidados de larga duración, sino en el sistema de servicios sociales, y más concretamente, en el de atención comunitaria, parece lógico que así sea, y también es comprensible en Estados Unidos, en donde estas fórmulas no se enmarcan necesariamente en el ámbito de los cuidados de larga duración; resulta más llamativo en Holanda, en donde el sistema, en principio, sí obedece a esa finalidad, pero da cobertura a cualquier situación de necesidad de apoyo a domicilio.

### 3.4.3. Nivel de ingresos

- El nivel de ingresos constituye un requisito de acceso a la financiación pública en los países que se acogen a un sistema selectivo, a saber, Reino Unido y Estados Unidos, que sólo dan cobertura a las personas con bajo nivel de ingresos.
- En otros países –Alemania, Francia y Holanda–, el nivel de ingresos influye en la cuantía de la prestación, en la medida en que, al igual que los servicios en especie, la prestación está sujeta a copago.
- En el extremo opuesto, la prestación económica austriaca y la prestación sueca de asistencia personal para personas con discapacidad no quedan sujetas a copago, de modo que la determinación de la cuantía queda únicamente sujeta al nivel de apoyo requerido.

## 3.5. La cuantía de las prestaciones

Destacan aquí, en términos comparativos, dos cuestiones importantes: los criterios que intervienen en la determinación de la cuantía y las cuantías propiamente dichas.

### 3.5.1. Criterios de determinación de la cuantía

Respecto a los criterios de determinación de la cuantía, los países optan entre dos fórmulas básicas:

- La primera alternativa consiste en establecer límites máximos, expresados en cuantía económica o en horas de atención. Puede optarse por establecer varios límites máximos, relacionados, en su caso, con los grados de dependencia o los niveles de necesidad de apoyo. A esta fórmula se apuntan Alemania, en su modalidad de prestación económica, que diferencia tres cuantías máximas mensuales, correspondientes a los tres niveles de apoyo en los que se clasifica a las personas en el

marco de la valoración; Austria, que procede del mismo modo, pero de forma más gradual, diferenciando siete niveles; Francia, que, en el caso de la prestación personalizada de autonomía, diferencia cuatro niveles, y en el de la prestación compensatoria de la discapacidad, establece máximos aplicables a diferentes tipos de apoyo (asistencia personal, ayudas técnicas, adaptación de la vivienda o del vehículo, entre otros gastos); y, finalmente, algunos modelos estadounidenses que, por lo general, establecen un único límite máximo.

- La segunda fórmula consiste en no establecer límites, de modo que la cuantía de la prestación se determina en función de la intensidad de los apoyos requeridos. Ésta es la vía por la que optan, desde un principio, Holanda, Reino Unido y Suecia en la regulación de su prestación de asistencia personal a personas con discapacidad, y la vía a la que se ha sumado Alemania en su nueva modalidad de fondos personales integrales:
  - En Holanda, este criterio se ve minorado por el hecho de que la prestación económica equivale siempre a un 75% del coste que tendría para la Administración ofrecer el mismo nivel de apoyo en especie.
  - En el Reino Unido, la cuantía de la prestación económica se determina en función del nivel de apoyo personal que necesita la persona y se cuantifica en función del coste que tendría ese nivel de apoyo si se prestara mediante servicios en especie. No existe ningún mínimo y ningún máximo legal, aunque, por lo general, el máximo se sitúa en 31 horas semanales, lo que asciende a 363 euros semanales. En el caso de las personas con discapacidad que requieran un apoyo de mayor intensidad, pueden recurrir, según su nivel de ingresos, al Fondo de Vida Independiente, quien puede completar la prestación económica concedida por los servicios sociales, hasta alcanzar un máximo semanal, entre ambas prestaciones, de 927 euros semanales.
  - En Suecia, la ausencia de límites ha llevado a unos niveles de intensidad elevadísimos, que se computan teniendo en cuenta todas las necesidades de la persona usuaria, tanto para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria como para su integración social. El número de horas concedido varía considerablemente en función del tipo de deficiencia que origina la dependencia, pero ronda –y, en algunos casos, supera– las 100 horas semanales de apoyo. Con tales cifras, el gasto medio de la prestación se sitúa en 10.935 euros mensuales.

### 3.5.2. Cuantías

Los datos no permiten una comparación fiable de la cuantía media de las prestaciones aplicadas en los diferentes países, de modo que, con el fin de facilitar

alguna aproximación, se ha optado por comparar el gasto medio por prestación, resultando dichas cuantías de dividir el gasto anual total por el número de beneficiarios. Lógicamente, las cuantías resultantes se ven determinadas por las minoraciones aplicadas en los casos de compatibilización de la fórmula de asignación económica individual con la prestación de servicios en especie, y también por el número de meses que cada usuario permanece en la prestación en el año de referencia, de modo que la comparación que puede realizarse por esta vía es menos exacta que la que podría hacerse en caso de disponer del gasto medio mes a mes. Con todo, siendo el único dato al que se puede acceder para el conjunto de los países –y no siempre para el mismo año de referencia–, se ha preferido incluir esta información, con todas sus limitaciones, a no ofrecer ningún elemento de comparación.

Con esas cautelas, puede decirse que se observan considerables diferencias entre los países analizados, pero es importante tener presente que no resultan del todo significativas, o no siempre, porque no se destinan a la cobertura de los mismos gastos. De ahí que resulte más acertado comparar los países en tres grupos, en función de los servicios a los que dan cobertura:

- Sistemas integrales. Resultan comparables, por lo menos en lo esencial, las prestaciones que, como la austriaca, tienen un objetivo integral, es decir, sirven para adquirir cualquier tipo de servicio, por cuanto que ésa es la cuantía que, desde el sistema de cuidados de larga duración, se pone a disposición del usuario para que adquiera ayuda a domicilio o asistencia personal, pero también para que acceda a otros apoyos que considere necesitar. En este grupo estarían Austria y Francia (sólo se dispone de datos de gasto en relación con la prestación personalizada de autonomía), que tienen un gasto medio por prestación bastante similar: 405,08 y 421,86 euros mensuales respectivamente. También cabría incluir en este grupo la nueva modalidad de fondo personal integral introducida en Alemania, aunque con respecto a esta última, no se dispone de datos.
- Un segundo grupo sería el de los países que permiten la utilización de las fórmulas de asignación económica para la adquisición de los servicios habitualmente incluidos o complementarios de la atención domiciliaria o de la asistencia personal: atención personal y doméstica, pero también teleasistencia, ayudas técnicas, adaptación del medio, atención diurna o nocturna, y servicios de respiro. El caso representativo es el Reino Unido, así como también Suecia en lo referente a su prestación de asistencia personal para personas con discapacidad, en donde la extrema generosidad de la prestación desvirtúa cualquier comparación.
- Un tercer grupo estaría formado por los países en los que las fórmulas de asignación económica individual sólo pueden destinarse a la adquisición de atención o asistencia personal, en el que se incluirían Alemania y Holanda.

En la Tabla 1, partiendo del gasto medio mensual correspondiente a las diferentes prestaciones, se indica el gasto medio en paridad de poder adquisitivo, con el fin de disponer de datos comparables, una vez eliminadas las diferencias entre los niveles de precios de cada país.

**Tabla 1. Gasto medio en prestaciones y fondos personales para la adquisición de atención (2009)**

Países	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Gasto medio mensual (euros)	Gasto medio mensual (euros PPA)
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	325	300,09
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	446	405,08
Francia	Prestación personalizada de autonomía	494	421,86
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	1.400	1.254,48
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	895	919,83
Suecia	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad	10.935	9.931,88

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los indicadores de paridad de poder adquisitivo (PPA) proporcionados por Eurostat para el año 2009.

### 3.6. Cobertura: un peso relativo pero creciente

La comparación de los datos de cobertura presenta límites similares a los de la comparación de las cuantías: las fórmulas prestacionales de los sistemas de carácter integral, es decir las que pueden destinarse a la adquisición de toda la gama de servicios sociales, incluidos los residenciales, tienen lógicamente una cobertura más amplia que las que se destinan única o principalmente a la compensación económica de la atención informal; para que la cobertura de estas últimas fuera comparable con la de las primeras, habría que sumar la cobertura de los demás servicios a los que, siendo beneficiario de la prestación económica, es posible acceder, es decir, a los servicios compatibles con las prestaciones económicas. A esto se añade un sesgo suplementario: si la prestación económica es optativa, como alternativa a la prestación en especie, la cobertura de dicha prestación no da la medida del esfuerzo público, sino la medida de la opción individual. Con todo, y teniendo en cuenta esas limitaciones, es posible hacer algunos apuntes comparativos de carácter orientativo:

- Por un lado, los datos del sistema austríaco, que cubre tanto a la población con discapacidad como

a la población mayor, son comparables con los datos globales del sistema francés, es decir, con la suma de las poblaciones atendidas por las prestaciones vigentes en Francia, incluida, como en el caso anterior, su precedente directo, la prestación por ayuda de tercera persona, que si bien no está abierta a nuevos usuarios, tras la entrada en vigor de las nuevas prestaciones se ha mantenido, como opción, para quienes ya eran beneficiarios de ella. Y aquí, las diferencias son importantes: en Austria, la cobertura es del 4,95% de la población, mientras que en Francia se sitúa en un 2%.

- Si se comparan los datos de Alemania con los de Holanda, en los que la prestación económica tiene una finalidad no idéntica pero sí similar, se observa también una considerable diferencia de cobertura: en Alemania alcanza el 1,26% de la población (y representa a un 46% del total de personas beneficiarias del seguro de cuidados de larga duración), mientras que en Holanda se sitúa, en 2006, en un 0,54% de la población.
- En el grupo de los países que orientan la prestación a la adquisición de servicios de atención comunitaria, el Reino Unido es el país en donde menor cobertura alcanza este grupo de medidas. Aunque los sucesivos Gobiernos han tratado de potenciar y favorecer el recurso a estas vías, y a pesar de un rápido crecimiento en los últimos años, su volumen total es muy bajo, en parte debido a importantes retenciones para su aplicación desde las administraciones locales y desde los cuerpos profesionales, y en parte también debido a la escasez, hasta fechas recientes, de servicios de asesoramiento y apoyo destinados a facilitar la asunción de la gestión de la prestación por parte de las personas usuarias que pudieran optar por estas fórmulas. En Suecia, la cobertura total de las prestaciones económicas alcanza un 0,27%.

En términos de evolución, algunos datos resultan significativos:

- En Alemania, entre 1996 (fecha de su introducción) y 1999, la población beneficiaria del seguro de cuidados de larga duración creció en más de 250.000 personas, un impacto claramente asociado a la fase de implantación y afianzamiento del seguro de dependencia. Entre 1999 y 2006, en cambio, el número de beneficiarios aumentó en un total de 150.000 personas, con un ritmo anual de crecimiento muy estable, del 1,1%, directamente asociado a la evolución demográfica. En ese periodo, se observa un progresivo cambio en la utilización de la prestación: la proporción de beneficiarios que optan por la prestación económica frente a su alternativa en especie, que en 1996, representaba el 60% de la población beneficiaria, en 2007 representaba menos del 50% y la tendencia sigue a la baja, aunque a un ritmo más lento. Parte de la explicación está, sin duda, en el hecho de que la financiación prevista para las modalidades de atención en especie

prácticamente duplica las cuantías previstas para la prestación económica. Esta tendencia de vuelta a los servicios en especie es, según la literatura especializada, la que ha llevado al ejecutivo alemán a introducir una nueva modalidad en forma de fondo personal integral, más flexible y versátil, susceptible de volver a invertir la tendencia.

- La evolución en Suecia también es reseñable: la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad ha superado todas las previsiones<sup>5</sup>. Si en 1992, las estimaciones iniciales preveían 7.000 beneficiarios, doce años más tarde, en 2004, las cifras alcanzaban los 12.300 y siguieron creciendo a un ritmo acelerado hasta alcanzar, en 2009, los 19.210 usuarios de la prestación.
- Por último, interesa apuntar, por su cercanía y similitud, la evolución del modelo francés, que, según datos de 2009, se caracteriza por una estabilización de la evolución de la prestación personalizada de autonomía, destinada a las personas mayores de 60 años, con un incremento, entre 2008 y 2009, del 2,1%, muy inferior al 4,4% que se dio en el ejercicio anterior. En fuerte contraste con esta estabilización, la prestación compensatoria de la discapacidad, más tardía en su incorporación al sistema, se dispara y sufre en el mismo año un fortísimo incremento del 67%<sup>6</sup>, que empieza a generar mucha preocupación a las administraciones que intervienen en su financiación.

#### 4. Medidas de supervisión, control y garantía de calidad en los modelos prestacionales

Uno de los principales problemas que plantean, en la práctica, los dispositivos prestacionales viene dado por la dificultad existente para supervisar el uso que la persona beneficiaria hace realmente de esa prestación y para garantizar la calidad de la atención adquirida por esa vía.

Algunos sistemas optan por obviar esta cuestión, asumiendo que constituye un riesgo inherente al modelo. Así, la prestación económica de cuidados de larga duración vigente en Austria o la prestación económica aplicada en el sistema alemán, anterior a la introducción de la fórmula de fondos personales integrales, son cuantías concedidas para que la persona

haga el uso que le parezca, siempre que consista en la adquisición de servicios o apoyos; la supervisión sobre el uso real que la persona usuaria da a la prestación es muy ligera y no permiten articular vías orientadas a garantizar la calidad de la atención y el bienestar efectivo de la persona usuaria.

Esta orientación obedece a una tendencia que, en el origen de estas fórmulas, era bastante común, no sólo en estos sistemas poco regulados, sino en la filosofía subyacente a estas alternativas: la de considerar que cuando el usuario asume la responsabilidad de adquirir, por su cuenta, la atención que requiere, asume a la vez la responsabilidad de que la atención adquirida responda a sus necesidades y tenga la calidad suficiente para satisfacerlas en condiciones adecuadas. Parte así de la figura del usuario como consumidor plenamente competente y capaz de establecer los límites, y las condiciones de su relación de cuidado con los servicios y los profesionales que contrata, y con los familiares a los que retribuye o compensa por su atención.

No obstante, la evolución de las fórmulas de asignación económica individual que, cada vez más, abre su aplicación a colectivos susceptibles de sufrir importantes dificultades y limitaciones para la toma de decisiones, para la gestión de una prestación y para la organización de los apoyos que requieren, está llevando, progresivamente, a muchos países europeos a alejarse de ese planteamiento originario y a considerar la necesidad de establecer mecanismos de control, de supervisión y de garantía de la calidad de la atención prestada, necesidad que otros países –en particular, Estados Unidos– habían integrado en sus dispositivos, en mayor o menor medida, desde el inicio de su implantación.

Efectivamente, en la actualidad, casi todos los sistemas coinciden en reconocer que una de las principales preocupaciones de las administraciones públicas en relación con las fórmulas de asignación económica individual es la dificultad para idear y aplicar medidas orientadas a cuatro objetivos complementarios:

- garantizar que la atención se presta efectivamente, con la intensidad suficiente, y que la calidad de la atención así prestada es adecuada;
- garantizar que las personas cuidadoras ejercen sus funciones en condiciones adecuadas;
- responder de un uso adecuado de los fondos públicos;
- responder de la seguridad de las personas.

Estas inquietudes se plantean fundamentalmente en relación con la atención prestada en el domicilio de la persona usuaria, dado que los servicios de día y residenciales suelen estar sujetos, en todos los sistemas, a mecanismos de control –autorización, homologación e inspección– que, si se diseñan bien y se aplican adecuadamente, permiten asegurar

<sup>5</sup> El aumento progresivo del número de beneficiarios se asocia a diferentes factores: el desmantelamiento de las instituciones para personas con discapacidad intelectual y de los hospitales psiquiátricos; la disminución de la prestación para niños con discapacidad menores de 16 años; la progresiva reducción de la ayuda a domicilio tradicional; la emancipación de personas con discapacidad que vivían con sus padres y que optan por llevar una vida autónoma; el envejecimiento de la población y el mantenimiento de la prestación después de los 65 años (aprobada en 2001).

<sup>6</sup> Según datos de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

ciertos estándares de atención (también es cierto que el simple hecho de ser servicios abiertos a las visitas de familiares, amigos y voluntarios favorece una supervisión informal y plural, que también contribuye a garantizar cierta calidad asistencial).

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

La preocupación se centra, pues, especialmente en los casos en los que las prestaciones económicas o los fondos individuales son utilizados para contratar, en el domicilio, a cuidadores profesionales por cuenta propia, o para compensar económicamente a cuidadores informales. Por su naturaleza misma, por desarrollarse en la esfera privada, plantea dificultades evidentes de control o supervisión: es difícil saber, cuando se trata de atención informal, si efectivamente la prestación económica se utiliza como contraprestación o compensación a la persona cuidadora; es difícil conocer la intensidad y la calidad de la atención realmente prestada a la persona beneficiaria de la prestación; es difícil saber si la persona cuidadora se encuentra realmente en condiciones de asumir esa función o de hacerlo con la intensidad requerida. Y ese conocimiento es fundamental, tanto en términos de protección –finalidad inherente al sistema de atención–, como en términos de control sobre el uso del dinero público y sobre la consecución de las finalidades del sistema y, en consecuencia, de la eficacia de estos instrumentos como fórmula alternativa o complementaria de la utilización de servicios domiciliarios y diurnos, o como fórmula preventiva de situaciones de mayor dependencia y de uso de servicios de mayor coste.

De ahí que muchos países hayan otorgado importancia al desarrollo de una batería de medidas de control. Si bien, en términos generales, todas ellas persiguen, como objetivo último, garantizar la calidad de la atención y la calidad de vida de la persona usuaria y de la persona cuidadora, en la consecución de esas metas pueden responder a finalidades más específicas:

- garantizar que la persona cuidadora dedicará efectivamente parte de su tiempo a la atención de la persona que requiere apoyos;
- garantizar la capacidad física, psicológica y mental de la persona cuidadora, así como su cualificación para responsabilizarse de la atención;
- garantizar la capacidad de la persona beneficiaria para dar su consentimiento y tomar decisiones y para asumir las funciones de gestión y utilización de las prestaciones económicas o de los fondos personales;
- garantizar la disponibilidad de apoyos destinados a la persona cuidadora, con el fin de facilitar el ejercicio de sus funciones de atención;
- garantizar la disponibilidad de servicios de asesoramiento y apoyo para realizar las funciones asociadas a la gestión de la prestación económica o del fondo personal;
- controlar la adecuación de la atención desde el sistema público de servicios sociales, garantizando el contacto, el seguimiento y la supervisión de la situación en el domicilio y de la relación de cuidado;
- realizar el control económico de la utilización de la prestación;
- garantizar la protección y la seguridad de la persona usuaria y de la persona cuidadora.
- garantizar el respeto de los derechos de la persona cuidadora y de la persona atendida.

Del análisis de los modelos aplicados en el ámbito internacional y de la revisión de la literatura especializada –particularmente preocupada por esta materia, pero, paradójicamente, poco desarrollada–, se deduce un conjunto de medidas orientadas a estas finalidades<sup>7</sup>. Pueden actuar antes o después de acceder a la prestación y, en función de dicha temporalidad, se diferencia entre:

- Medidas *ex ante*, que se aplican antes de conceder la prestación y que, en ese sentido, constituyen condiciones de acceso a la propia prestación o a alguna de sus ventajas:
  - Exigir la dedicación de un número mínimo de horas de atención.
  - Establecer límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.
  - Establecer límites al número de personas atendidas.
  - Determinar el impacto del factor de convivencia en el cómputo de los apoyos.
  - Exigir la formalización de la relación de cuidado.
  - Establecer una edad mínima y/o máxima a la persona cuidadora.
  - Exigir la autonomía funcional de la persona cuidadora.
  - Aplicar una valoración formal de la capacidad y de las necesidades de la persona cuidadora.

<sup>7</sup> Por razones de espacio, no se incluye aquí la descripción de cada una de estas medidas y las finalidades a las que cada una responde, pero puede consultarse el informe comparativo que sirve de fuente al artículo para una descripción detallada (SIIS, 2011).

- Aplicar una valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida.
- Aplicar una valoración del riesgo de abuso.
- Exigir la previsión de mecanismos de sustitución del cuidador.
- Regular la intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos.
- Establecer un sistema de acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales.
- Medidas *ex post*, que se aplican una vez concedida la prestación económica o el fondo personal, durante su disfrute, y que funcionan como mecanismos de supervisión de la calidad de la atención prestada y del mantenimiento de las condiciones que sirvieron de base al acceso a la prestación:
  - Realizar una valoración periódica de la situación de la persona dependiente.
  - Realizar visitas y entrevistas de seguimiento.
  - Realizar visitas domiciliarias sin previo aviso.
  - Realizar un control económico del uso de la prestación o del fondo personal.
  - Exigir la intervención de servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación cuando la persona usuaria presenta limitaciones en su capacidad para la toma de decisiones, para la gestión de la prestación y para la organización de los apoyos que requiere.
  - Articular medidas de formación personalizada domiciliaria para cuidadores.
  - Articular medidas de respiro domiciliario para cuidadores.
  - Evaluar la calidad de la atención.

Ningún sistema prevé y aplica todas estas medidas; más bien, lo habitual es que sólo integren algunas y que su implementación resulte, todavía hoy, poco sistemática.

## 5. En nuestro ámbito, una reflexión pendiente

El estudio de las fórmulas de asignación económica individual en otros países, de los objetivos a los que obedecen y de su evolución muestra que, a pesar de su peso, todavía muy relativo en los sistemas de atención a la dependencia y, en general, en los sistemas de servicios sociales, estas vías de acceso a la atención parecen estar aquí para quedarse. Que constituyan un avance para los sistemas depende de la finalidad con la que se introduzcan, del papel que se les conceda y del peso que se les atribuya en el sistema: si se calibra bien su aplicación y se definen bien sus objetivos, puede ser una vía de modernización, una opción más en la gama de alternativas, capaz de contribuir a una mejor adecuación del modelo a las necesidades y preferencias de las personas; si se calibra mal, puede suponer un riesgo real para el modelo de responsabilidad pública.

Por lo tanto, a la hora de diseñar la o las fórmulas aplicables, el factor decisivo es definir bien los objetivos que se persiguen y hacerlo en relación con diferentes dimensiones:

- Objetivos estructurales y filosóficos. En relación con el sistema, es imprescindible determinar si estas fórmulas tienen, en su marco, un carácter accesorio –configurándose como una opción más dentro de la gama de alternativas integradas en el dispositivo asistencial–, o un carácter definitorio –configurándose como un elemento nuclear del acceso a los principales apoyos–, lo que marca el mayor o menor peso o protagonismo que puedan adquirir.
- Objetivos asistenciales. Es necesario determinar qué fines se persiguen en términos de atención a la población con necesidades de apoyo, mediante la introducción de estas fórmulas: por ejemplo, ofrecer mayores posibilidades de permanecer en el domicilio, sobre todo en el caso de personas que, por su grado de dependencia, o porque viven solas, no podrían hacerlo si sus alternativas de atención sólo fueran en especie; ofrecer mayores posibilidades de elección y de autonomía a la hora de determinar quién le atenderá (posibilidad de contratar un servicio formal, pero también de contratar a un cuidador profesional autónomo o de compensar económicamente a un familiar), así como en la organización de los diferentes apoyos (en particular, en la determinación de los horarios de atención).
- Objetivos sociales. También es imprescindible determinar qué fines sociales quieren alcanzarse mediante la introducción de estas prestaciones. Por ejemplo, el reconocimiento social de las funciones de atención informal mediante la compensación o retribución económica por el desarrollo de unas tareas que, si bien se dan en la esfera privada, tienen un componente de responsabilidad social y pública; el reconocimiento del valor social de la profesión de atención y asistencia personal, promoviendo, en ese caso, la mejora en la cualificación de las y los profesionales, la formalización contractual de situaciones irregulares de trabajo en los domicilios y la creación de empleo.
- Objetivos económicos. Es necesario determinar si, a los objetivos asistenciales y sociales, se añaden objetivos económicos, en particular, si las fórmulas de asignación económica individual se van a utilizar como una vía de contención del gasto público en cuidados de larga duración, o si, por el contrario, el abaratamiento de los costes no es un fin en sí mismo, en cuyo caso, las cuantías de las prestaciones deberían aproximarse al coste que tendría la prestación de la misma intensidad de apoyo si se ofreciera en especie.

En nuestro ámbito, está pendiente una reflexión seria y serena en relación con esta materia. Desde la puesta en marcha, en 2006, del Sistema para Autonomía y Atención a la Dependencia, las prestaciones

económicas integradas en su catálogo de apoyos –prestación económica vinculada al servicio, prestación económica para cuidados en el entorno familiar y prestación económica de asistencia personal– han ido creciendo en protagonismo, con una evolución particularmente llamativa de la segunda.

Aún pendientes de conocer su evolución futura, la tendencia que han mostrado hasta la fecha resulta lo suficientemente significativa como para pararse a valorar el objetivo genuino de su existencia y el

papel que realmente interesa asignarles, tratando de garantizar un equilibrio sostenible que combine las contrastadas ventajas de un modelo de responsabilidad pública que, como el nuestro, se estructura en torno a la prestación de servicios, con los atractivos que, en términos de flexibilidad y personalización, pueden presentar, en determinados supuestos, las fórmulas de asignación económica individual, siempre que, bien diseñadas y bien implementadas, se integren como una alternativa más dentro del dispositivo asistencial.

## Bibliografía

- ARKSEY, H.; y GLENDINNING, C. (2007): "Choice in the context of informal care-giving", *Health and Social Care in the Community*, vol. 15, nº 2, págs. 165-175.
- CLEVNERT, U.; y JOHANSSON, L. (2007): "Personal Assistance in Sweden", *Journal of Aging and Social Policy*, vol. 19, nº 3, págs. 65-80.
- DA ROIT, B.; LE BIHAN, B.; y ÖSTERLE, A. (2007): "Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes", *Social Policy and Administration*, vol. 41, nº 6, págs. 653-671.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2006): *Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services*, Londres, Stationery Office [<http://www.official-documents.gov.uk/document/cm67/6737/6737.pdf>].
- GILBERT, N. (2004): *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*, Nueva York, Oxford University Press.
- GLASBY, J.; GLENDINNING, C.; y LITTLECHILD, R. (2006): "The future of direct payments", en LEECE, J.; y BORNAT, J., *Developments in Direct Payments*, Bristol, Policy Press.
- GLENDINNING, C.; y KEMP, A. (2006): *Cash and Care. Policy Challenges in the Welfare State*, Bristol, Policy Press.
- GREVE, B. (ed.) [2010]: *Choice. Challenges and Perspectives for the European Welfare States*, serie Broadening Perspectives on Social Policy, Chichester, John Wiley and Sons.
- GSTREIN, M.; MATEEVA, L.; y SCHUH, U. (2007): *Workcare. Social Quality and the Changing Relationships between Work, Care and Welfare in Europe*, Aberdeen, University of Aberdeen [[http://www.abdn.ac.uk/socsci/research/nec/workcare/documents/working\\_paper2\\_trends\\_150908\\_workcare.doc](http://www.abdn.ac.uk/socsci/research/nec/workcare/documents/working_paper2_trends_150908_workcare.doc)].
- KEEFE, J. (2007): "To pay or not to pay: Examining underlying principles in the debate on financial support for family caregivers", *Canadian Journal on Aging*, nº 26, supl. 1, págs. 77-90.
- KNIJN, T.; y VERHAGEN, S. (2007): "Contested professionalism. Payments for care and the quality of home care", *Administration and Society*, vol. 39, págs. 451-475.
- LUNDGAARD, J. (2005): *Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?*, serie Health Working Papers, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [<http://www.oecd.org/dataoecd/53/62/34897775.pdf>].
- PIJL, M. (2000): "Home care allowances: Good for many but not for all", *Practice*, vol. 12, nº 2, págs. 55-65.
- (1994): "When private care goes public. An analysis of concepts and principles concerning payments for care", en EVERS, A.; PIJL, M.; y UNGERSON, C. (eds.), *Payments for Care. A Comparative Overview*, serie Public Policy and Social Welfare, vol. 16, Aldershot, Avebury.
- ROULSTONE, A.; y MORGAN, H. (2009): "Neo-liberal individualism or self-directed support: Are we all speaking the same language on modernising adult social care?", *Social Policy and Society*, vol. 8, nº 3, págs. 333-345.
- SCOURFIELD, P. (2007): "Social care and the modern citizen: Client, consumer, service user, manager and entrepreneur", *British Journal of Social Work*, nº 37, págs. 107-122.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2011): *Prestaciones económicas y otras formulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa [<http://www.siis.net/documentos/informes/Informeprestacioneseconomicas.pdf>].
- TIMONEN, V.; CONVERY, J.; y CAHILL, S. (2006): "Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries", *Ageing and Society*, nº 26, págs. 455-474.
- UNGERSON, C. (2004): "Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on 'cash and care' schemes", *Ageing and Society*, vol. 24, págs. 189-212.
- WATERPLAS, L.; y SAMOY, E. (2005): "L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique", *Revue Française des Affaires Sociales*, nº 2, págs. 61-101 [<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200502-arto4.pdf>].
- YEANDLE, S.; y BUCKNER, L. (2007): *Carers, Employment and Services: Time for a New Social Contract?*, Leeds, University of Leeds [<http://www.carersnet.org.uk/documents/r6.pdf>].