

**PRESTACIONES ECONÓMICAS
Y OTRAS FÓRMULAS DE
ASIGNACIÓN ECONÓMICA INDIVIDUAL
EN LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

PANORAMA COMPARATIVO INTERNACIONAL



ÍNDICE

	Pág.
1. Introducción.	4
2. Objeto, ámbito y estructura del informe	9
2.1. Medidas económicas analizadas.	9
2.2. Países seleccionados.	12
2.3. Mecanismos de control, supervisión y garantía de calidad.	15
2.4. Estructura del informe.	16
3. El contexto general de introducción de las fórmulas de asignación económica individual.	18
3.1. La necesidad de cambio.	18
3.2. Los cambios.	22
4. Análisis comparativo internacional de las características de los modelos prestacionales:	29
4.1. Contexto: origen y finalidades de las fórmulas de asignación económica individual.	29
4.2. Orientación general: prestación en especie versus prestación económica	36
4.3. Marco administrativo, normativo y competencial: variabilidad en el grado de regulación.	38
4.4. Ámbito: sistemas únicos versus sistemas diferenciados.	43
4.5. Modalidades: de las prestaciones económicas a los fondos personales.	45
4.6. Utilización: diversidad en los tipos de apoyo.	50
4.7. Requisitos de acceso: intensidad mínima de apoyo, duración, edad y nivel de ingresos.	59
4.8. Valoración: entidades competentes, instrumentos aplicables y tratamiento del apoyo informal en la valoración de necesidades de apoyo.	66
4.9. Cuantía de las prestaciones: criterios de determinación de la cuantía.	74
4.10. Cobertura: un peso relativo pero creciente.	83
4.11. Gasto público: tendencias evolutivas y medidas de contención.	87
5. Análisis comparativo internacional de las medidas de supervisión, control y garantía de calidad.	94
Medida 1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	103
Medida 2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.	105
Medida 3. Límites al número de personas atendidas	107
Medida 4. Convivencia	108
Medida 5. Formalización de la relación de cuidador	109
Medida 6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora	112
Medida 7. Autonomía funcional de la persona cuidadora	113
Medida 8. Valoración de la capacidad y de las necesidades del cuidador	114
Medida 9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida	116
Medida 10. Valoración del riesgo de abuso	118
Medida 11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador	119
Medida 12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos personales	121
Medida 13. Registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales	124
Medida 14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente	126
Medida 15. Visitas y entrevistas de seguimiento	128
Medida 16. Visitas domiciliarias sin aviso previo	131

Medida 17. Control económico del uso de la prestación económica	132
Medida 18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación	135
Medida 19. Cursos de formación para cuidadores	139
Medida 20. Servicios de respiro para cuidadores	141
Medida 21. Evaluaciones globales de la calidad de la atención	144
6. Aplicabilidad de las medidas de control y supervisión en Gipuzkoa: Ideas y propuestas	147
6.1. Propuestas generales	148
A. Reflexión sobre el papel de las prestaciones económicas en nuestro sistema.	148
B. Estudiar la eficiencia de las prestaciones económicas.	156
C. Estudiar el potencial de generación de demanda de las prestaciones económicas.	157
D. Observar la evolución de los dispositivos prestacionales en el contexto internacional.	158
6.2. Propuestas específicas	159
E. Ideas y propuestas de mejora en las medidas de control, supervisión y garantía de calidad de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar	162
F. Ideas y propuestas de mejora en las medidas de control, supervisión y garantía de calidad de la Prestación Económica de Asistencia Personal	173
Anexo I. Fichas descriptivas de los modelos de asignación económica individual en:	181
Alemania	182
Austria	192
Francia	197
Holanda	205
Reino Unido	212
Suecia	219
Estados Unidos	228
Anexo II. Correspondencias normativas de las medidas de control, supervisión y garantía de calidad previstas en Gipuzkoa en relación con la prestación económica de cuidados en el entorno y con la prestación económica de asistencia personal.	234
Anexo III. Contactos internacionales.	242
Bibliografía.	243

1. INTRODUCCIÓN.

Desde la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, las prestaciones económicas integradas en el Catálogo¹ –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. Esta tendencia, común a todo el Estado, preocupa a las administraciones públicas.

¹ La incorporación de las prestaciones económicas al catálogo de apoyos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) obedece a una tendencia generalizada en los modelos occidentales de atención a la dependencia, referidos más comúnmente en el ámbito internacional como modelos de cuidados de larga duración. En nuestro ámbito, no eran una novedad pero sí lo era el hecho de que se integraran en un sistema específico de atención a este tipo de necesidades y, sobre todo, que se articularan, como el resto de los apoyos previstos, como un derecho.

Por lo demás, tenían precedentes directos en todo el Estado. En Gipuzkoa, de hecho, ya existían prestaciones económicas orientadas a las mismas finalidades:

- La prestación económica vinculada a servicio tenía su precedente en una prestación económica que, ante la insuficiencia de la oferta pública residencial, se puso en marcha en el año 2005 en dos comarcas del Territorio Histórico (Bidasoaldea y de Oarsoaldea). En algunos casos, estas prestaciones siguen vigentes, por ser de cuantía superior a la establecida en el marco del SAAD.
- La prestación económica de cuidados en el entorno tenía su precedente en la prestación económica que se concedía, desde el año 1996, en el marco del programa Sendian de apoyo a los familiares cuidadores, y a la que sustituye desde su entrada en vigor.
- La prestación económica de asistencia personal tenía un precedente directo en la prestación económica asociada al programa de vida independiente que se había iniciado en el año 2004 y que se diseñó para facilitar a algunas personas con discapacidad la salida de un centro residencial o la emancipación del domicilio familiar. La cuantía de la prestación económica se determinaba tras un estudio integral de situación y una valoración de las necesidades a cubrir para hacer posible una vida independiente: gastos de alojamiento, de transporte, y de asistencia personal, fundamentalmente. Este programa sigue vigente en la actualidad porque el objetivo del programa no se limita al apoyo económico sino que integra un acompañamiento orientado a supervisar y facilitar la vida independiente y porque, por otra parte, con frecuencia la cuantía económica de la prestación económica de asistencia personal integrada en el SAAD queda muy minorada a consecuencia del acceso de estas personas a otros servicios (centro de día u otros) y a otras prestaciones (pensión de invalidez y complemento de ayuda por tercera persona, fundamentalmente).

También en Gipuzkoa, y en el resto de la Comunidad Autónoma, los datos indican un ritmo de crecimiento rápido:

Tabla 1.
Evolución de las prestaciones económicas de atención a la dependencia en Gipuzkoa:
Personas beneficiarias y Gasto

	Tipo de prestación	2008	2009	2010*	TOTAL
P. Beneficiarias en todo el año	PECE	4.774	9.252	9.191	
	PEVS	191	303	212	
	PEAP	707	1.175	1.149	
	TOTAL	5.672	10.730	10.552	
P. Beneficiarias en el último mes	PECE	3.853	7.529	8.066	
	PEVS	98	138	121	
	PEAP	582	836	960	
	TOTAL	4.533	8.503	9.147	
Importe de pagos	PECE	15.049.615,81	28.052.684,86	16.713.850,77	59.816.151,44
	PEVS	686.948,05	1.010.065,21	459.082,87	2.156.096,13
	PEAP	3.218.994,16	5.989.071,22	3.555.977,84	12.764.043,22
	TOTAL	18.955.558,02	35.051.821,29	20.728.911,48	74.736.290,79

*Datos correspondientes a 30 de junio de 2010.

Fte: "Implantación de las prestaciones económicas de la dependencia y su impacto en los servicios sociales". Diputación Foral de Gipuzkoa, 2010.

Es pronto para juzgar la evolución, porque, en estos primeros años, la cadencia se corresponde con el periodo de implantación, lo cual, lógicamente, no es indicativo del ritmo que adoptará cuando se estabilice, pero lo que sí permiten afirmar los datos es que el volumen de gasto destinado a las prestaciones, en particular a la prestación de cuidados en el entorno, es considerable. Si nos centramos en los datos de 2008, únicos disponibles en relación con el gasto público corriente, se constata que el gasto realizado en las tres prestaciones económicas alcanzaba casi los 19 millones de euros, lo que representa un 8,6% del gasto público corriente en atención a personas mayores y personas con discapacidad en Gipuzkoa en ese mismo año. En el caso concreto de la prestación económica de cuidados en el entorno, el gasto –15.049.616 euros– equivale a un 72% del gasto en SAD destinado a esos mismos colectivos en el Territorio Histórico, que asciende ese año a 20.904.639 euros.

Las cifras son altas, sobre todo teniendo en cuenta otros factores:

- Que son datos de 2008, es decir, datos correspondientes a una fase muy temprana de la implantación de las prestaciones. De hecho, ya en 2009, el volumen

económico de los pagos en concepto de prestaciones económicas prácticamente se había duplicado, pasando de cerca de 19 millones de euros a más de 35 millones, cifra que aumentará en 2011, con la extensión de las prestaciones a las personas con dependencia de Grado I.

- Que estas cuantías sólo reflejan el importe de los pagos y que, por lo tanto, no incluyen los gastos administrativos asociados a su tramitación o gestión.
- Que según datos de 2009, en torno a un 25% de las personas beneficiarias de la prestación de asistencia personal y de la prestación económica de cuidados en el entorno son también usuarias de otros servicios –en 2008, los porcentajes eran 23,5 y 32,6 respectivamente–², lo que, presumiblemente, supone un incremento en el gasto asociado a cada beneficiario, incluso cuando la utilización simultánea del servicio conlleve una minoración en la cuantía de la prestación³.
- Que las prestaciones económicas, en particular la prestación económica de cuidados en el entorno, constituyen una fórmula atractiva para la población beneficiaria, no ya como complemento de otros servicios, sino en sí misma, como apunta el hecho de que un 75% de las personas beneficiarias no accedan a ningún servicio de atención directa, ni domiciliario, ni diurno⁴, aunque el dato sea, sin duda, también indicativo del escaso atractivo de un servicio como el SAD o como los centros de día, en las condiciones de flexibilidad y de participación económica en las que prestan en la actualidad.

² Diputación Foral de Gipuzkoa. “*Implantación de las prestaciones económicas de la dependencia y su impacto en los servicios sociales*”, 2010.

³ Las minoraciones aplicadas a las prestaciones económicas de atención a la dependencia varían en función del tipo de servicio:

Tipo de servicio	Minoración
Teleasistencia	Sin minoración
Ayudas técnicas	Sin minoración
Estancias temporales hasta un máximo de 2 meses	Sin minoración
Servicio de ayuda a domicilio	Minoración del 20%
Servicio de centro de día	Minoración del 50%
Servicio de taller ocupacional	Minoración del 50%
SAD + centro de día o taller ocupacional	Minoración del 60%

⁴ Aunque sí puedan estar accediendo a apoyos complementarios como teleasistencia o ayudas técnicas.

Aun pendientes de conocer su evolución futura, los datos resultan lo suficientemente significativos para pararse a valorar cuál es el papel que realmente se quiere asignar a las prestaciones económicas en el Sistema, cuál es el peso que se desea que adquieran, cuál es su potencial y cuáles son los objetivos que se persiguen con su introducción, porque, según cuáles sean, las características de su diseño variarán y también variarán los criterios aplicados para determinar si efectivamente el gasto que suponen es eficiente, como ocurre en la mayoría de los países europeos, en donde las prestaciones económicas (u otras fórmulas asimilables) que representan un porcentaje del gasto total en cuidados de larga duración inferior al porcentaje la población atendida por esta vía. Lógicamente, las modificaciones posibles quedan condicionadas y limitadas por el marco normativo vigente, pero, como se verá más adelante, éste tampoco es inamovible; no hay que perder de vista que todos los países que han optado por la introducción de este tipo de medidas, se han visto en la necesidad de ir adaptando su modelo en función de su evolución y de su grado de adecuación y coherencia con los objetivos perseguidos y que, por analogía, es previsible que también ocurra aquí.

Ese análisis resulta particularmente necesario en el caso de la prestación de cuidados en el entorno, no sólo porque su evolución sea la más marcada, en contradicción con el carácter de excepcionalidad⁵ con el que se introdujo, sino también porque, por su naturaleza misma y por su diseño, plantea dificultades evidentes de control o supervisión: es difícil saber si efectivamente se utiliza como contraprestación o compensación económica 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

⁵ Artículos 14.4 y 18.1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE de 15 de diciembre de 2006.

servicios domiciliarios y diurnos, o como fórmula preventiva de situaciones de mayor dependencia y de uso de servicios de mayor coste.

La cuestión es determinar qué elementos del diseño de las prestaciones pueden posibilitar el ejercicio de ese control y hasta dónde es posible, conveniente y necesario ejercerlo. Algunos cauces han tratado de introducirse desde el SAAD – además del carácter excepcional ya previsto en la Ley– a través del Acuerdo sobre criterios comunes en materia de formación e información de cuidadores no profesionales⁶, del Acuerdo para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia⁷ y, en fechas muy recientes, a través de los requisitos de acceso recogidos en el Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en Grado I⁸. Con todo, estas medidas no parecen suficientes para controlar el uso real de la prestación, y eso determina la necesidad de estudiar la posibilidad de introducir mecanismos complementarios de supervisión.

Aunque algunas de estas cuestiones también se plantean en el ámbito de la asistencia personal⁹, es cierto que el diseño de la prestación y su fuerte conexión con las iniciativas de vida independiente abren cauces de supervisión ausentes en la configuración de la prestación de cuidados en el entorno. Con todo, también se incluirán en el análisis y se considerarán algunas posibilidades de mejora en este ámbito.

⁶ Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo. BOE de 27 de noviembre de 2009.

⁷ Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo. BOE de 12 de marzo de 2010.

⁸ Resolución de 4 de noviembre de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo. BOE de 24 de noviembre de 2010.

⁹ Es cierto también que, en volumen, la prestación de asistencia personal no es muy significativa, de momento, aunque, en un futuro, podrían ser una modalidad más demandada por las personas con discapacidad y más ofertada por los servicios sociales, a imagen de lo que ocurre en otros países europeos.

2. OBJETO, ÁMBITO Y ESTRUCTURA DEL INFORME

Con esa finalidad, la de mejorar las medidas de control, supervisión y garantía de calidad sobre las prestaciones económicas concedidas en el ámbito de la atención a la dependencia, la Diputación Foral de Gipuzkoa considera interesante y pertinente analizar los diseños vigentes en la realidad internacional y tratar de detectar, en otros modelos prestacionales, cauces y medidas que puedan trasladarse o adaptarse al contexto guipuzcoano. Ese es el objeto de este informe: analizar las fórmulas aplicadas en otros países en el diseño de este tipo de prestaciones. Permitirá conocer el contexto de su introducción y los objetivos para los que se diseñaron, su articulación con otras prestaciones y servicios, su comportamiento en términos de evolución y los mecanismos de control y supervisión.

En última instancia, su objetivo es aportar ideas y pistas sobre el papel que podrían desempeñar las prestaciones económicas en nuestro sistema, sobre las posibilidades que abren y los riesgos que presentan, y sobre las alternativas existentes en relación con su diseño, sus características y su articulación, al objeto de orientarlas mejor y más eficientemente a las finalidades que se les atribuyan.

2.1. Medidas económicas analizadas.

El análisis internacional se extiende a dos grandes categorías de medidas económicas:

- Un primer grupo, formado por las medidas que, en otros países, 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 de 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, dotándole para ello de medios económicos que puede utilizar para contratar los apoyos requeridos, prestados por las entidades o los cuidadores de su elección. Para hacerlo, los sistemas vigentes optan unas veces por utilizar prestaciones económicas en sentido estricto, es decir cuantías concedidas en metálico a la persona beneficiaria, y otras veces por utilizar una asignación económica individual consistente en poner a disposición de la persona usuaria un presupuesto o fondo personal o individual, expresado en horas de apoyo y/o en cuantía económica.

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 variantes –*“individual funding”, “personal budget”, “direct payment”*–; otras, con mayor fuerza expresiva, referidas directamente a ese protagonismo de la persona usuaria –*“consumer-directed care”, “self-directed support”, “self-managed care”*–. A estas medidas se referirá el informe bajo la denominación de “prestaciones y fondos personales asignados a la persona usuaria para la adquisición de atención” o “medidas prestaciones para la adquisición de atención”. En este grupo, recaen las prestaciones de atención a la dependencia vigentes en nuestro ámbito.

- El segundo grupo de medidas está compuesto por las prestaciones económicas directas a las personas cuidadoras informales y atribuidas directamente desde la administración, bien en forma de compensación económica por la reducción de ingresos derivada de la dedicación a la atención informal (prácticamente como un complemento de ingresos mínimos), bien en forma de salario abonado a la persona cuidadora por la administración, en contrapartida de las funciones de atención que asume y que, si bien se dan en la esfera privada, también recaen en la

responsabilidad colectiva y, por lo tanto, en la responsabilidad pública. Con ser más antiguas, estas medidas están menos difundidas que las anteriores.

Para aludir a ambos grupos de medidas, se utilizará en este informe la denominación genérica “fórmulas de asignación económica individual”, diferenciando, siempre que resulte pertinente, entre unas y otras modalidades.

La compensación o retribución económica a familiares, puede, pues, darse por las dos vías: la indirecta, integrada en las ya mencionadas fórmulas de atención dirigida por la persona usuaria, en cuyo marco la cuantía se pone a disposición de esta última para que sea ella quien la utilice para compensar o retribuir al cuidador informal; y la directa, articulada mediante la concesión de prestaciones económicas a la propia persona cuidadora.

El análisis se extiende a ambas categorías porque la opción por una u otra vía no es inocua y obedece a finalidades y planteamientos de modelo diferentes, pero su principal objeto son las primeras por ser las más claramente emparentadas con las prestaciones económicas previstas en la normativa de prevención y atención a la dependencia vigentes en nuestro ámbito y, por tener, en este momento, mucho mayor peso y mayores expectativas de progresiva expansión que las segundas.

Por otra parte, y si bien el principal foco de interés está en las medidas equivalentes a la prestación de cuidados en el entorno, el análisis se extiende más allá de ese núcleo principal, por tres razones:

- Primero, porque la comprensión del papel que juega una prestación económica o una fórmula asimilable en el marco de un sistema de cuidados de larga duración es más certero y más fiable si se estudia en el marco del entramado prestacional en el que se da.
- Segundo, porque, si bien la compensación económica a familiares cuidadores puede articularse por medio de prestaciones específicamente destinadas a tal

fin –ya sean directamente atribuidas a la persona cuidadora, ya sean atribuidas de forma indirecta mediante la concesión de una prestación a la persona atendida-, no es eso lo habitual y, por lo general, se articula como uno, entre otros, de los posibles usos que la persona usuaria puede dar a la prestación económica o al fondo individual que le es asignado; es decir, que en muchos sistemas, sólo existe un tipo de medida prestacional para la adquisición de atención –ya sea en dinero o en forma de fondo personal– y puede utilizarse para la adquisición de diferentes tipos de atención –para adquirir un servicio prestado por una entidad, para contratar la atención de un asistente personal o de un cuidador profesional, o para compensar a un familiar–, cumpliendo así, por una sola vía, las funciones que aquí se asignan a tres tipos diferentes de prestaciones.

- Tercero, porque también interesa conocer el tratamiento que en otros países se da a las prestaciones de asistencia personal en el marco de los modelos de vida independiente para las personas con discapacidad, todavía muy modestamente desarrollados en nuestro ámbito.

El informe no se extiende, en cambio, aunque en algunos casos puedan guardar cierta vinculación con las fórmulas económicas referidas, a las prestaciones económicas básicas no finalistas, es decir, no asignadas expresamente para la adquisición de atención o para su compensación, tradicionalmente enmarcadas en los sistemas de Seguridad Social, ni a las fórmulas de conciliación de la vida laboral y profesional que, en ocasiones, incluyen prestaciones económicas destinadas a las personas que ejercen funciones de atención informal.

2.2. Países seleccionados.

Las fórmulas de asignación económica individual se ajustan a una tipología muy diversa y la opción en los diferentes países por unas u otras combinaciones debe interpretarse en su contexto específico de aplicación, es decir en el marco político-administrativo que las establece o promueve, pero también en la cultura y tradición

de protección social que las antecede y en las corrientes y movimientos sociales que las generan y dinamizan. En eso radica la dificultad de los análisis comparativos internacionales, y esa dificultad determina la relatividad de las comparaciones.

Con todo, y asumiendo esas limitaciones, es posible tratar de detectar y de interpretar las grandes tendencias que se observan en el panorama internacional y, sobre esa base, describir las principales medidas y los elementos básicos que las definen y modulan, analizando comparativamente las opciones que, con respecto a esos elementos básicos, han realizado los diferentes sistemas.

Siguiendo esa pauta, en este informe, la comparativa internacional se presenta en forma de análisis transversal de los sistemas de asignación económica individual aplicados en una selección de países. Esa selección obedece a dos criterios:

- Por un lado, la necesidad de observar nuestra realidad más próxima, es decir la europea, tratando de recoger ejemplos suficientemente representativos y documentados de la gran diversidad existente en el diseño y articulación de las fórmulas de asignación económica individual: Suecia, como ejemplo del modelo nórdico; Francia, Alemania, y Holanda, como ejemplos del modelo continental; Reino Unido (y más específicamente Inglaterra), como ejemplo del modelo anglosajón.
- Por otro lado, la necesidad de contrastar esta realidad con la existente en Estados Unidos, habida cuenta del carácter pionero 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 la siguiente tabla, se listan las fórmulas económicas analizadas para cada uno de los países seleccionados y para cada uno de los dos grandes grupos de medidas.

**TABLA 2. FÓRMULAS DE ASIGNACIÓN ECONÓMICA INDIVIDUAL
ANALIZADAS EN EL INFORME COMPARATIVO**

Tipo de medida	País	Denominación
<i>Prestaciones económicas y fondos individuales asignados a la persona usuaria para la adquisición de atención</i>	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>Anbörighbidrag</i>	
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona – <i>Consumer-directed care programs.</i>	
<i>Prestaciones económicas directas a la persona cuidadora</i>	Reino Unido	Prestación económica a cuidadores – <i>Carer's allowance</i>
	Suecia	Prestación económica a cuidadores de personas mayores - <i>Anböriganställning</i>

Complementariamente al análisis transversal, y con el fin de facilitar la contextualización, se han incluido en el Anexo I, fichas descriptivas de los sistemas vigentes en los países de referencia. Aunque se ha tratado de ordenar la información ajustándola siempre a un mismo esquema, no se ha podido evitar, debido a la muy desigual información disponible sobre los mismos, que el nivel de exhaustividad sea variable.

Al analizarlos, conviene tener presente que estos sistemas prestacionales son muy jóvenes y están sujetos a continuos cambios, tanto porque su evolución tiende, en casi todos los casos, a superar las previsiones iniciales de demanda y gasto público, quedando entonces sometidos a revisión para modular el acceso o mejorar las medidas de supervisión de su aplicación, como porque, a medida que se avanza en una dirección y se afianzan determinadas alternativas, surgen nuevas posibilidades de aplicación que, de nuevo, fuerzan a revisar el diseño establecido. De hecho, la mayoría de los sistemas analizados son el resultado de diferentes intentos y de sucesivas reformas, algunas de ellas en curso actualmente: Alemania está en sus

primeras fases de implantación de una modalidad de fondo personal integral; Holanda tiene prevista para el año 2012 la entrada en vigor de una reforma ya diseñada; en Suecia también, es posible que, en esta nueva legislatura, se considere la reforma de la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad.

Por último, interesa destacar, por su importancia en el diseño de las políticas públicas, que todos los países, antes de optar por unas u otras fórmulas o de modificar las existentes, acostumbran a someterlas a ensayo en proyectos piloto de cierta envergadura, que ofrecen una base sólida para la reflexión, al debate y a la toma de decisiones.

2.3. Mecanismos de control, supervisión y garantía de calidad.

Los mecanismos de control integrados en los sistemas se incorporan de diferentes modos:

- pueden constituirse en requisitos de acceso a la fórmula de asignación individual o a algunas de sus ventajas;
- pueden articularse como limitaciones aplicadas a los posibles usos de la prestación o del fondo individual;
- puede también arbitrarse en forma de dispositivos de seguimiento y supervisión orientados a verificar el uso real que se le da y a garantizar la calidad de la atención prestada a su amparo.

Con el fin de hacer más visibles las posibilidades que abren las distintas medidas, se han clasificado atendiendo a diferentes criterios: primero, en base a un criterio temporal, diferenciando entre las que son aplicables antes del acceso a la prestación y las que son aplicables durante el disfrute de la prestación; después, y respetando esa primera clasificación temporal, se ordenan en función de sus objetivos, de su aplicabilidad según el tipo de prestación y el tipo de atención y según su naturaleza. También se ordenan atendiendo a un criterio geográfico, indicando en qué países, de los seleccionados para el análisis, se aplican.

Hecha esa ordenación, cada una de las medidas de control y supervisión detectada se presenta en una ficha individual en la que se define, se indica sus características básicas y se ilustra con algunos ejemplos internacionales.

2.4. La estructura del informe.

El informe se basa en un exhaustivo análisis de la literatura especializada, completado con las aportaciones y aclaraciones ofrecidas por expertos internacionales contactados con esta finalidad (véase Anexo III).

Sobre la base de esta información, el informe se estructura en los siguientes contenidos:

- Presentación del contexto general, que determinó la progresiva introducción, en diferentes países, de fórmulas de asignación económica individual para la adquisición de servicios o para la compensación de la atención informal, en la medida en que resulta muy explicativo de sus diversas funcionalidades, atendiendo a las razones y los objetivos de su adopción en unos u otros modelos de atención, lo que, a su vez, facilita la comprensión y permite una interpretación más certera de la comparativa internacional.
- Comparativa global y transversal de las fórmulas de asignación económica individual incorporadas a los sistemas para conocer las peculiaridades de su articulación y sus principales características, en términos de acceso, usos posibles, modos de gestión y nivel de utilización.
- Análisis de los mecanismos de control, supervisión y garantía de calidad previstos en los diferentes sistemas.
- Propuestas sobre elementos o características que podrían incorporarse al modelo de prestaciones económicas aplicado en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.
- Fichas descriptivas de los sistemas vigentes en los países seleccionados para el análisis – Anexo I.
- Correspondencias normativas de las medidas de control, supervisión y garantía de calidad previstas en Gipuzkoa en relación con la prestación

económica de cuidados en el entorno y con la prestación económica de asistencia personal – Anexo II.

- El informe se cierra con la lista de personas expertas contactadas (Anexo III) y con la bibliografía utilizada para su elaboración.

3. EL CONTEXTO GENERAL DE INTRODUCCIÓN DE LAS FÓRMULAS DE ASIGNACIÓN ECONÓMICA INDIVIDUAL.

Aunque con antecedentes en décadas previas, puede decirse que los años 90 fueron los que marcaron, si no la aparición, sí el progresivo 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, como alternativa a la prestación de servicios en especie. En este capítulo, se tratará de determinar de dónde surgió la necesidad de introducirlas y en qué marco se produjo su introducción.

3.1. La necesidad de cambio.

A pesar de la diversidad de los contextos nacionales en los que aparecen las fórmulas de asignación económica individual, se observa en el panorama internacional de finales de la década de los 80 y durante los años 90, una serie de circunstancias comunes, que si bien no siempre están presentes con la misma intensidad, de algún modo actuaron como vectores de convergencia que, en mayor o menor grado, 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, rebasando 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 personales¹⁰ no institucionales, a partir de entonces destinado a constituir un área esencial de las políticas de protección.

Ésta era una crisis tanto organizativa –determinada por la rigidez y 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–, y el problema esencial que las nuevas políticas debían resolver era ampliar la oferta servicios sin que eso se tradujera en una presión excesiva en los costes. Esta necesidad entraba en contradicción con los límites presupuestarios y fiscales, pero también con la inercia y lo que se percibía como una excesiva burocratización de los modelos vigentes, de modo que se vio necesario encontrar nuevas fórmulas organizativas que hicieran viable la expansión del sistema:

- 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;

¹⁰ En el ámbito europeo el término “sistema de servicios sociales” 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 nivel europeo para aludir a lo que en nuestro ámbito conocemos como servicios sociales es la de “servicios sociales personales”.

- 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 económica del modelo, se estaba produciendo un movimiento de fondo en la población atendida, a resultas del cual se fue imponiendo una corriente que, desde un enfoque progresista y de reconocimiento de derechos, pretendía establecer un sistema de atención centrado en la persona usuaria y en la promoción de su autonomía, de su libre elección y de su autodeterminación.

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

En respuesta a esa insatisfacción, y en acuerdo también con planteamientos innovadores de intervención defendidos por algunos teóricos y promovidos por

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

En cierto modo, puede decirse que las demandas y deseos manifestados por las personas usuarias de contar con servicios menos estandarizados, más ajustados a las necesidades 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 cómo los valores de personalización de la atención, de empoderamiento, de autodeterminación y de derecho de elección se integraron en el discurso público de los diferentes modelos de servicios sociales y cómo se impuso, en todos ellos, la necesidad de ajustar mejor la oferta de servicios y el modelo de atención a las necesidades individuales y, en lo posible, a las preferencias de la persona usuaria. Se pasaba así del paradigma de la atención ofrecida en función de la red de servicios, al paradigma de la atención ofrecida en función de las necesidades individuales. Esto ocurrió, con mayor o menor énfasis, en todos los sistemas:

- Para los sistemas de corte liberal, este reforzamiento de la dimensión individual encajaba muy bien con los planteamientos de mercado, en los que éste se caracteriza por ofrecer alternativas diversas y es el consumidor quien elige la

fórmula que más le conviene, que mejor responde a sus necesidades y preferencias.

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

3.2. Los cambios.

El contexto exigía cambios: había que responder a este conjunto de necesidades y demandas con una reorganización de los sistemas de servicios sociales. Las medidas adoptadas con ese objetivo de reorganización 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.

3.2.1. La apertura al sector privado.

Lo primero que se hizo 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, destacando un progresivo incremento en la prestación de servicios desde el sector privado, tanto desde las entidades mercantiles como desde las organizaciones no lucrativas, en la mayoría de los países europeos, si bien con marcadas diferencias de intensidad y orientación.

En coherencia con esa expansión, se produjo una intensificación de la intervención de la administración en funciones a las que hasta entonces no se habían dedicado o 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 los mismos, y esto 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 de relación, reflejo de un progresivo acercamiento a lo privado:

- Así, en algunos países, se implantaron 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 si bien no supuso sistemáticamente la privatización del sistema de prestación, sí traslucía una clara modificación de los principios de actuación y de 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. Simultáneamente a esta mayor regulación o formalización de las relaciones con el tercer sector, 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 facilitó la ampliación de la red de servicios y garantizó una mayor variedad en la gama de alternativas de apoyo disponibles, respondiendo así, al menos parcialmente, a algunas de las necesidades detectadas y de las demandas manifestadas.

Con todo, quedaban 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 mismas, 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 a la ampliación de la red formal de servicios.

La necesidad de aportar respuestas a estas realidades fue la que llevó a la introducción de las fórmulas de asignación económica individual para la adquisición de servicios de apoyo y atención personal:

- 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 eficaz de contención del gasto.

La introducción de las fórmulas de asignación económica individual suponía un paso más claro todavía que los anteriores hacia un mayor protagonismo de lo privado y, en consecuencia, a un posible debilitamiento de lo público. En sí, parecían fórmulas más propias de sistemas de corte liberal que de sistemas de tradición socialdemócrata y esto es, en buena medida, lo que desde un punto de vista ideológico, las hace tan controvertidas.

De hecho, la introducción de las fórmulas de asignación económica individual ha generado, tanto en Europa como en Norteamérica, tensos debates, de corte teórico, ideológico y de práctica administrativa, con respecto al impacto que, a largo plazo, pudiera tener en la estructura del Estado de 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 solidaria; y las organizaciones con ánimo de lucro como representación del mercado.

Las argumentaciones tienden –esa es su función–, a analizar 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 –situación que, si dista mucho de la realidad actual en la mayoría de los países, se empieza a vislumbrar como posible en otros¹¹–; 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

¹¹ En el Reino Unido, los fondos individuales se encuentran ahora disponibles para todos los colectivos y las Administraciones tienen, desde el 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.

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, formará parte de la población en situación de precariedad económica.

Aunque un panorama tan hipotético puede parecer improbable y, por lo tanto, los términos del debate algo exagerados, pueden explicarse, además de por su rápida extensión y acusado crecimiento, por su inmenso potencial de cambio, que genera a la vez esperanzas y temores. Esta nueva vía lleva aparejada la carga propia de las innovaciones que abren la puerta, aunque sea tímidamente, a un cambio de filosofía, y despierta la necesidad de mantenerse alerta, de prevenir y velar por sus posibles consecuencias¹², abogando así en contra de una adopción irreflexiva de estas fórmulas. A esto se suma, cuanto conllevan de cuestionamiento fundacional, en la medida en que la frontera entre prestación en especie y prestación en metálico ha sido, tradicionalmente, una de las líneas divisorias básicas entre el modelo liberal y el modelo socialdemócrata. La introducción de fórmulas de asignación económica individual tiene pues, al margen del peso que realmente adquieran en cada estado, un fuerte contenido simbólico.

Es cierto, sin embargo, que su introducción 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 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, su finalidad y sus posibles 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, y la coyuntura específica en la que se implantan y mantienen, de tal suerte que, hay países que instrumentan estas

¹² 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.

alternativas con unos objetivos claramente centrados en la reducción de costes y en el progresivo retranqueamiento de lo público, y países que, por el contrario, las introducen con el fin principal y último de favorecer el ejercicio del derecho de elección de las personas usuarias, sin que conlleve ninguna merma del sector público de servicios sociales, ni ningún debilitamiento del Estado de Bienestar, sino, por el contrario, un avance hacia su modernización.

4. ANÁLISIS COMPARATIVO INTERNACIONAL DE LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS MODELOS PRESTACIONALES.

4.1. El contexto: origen y finalidades de las fórmulas de asignación económica individual.

El contexto general de introducción es el que se acaba de describir, pero el peso de los diversos factores que marcaron ese contexto difiere muy considerablemente entre unos y otros países y la combinación de objetivos perseguidos también es muy variable, siendo habitual que confluyan diferentes elementos contextuales y que, a su vez, determinen diversas finalidades, que finalmente se han instrumentado 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, organizados en el movimiento de vida independiente, y por sus reivindicaciones en términos de autonomía para decidir sobre su forma de vida.

Ese fue el caso, primero en Estados Unidos, en donde, en la década de los 70, surgió el movimiento de vida independiente. Como ya se ha dicho, este movimiento ejerció fuertes presiones y lideró una reivindicación básica para ese colectivo: la de contar con medios económicos suficientes destinados a la adquisición de los apoyos personales que les fueran necesarios para poder llevar una vida independiente. Esto se tradujo en la aparición de toda una serie de iniciativas –unas veces estructuradas y financiadas a nivel estatal, en el marco de sus políticas sociales, y otras, en el marco de los programas que desarrollan con la financiación federal¹³– caracterizadas por el protagonismo otorgado a la persona usuaria en la selección y contratación de su o sus asistentes personales, en la definición de sus tareas y en la organización de sus horarios. En un primer momento, la mayoría de estos programas adoptaron la forma

¹³ La financiación federal se da en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad *Medicaid*, destinado a las personas con bajos niveles de ingresos.

de un fondo o presupuesto individual al que se asignaban, tras la pertinente valoración por los servicios sociales públicos, una serie de horas de atención determinadas en función de las necesidades de apoyo, que la persona beneficiaria podía utilizar para contratar los servicios de un asistente personal, al que luego la administración transfería la cuantía correspondiente; más adelante, tanto a nivel estatal, como en el marco federal, se han puesto en marcha iniciativas en las que la persona usuaria puede acceder directamente a la cuantía de ese fondo individual en metálico, es decir en forma de prestación económica equivalente al número de horas de atención que le correspondan.

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, el Reino Unido y Suecia.

- En el Reino Unido, las cosas empezaron a moverse a mediados de los 80 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 para las personas con discapacidad, más autónoma, sobre la base de principios de justicia social y empoderamiento. Como en Norteamérica, 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. Esta defensa llevó a que, incluso antes de la introducción de las fórmulas de asignación económica individual, algunas administraciones locales optaran por experimentar esta vía de modo indirecto, con la intermediación de organizaciones sin ánimo de lucro que, si bien formalmente aparecían como beneficiarias directas de una subvención para el desarrollo de programas de vida independiente, en la práctica, actuaban como transmisoras de esas cuantías económicas a las personas con discapacidad, actuando además como servicio de información, asesoramiento y gestión. Inicialmente, las principales dudas u objeciones que planteaba la introducción de estas fórmulas se

centraban en si 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 esta experiencia y 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– calmó los ánimos y fue el detonante inmediato de 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 (*NHS and Community Care Act*) 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 que, las prestaciones económicas directas a cuidadores, dada su baja cuantía y su alta exigencia en términos de intensidad de apoyo, no conseguían apoyar.

Lo anterior llevó a que el ejecutivo británico diera entrada a estas medidas en la *Community Care (Direct Payments) Act de 1996*, por la que se otorgaba 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. Como se verá más adelante, con el tiempo, la fórmula ha evolucionado en muchos aspectos: primero, en forma, pasando de ser una prestación económica a integrarse en fondos personales; segundo, en ámbito, extendiéndose, en el año 2000, a las personas mayores de 65 años, a los cuidadores informales mayores de 16 años, a las personas con discapacidad de 16 y 17 años y a los padres de niños con discapacidad menores de 16 años; tercero, en imperatividad: hasta el 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 Suecia, las primeras voces del movimiento de vida independiente se oyeron a comienzos de los 80, 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 municipales –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 apostaban por una extensión de la cobertura y de la diversidad de la red de servicios existente–. Siendo esas las primeras reacciones, durante los primeros años sólo algunos municipios se lanzaron a intentarlo, apoyando económicamente algunas iniciativas de esta naturaleza, pero, para el año 1993, el movimiento había alcanzado tal reconocimiento social y tal fuerza, que se aprobaron dos leyes cuyo objetivo principal era aportar vías de solución a las desigualdades que, según un informe de gran impacto titulado “Una sociedad para todos”, persistían entre las personas con discapacidad y el resto de la sociedad. La Ley sobre Apoyo y Servicios a Personas afectadas por Incapacidades Funcionales (*Lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS*) rompe así con la tradición sueca de las leyes marco aplicables al conjunto de la ciudadanía y detalla una serie de medidas específicas cuyo objetivo es facilitar la integración social y profesional de algunos grupos de personas con importantes necesidades de apoyo para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y para la inclusión y la

participación social: a saber las personas con discapacidad intelectual, las personas autistas, las personas con lesiones cerebrales y, en general, todas las personas con grandes discapacidades físicas y psíquicas. Esta ley impone a las administraciones locales la obligación de garantizar a estas personas unas condiciones de vida dignas, ofreciéndoles el apoyo y la ayuda que requieran, pero también ofreciéndoles la posibilidad real de participar directamente en las decisiones sobre los tipos de servicios ofrecidos. La más innovadora de esas medidas era la asistencia personal, que se definía como un apoyo individualizado, ofrecido por un número limitado de personas de apoyo o asistentes personales para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (incluida la comunicación), debiendo dicho apoyo estar disponible en todo momento para ofrecer a la persona la posibilidad real de llevar una vida autónoma, e insistiendo en la importancia de que pueda tomar parte activa en la elección de sus asistentes personales, en la definición de sus horarios y de los tipos de apoyo requeridos. Esta ley se vio acompañada de otra que, con el fin de no imponer una carga económica excesiva a las administraciones locales, reguló la financiación de la prestación en el marco de la Seguridad Social, para las personas que, siendo beneficiarias de la prestación municipal de asistencia personal, que requirieran más de 20 horas semanales de atención para la cobertura de sus necesidades básicas.

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 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: tanto con la red de atención formal, para compensar sus insuficiencias, como 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 austriacos:
 - 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.
 - Promover la extensión de una red de servicios sociales insuficiente para responder a las necesidades de atención.
 - Promover la competencia entre proveedores de servicios con el fin de reducir los costes.

- En Holanda, la prestación económica –integrada en un fondo personal o individual– se sumó en 1995, tras un periodo experimental iniciado en 1991, al sistema de cuidados de larga duración existente desde 1968¹⁴ 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.

¹⁴ Holanda fue el primer país europeo en crear un sistema específico de atención para las necesidades de atención personal asociadas a la discapacidad y la dependencia.

- Estos 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 están presentes, en mayor o menor medida, en todos los sistemas. La diferencia estriba en el peso que tuvieron, en lo determinantes que fueron para optar por estas vías. En la tabla se indica, para cada país, las principales finalidades que perseguían, sin que eso signifique que las demás quedaran al margen de su génesis.

TABLA 3. PRINCIPALES FINALIDADES
DE LAS FÓRMULAS DE ASIGNACIÓN ECONÓMICA INDIVIDUAL

Finalidades perseguidas	Alemania	Austria	Francia	Holanda	Reino Unido	Suecia	Estados Unidos
Promover la autonomía y el derecho de elección					✓	✓	✓
Favorecer la permanencia en el domicilio	✓	✓			✓		
Diversificar la red de servicios				✓	✓	✓	✓
Compensar la insuficiencia de la red de servicios	✓	✓	✓				
Aflorar situaciones de economía sumergida y crear empleo			✓	✓			
Retener a la red informal	✓	✓					
Contener el gasto público	✓	✓		✓	✓		✓

El 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 decisivo 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 muy elevados, pero no es imposible que esto cambie, porque, como se verá más adelante, estos costes han sido ya objeto de duras críticas por parte del Tribunal de Cuentas del país nórdico y es posible que esto sólo indique el comienzo de una próxima reforma.

4.2. La orientación general: prestación en especie versus prestación económica

Las fórmulas de asignación económica individual constituyen en la actualidad un fenómeno considerablemente generalizado, aunque no siempre introducido ni por las mismas razones, ni con las mismas finalidades, ni con la misma intensidad y, por lo tanto, no siempre dotado del mismo peso en los sistemas de cuidados de larga duración. Al margen de las diferencias específicas, que se irán analizando a lo largo del informe, y al margen también del volumen o del 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 que, sobre todo, ve en estas vías una solución posibilista ante las previsiones de crecimiento del gasto público en cuidados de larga duración, a la par que 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 la generalización de 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: sistemas 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 países que disponen de una red formal de servicios muy poco desarrollada –es el caso, sobre todo, en algunos países europeos continentales –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.

- La orientación más restringida es la que se corresponde con 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 sistemas 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 incluido en la selección de países analizados. 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.

Desde esta óptica, puede decirse que el modelo aplicado en nuestro ámbito se acerca más al modelo sueco que a los modelos del primer grupo, en la medida en que tanto la prestación de cuidados en el entorno como la prestación vinculada al servicio tienen, normativamente, carácter excepcional, optándose por un principio de prioridad a la prestación de servicios en especie, que se recoge explícitamente en el artículo 14.2 de la Ley 3972006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

4.3. El marco administrativo, normativo y competencial: variabilidad en el grado de regulación

4.3.1. El marco administrativo y normativo.

La mayoría de los países enmarcan las fórmulas de asignación económica individual en sistemas específicos de atención a personas que requieren cuidados de larga duración, es decir a personas que, de forma más o menos permanente –y los criterios de permanencia también son variables– requieren la ayuda de otra o de otras para desempeñar las actividades de la vida diaria. Así lo hacen los países continentales de la muestra seleccionada –Alemania, Austria, Holanda y Francia–, así como, por lo general, Estados Unidos, aunque aquí pueden existir variantes estatales.

Suecia es un caso muy particular: ha creado un modelo de asistencia personal, destinado a las personas con discapacidad menores de 65 años, claramente diferenciado del conjunto del sistema; las necesidades de larga duración de las personas mayores de esa edad, en cambio, no tienen un tratamiento específico, sino que se integran en el sistema general de servicios sociales y las prestaciones económicas existentes en relación a este colectivo –tanto la prestación económica de apoyo a domicilio como la prestación económica para cuidadores, ambas de carácter muy residual– también adoptan ese marco de referencia.

El Reino Unido, por su parte, aunque otorga las competencias en relación con los cuidados de larga duración a las regiones –Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del

Norte— no cuenta, de momento, aunque han existido diversas propuestas al respecto con sistemas específicos de atención a la dependencia, y sus fórmulas de asignación económica individual se enmarcan en el sistema de servicios sociales, y más concretamente, en el sistema de atención comunitaria.

La respectiva situación de los países se refleja en el tipo de regulación adoptado:

- Alemania, Austria y Holanda han regulado sistemas de atención a la dependencia en normativas especiales, que abarcan al conjunto de los colectivos que se encuentran en esa situación.
 - Francia y Suecia también regulan sistemas de atención a la dependencia, pero de carácter específico: Francia prevé dos fórmulas diferenciadas, una aplicable a las personas con discapacidad y otra a las personas mayores; Suecia la prevé únicamente para las personas con discapacidad, mientras que la atención de las personas mayores dependientes queda enmarcada en el sistema general de servicios sociales.
 - En Estados Unidos, las fórmulas de asignación económica individual se regulan en normas específicas de nivel estatal que, habitualmente, se enmarcan en planes o convenios bilaterales establecidos entre el gobierno federal y cada Estado.
 - Por último, el Reino Unido ha aprobado normas específicas de regulación de las fórmulas de asignación económica individual, pero siempre enmarcadas en el cuerpo legislativo regulador de la atención comunitaria.
- Sea cual sea el marco elegido, su peso real queda totalmente determinado por el carácter universal o selectivo que adopte, dado que es éste el responsable de la amplitud de su cobertura. En la selección de países adoptada para este informe, los dos únicos sistemas abiertamente selectivos —a veces también referidos como residuales— son el de Estados Unidos y el del Reino Unido: el primero sólo atiende a personas que, además de cumplir los requisitos de necesidad de atención, se encuentran por debajo de un determinado nivel de ingresos y, en el segundo, el sistema atiende al conjunto de la población, pero la financiación

pública sólo está disponible para persona por debajo de un determinado nivel de ingresos (salvo en Escocia en donde el sistema ha establecido la gratuidad de la atención personal tanto cuando la misma se da en el domicilio como cuando se da en el ámbito residencial). En su estructuración, el sistema alemán también resulta selectivo, aunque de un modo indirecto y con un impacto muy limitado: en efecto, el Seguro de Cuidados de Larga Duración que se introdujo como 5º pilar de la Seguridad Social, y en el que se enmarca la prestación económica, dio cobertura, cuando se introdujo a las personas que estaban cubiertas por el Seguro de Enfermedad, mientras que quienes no lo estaban (funcionarios, profesionales autónomos o personas con un nivel de ingresos superior al máximo permitido para acceder al Seguro de Enfermedad) tuvieron que contratar un Seguro privado de Cuidados de Larga Duración, debiendo éste, por imperativo legal, ofrecer exactamente las mismas prestaciones y servicios que el Seguro público. En la actualidad, aproximadamente el 90% de la población está cubierta por el Seguro público y el 10% restante por el Seguro privado.

En los demás países, los sistemas en los que se enmarcan las fórmulas de asignación económica individual, ya se trate de sistemas de cuidados de larga duración o de atención a la dependencia, ya de sistemas de servicios sociales, son universales: no condicionan el acceso al nivel de recursos aunque éste intervenga para modular la cuantía del copago y siempre se accede, en alguna medida, a la financiación pública. Austria y Suecia, son, desde esta perspectiva, los modelos más generosos, puesto que tanto la prestación austriaca de cuidados de larga duración como la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad no quedan sujetas a la participación económica de la persona usuaria.

	Sistema General de Cuidados de Larga Duración	Sistema Específico de Cuidados de Larga Duración	Sistema General de Servicios Sociales
Sistema universal	Alemania Austria Holanda	Francia Suecia (Discapacidad)	Suecia (Mayores)
Sistema selectivo	Estados Unidos		Reino Unido

4.3.2. El marco competencial.

En términos competenciales, existe, en los modelos que han optado por sistemas generales de cuidados de larga duración, un denominador común: la regulación del derecho recae en el nivel más general –estatal o federal, según la estructura político-administrativa–: es el caso de Alemania, Austria, Francia, Holanda, Suecia (en lo que se refiere al sistema específico de atención a las personas con discapacidad) y Estados Unidos, aun cuando el desarrollo normativo pueda recaer en el nivel provincial, como ocurre en Austria. Por otra parte, el reconocimiento del derecho individual y la aplicación del sistema recae más habitualmente en niveles administrativos descentralizados, es decir, en las administraciones regionales o provinciales, o también las administraciones municipales, salvo en Holanda, y salvo en determinadas modalidades prestacionales en Suecia y en Austria: en el caso de la prestación sueca de asistencia personal para personas con discapacidad, la valoración de necesidades y la concesión de la prestación de asistencia personal de la Seguridad Social –concedida para dar cobertura a las necesidades de apoyo que superan el límite de 20 horas semanales– recaen en esta última, es decir en el nivel estatal, mientras que los municipios son responsables de dar cobertura a las primeras 20 horas semanales en el caso de la población con discapacidad, así como de la atención correspondiente a la población mayor de 65 años; en Austria, las administraciones provinciales son responsables de cubrir la atención personal a personas con discapacidad, mientras que el Estado asume esa responsabilidad en relación con la población mayor de 65 años. El Reino Unido es el caso más alejado de la pauta general, recayendo en todos los casos la competencia en las administraciones municipales.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL

País	Regulación		Reconocimiento del derecho
	Nivel	Normativa	
Alemania	Federal	<i>Pflegeversicherungsgesetz –PflVG.</i> Seguro de Cuidados de Larga Duración – Libro XI del Código Social. 1995 Reformas posteriores: 2003 y 2008.	Federal
	Federal	<i>Socialgesetzbuches IX (17 Abs. 2 SGB IX)</i>	Federal
Austria	Estatal	<i>Bundespflegegeld.</i> Ley de Cuidados de Larga Duración. 1993.	Provincial
	Provincial	Desarrollo normativo	Provincial
Francia	Estatal	<i>Loi 2001-647, du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.</i> Ley 2001-647 de 20 de julio de 2001 sobre atención a la pérdida de autonomía de las personas mayores y sobre la prestación personalizada de autonomía.	Departamental
	Estatal	<i>Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.</i> Ley 2005-102, de 11 de febrero de 2005, para la igualdad de derechos y de oportunidades, la participación y la ciudadanía de las personas con discapacidad.	Departamental
Holanda	Estatal	<i>Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten AWBZ 1968.</i> Sistema de Cuidados de Larga Duración. La introducción en el sistema de la prestación económica data de 1995. Reformas posteriores: 2003 y 2007.	Regional (Mutuas de Seguro Sanitario)
Reino Unido	Regional*	<i>Community Care (Direct Payments) Act. 1996.</i> <i>Community Care (Direct Payments) Amendment Regulations 2000.</i> <i>Carers and Disabled Children Act 2000</i> <i>Health and Social Care Act 2001</i>	Municipal
Suecia	Estatal	<i>Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.</i> Ley sobre Apoyo y Servicios a personas afectadas por incapacidades funcionales. 1993. <i>Lagen (1993:389) om assistansersättning.</i> Ley reguladora de la prestación de asistencia personal. 1993.	Municipal Estatal: cuando la persona requiere más de 20 horas de apoyo semanal
	Municipal	Regulación de las prestaciones económicas en el ámbito de las personas mayores	Municipal
Estados Unidos	Federal	Marco general del Seguro de Enfermedad para personas con bajo nivel de ingresos – <i>Medicaid.</i>	Local
	Estatal	Normativa estatal reguladora de los programas de asistencia personal.	

* La normativa inicial - *Community Care (Direct Payments) Act. 1996*- era aplicable al conjunto del Reino Unido, pero a partir de 1998 cada una de las naciones que componen el país es competente en esta materia. El informe toma como principal referencia la situación en Inglaterra, que es el ámbito que más ha desarrollado las fórmulas de asignación económica individual.

4.4. Ámbito de atención: sistemas únicos versus sistemas diferenciados.

4.4.1. Estructura del sistema

En términos generales, las prestaciones económicas y los fondos personales asignados a la persona usuaria para la adquisición de atención se dirigen a todas las personas que requieren, de forma duradera o permanente, apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria. Con todo, y aun siendo ese el criterio general, se observan especificidades entre los países estudiados. Uno de los principales criterios de diferenciación entre unos sistemas y otros está en su opción por un único sistema de atención destinado a todas las personas que cumplan los requisitos de acceso en términos de necesidad de apoyo, sin consideración de la condición que origina la necesidad –como hacen Alemania, Austria, Holanda, Reino Unido y Estados Unidos– o por sistemas diferenciados en función del colectivo atendido –como hacen Francia y Suecia, que cuentan con un dispositivo específicamente destinado a las personas con discapacidad, y otro destinado a las personas mayores de 60 años (en Francia) y de 65 (en Suecia), aunque en ambos modelos, las personas con discapacidad que hayan accedido al sistema de asistencia personal antes de alcanzar ese límite de edad pueden permanecer en él una vez alcanzado el mismo.

Por lo que se refiere a las prestaciones económicas concedidas directamente a las personas cuidadoras, presentan diferencias de ámbito de atención en los dos únicos países en los que existen: en Suecia, sólo se dirigen a cuidadores de personas mayores; en el Reino Unido, en cambio, se destinan a las personas que atienden a otras que requieren apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria, ya sean personas mayores, personas con discapacidad o personas con enfermedad mental.

Todos los países designan como beneficiarias directas de las diversas medidas prestacionales para la adquisición de atención a las personas que requieren los apoyos objeto de financiación (cosa distinta es el destino o la utilidad que estas personas deben dar a la prestación económica concedida o al fondo personal asignado y si

pueden o deben utilizarla para compensar económicamente a la persona cuidadora informal, aspecto que se trata en el apartado 4.6.). El Reino Unido es el único país de la selección estudiada que admite como beneficiario directo de estas modalidades prestacionales a las personas cuidadoras, pero sólo para acceder a servicios de respiro o de apoyo destinados a los propios cuidadores, reconociéndolos así como sujetos de derecho.

4.4.2. Personas beneficiarias

Dado que las fórmulas de asignación económica individual conllevan, para la persona beneficiaria, la asunción de funciones que, en caso de acceder a los servicios en especie, serían desarrolladas por los servicios sociales públicos –en particular, en relación con la contratación de servicios, el pago de los servicios contratados, la coordinación de las intervenciones–, una de las cuestiones más controvertidas, es la de si conviene o no abrir el acceso a estas fórmulas a personas con dificultades para la toma de decisiones, en concreto a personas con discapacidad intelectual, con trastornos del desarrollo, con enfermedad mental o con demencia. La mayoría de los países optan por permitirlo, considerando que pueden actuar a través de representantes legales o de grupos de apoyo a la toma de decisiones constituidas por personas allegadas (no necesariamente familiares) que defienden sus intereses y actúan en su nombre. Estados Unidos es, quizá, el contexto en el que, en la práctica, más se cuestiona esta apertura, cerrándose en algunos estados el acceso a estas fórmulas a quienes no tengan capacidad para asumir esas funciones.

En el caso de las prestaciones económicas directas al cuidador informal, los destinatarios también varían: en Suecia, sólo se destina a los familiares que actúan como cuidadores informales, entendiendo que cualquier otra persona cuidadora podría ser compensada económicamente directamente por la persona usuaria a través de la prestación económica de ayuda a domicilio para personas mayores. En el Reino Unido, las prestaciones a cuidadores tienen un espectro más amplio y pueden concederse a cualquier persona mayor de 16 años, tenga o no relación de parentesco,

que desarrolle las funciones de atención informal. En ambos casos, como se verá más adelante, las intensidades de la atención informal tienen que ser muy elevadas.

4.5. Las modalidades: de las prestaciones económicas a los fondos personales.

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 “*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 diferentes 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, en base a algunos proyectos de carácter experimental –lanzados bajo el nombre “*Cash and Counselling Demonstration*”– 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 hace una valoración de 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, quedando en este caso 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, en 2006 inició esta tendencia cuando, en su Libro Blanco sobre Servicios Comunitarios, el ejecutivo anunció su deseo de introducir en el sistema la modalidad de fondos individuales, lanzando poco después la puesta en marcha con carácter experimental de 13 proyectos piloto desarrollados en diferentes municipios. En la actualidad, siguen extendiéndose, si bien, hasta la fecha, la introducción de estos fondos se ha realizado únicamente por vía de documentos programáticos, sin reflejarse en la legislación.

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. A lo largo de esta última década, se han barajado dos modalidades:

- El fondo personal –*personal budget*– sería 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 en base al nivel de apoyo que requiere;
 - cuantías derivadas de otras prestaciones o servicios propias 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 Lander. Desde el año 2008, este modelo se ha incorporado al dispositivo de cuidados de larga duración, aunque siga vigente la anterior. 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.

Dado su carácter experimental y la escasa información disponible con respecto a esta nueva modalidad, en este análisis sólo se recoge fundamentalmente la información referida a la prestación económica vigente en la actualidad, salvando breves menciones al fondo personal integral en algunos apartados.

TABLA 5. 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 persona mayores
	Prestación compensatoria de la discapacidad - <i>Prestation de Compensation du Handicap</i>	Prestación económica destinada a persona 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"> ▪ En metálico ▪ En especie ▪ Combinando ambas alternativas: una parte en metálico y otra especie
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"> ▪ En metálico ▪ En especie ▪ Combinando ambas alternativas: una parte en metálico y otra especie
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>Anbörigbidrag</i>	Prestación económica
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona* – <i>Consumer-directed care programs.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fondo personal valorado en horas de atención. ▪ En los últimos, se está probando en algunos estados una fórmula de fondo personal valorada en dinero y concedido en forma de prestación económica.

* 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.

Las prestaciones y fondos personales para la adquisición de atención 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 misma recae en el ámbito estatal. En la siguiente tabla, se detalla, para cada prestación, si la modalidad prestaciones para la adquisición de atención es un modo de acceso de carácter optativo o si, por el contrario, constituye la vía única de ejercicio del derecho.

TABLA 6. PRESTACIONES ECONÓMICAS Y FONDOS PERSONALES ASIGNADOS A LA PERSONA USUARIA PARA LA ADQUISICIÓN DE ATENCIÓN

País	Denominación	Carácter optativo/vía única de acceso
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	La prestación económica es la única modalidad de ejercicio del derecho para el conjunto de los servicios sociales.
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	La prestación económica es una opción frente a la prestación en especie, pero sólo en el caso de la ayuda domicilio.
	Fondo personal integral de cuidados de larga duración	La prestación económica es una opción frente a la prestación en especie, para el conjunto de los servicios sociales.
Francia	Prestación personalizada de autonomía	La prestación económica es la única modalidad de ejercicio del derecho.
	Prestación compensatoria de la discapacidad	La prestación económica es la única modalidad de ejercicio del derecho.
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	La prestación económica es una opción frente a la prestación en especie para servicios de ayuda a domicilio, atención diurna, atención nocturna.
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	La prestación económica, incluso cuando se integra en un fondo personal, es una opción frente a la prestación en especie para servicios sociales comunitarios.
	Fondo personal	
Suecia	Prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad	La prestación económica es una opción frente a la prestación de servicios en especie cuando se trata de una prestación municipal, es decir cuando la persona requiere menos de 20 horas semanales de apoyo. En cambio, cuando la prestación recae en el nivel estatal, es decir, cuando la persona requiere apoyos por encima de ese límite de 20 horas semanales, se constituye en una prestación de Seguridad Social, y es la única modalidad de ejercicio del derecho.
	Prestación económica de apoyo a domicilio para personas mayores	El acceso a esta prestación es limitadísimo y se da en zonas rurales poco pobladas y poco dotadas, debido a las grandes distancias, de servicios formales. Cuando existe, es la única vía de ejercicio del derecho.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	Generalmente, la prestación económica y el fondo personal se constituyen como una opción frente a la prestación en especie. En algún Estado no obstante –California es el primer caso– se está imponiendo como única forma de ejercicio del derecho.

Por su parte, el segundo grupo de prestaciones, las prestaciones económicas directas al cuidador informal, se conceden siempre en metálico pero también pueden adoptar formas diferentes: en el Reino Unido es una prestación de compensación por la no participación o la limitada participación en el mercado de trabajo y constituye prácticamente un complemento de ingresos; en Suecia, en cambio, es una retribución por la asunción de funciones de atención informal y, como tal, adopta la forma de un salario en el marco de un contrato de trabajo entre la administración municipal y la persona cuidadora.

TABLA 7. MODALIDADES DE PRESTACIONES ECONÓMICAS DIRECTAS A CUIDADORES

<i>Reino Unido</i>	Prestación económica a cuidadores	Prestación económica en metálico como complemento de ingresos
<i>Suecia</i>	Prestación económica a cuidadores de personas mayores – <i>Anböriganställning</i>	Salario

4.6. 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 pensadas y diseñadas, en los diferentes sistemas, para muy diversos usos:

TABLA 8. POSIBLES USOS DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS Y FONDOS PERSONALES ASIGNADOS A LA PERSONA USUARIA PARA LA ADQUISICIÓN DE ATENCIÓN

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

Atendiendo a la amplitud de la gama de servicios que pueden adquirirse por la vía de las medidas prestacionales 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 de las prestaciones aplicadas en algunos estados norteamericanos.
- Sistemas que destinan estas prestaciones fundamentalmente a la adquisición de atención o asistencia personal (incluidas actividades de acompañamiento), como es el caso de Holanda, del Reino Unido, pero esta vez en su modalidad de prestación económica, 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. 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 su cuenta; y cuidadores informales que, casi siempre, son familiares.

TABLA 9. UTILIZACIÓN DE LAS FÓRMULAS DE FINANCIACIÓN INDIVIDUAL PARA LA ADQUISICIÓN DE ATENCIÓN PERSONAL

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

* P: entidades públicas; SAL: entidades sin ánimo de lucro; M: entidades mercantiles

Todos los países prevén y dan cobertura a las tres alternativas, en unas u otras de las medidas que articulan, (véase la siguiente tabla), pero con especificidades:

- En el caso de la contratación de entidades, todos admiten que puedan ser sin ánimo de lucro o mercantiles, siendo la oferta la que determina que se recurra más a unas u otras opciones. La contratación de servicios prestados por las administraciones públicas, en cambio, sólo es posible en Suecia –en el caso de la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad– y en el Reino Unido, que prevé esta posibilidad en la 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 los mismos queda reservado a quienes optan por la prestación en especie.

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

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

inferiores al mínimo correspondiente al sector y sin protección social, viven en casa de la persona atendida, permanecen disponibles de forma continuada y realizan las tareas que se les encarguen tanto de cuidado y atención personal, como domésticas, estructurándose así como una fórmula flexible y asequible de disponer de cuidados durante todo el día. Esta disponibilidad sería inviable en el mercado laboral legal y los costes de las contrataciones superarían con creces el nivel de recursos garantizado por la prestación económica.

- 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 todos 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 en el caso de la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad; también Estados Unidos opta por esta vía. En otros países, la formalización contractual es una posibilidad pero no una condición. En Austria, por ejemplo, si uno de los objetivos de la introducción de la prestación económica fue precisamente posibilitar la articulación de la relación de cuidado familiar en el marco de un contrato de trabajo con el fin de garantizar a las personas cuidadoras un estatus laboral que diera cobertura a su protección social, en la práctica, esta vía es pocas veces la elegida, por muy diversas razones: a muchas personas, tanto cuidadoras como atendidas, les resulta difícil proceder a la formalización de una relación que, en buena medida, consideran natural; por otra parte, la formalización de un contrato de trabajo supondría, debido a la aplicación de la normativa laboral y de seguridad social, un coste superior al que la mayoría de las personas beneficiarias pueden permitirse, dado que una parte de la prestación económica es utilizada para

abonar gastos que si bien están asociados a su dependencia, son distintos de los de atención directa¹⁵. En el caso de la prestación económica alemana, la norma no prevé la contratación entre familiares, aunque es posible utilizar la prestación económica para compensar al familiar, pero es un pago informal, simbólico, que, por lo general, se integra en el presupuesto familiar general. En el Reino Unido, si se quiere utilizar la prestación para compensar económicamente a un familiar es necesario contratarlo, pero esa contratación puede tener consecuencias no deseadas –puede conllevar la pérdida de la prestación directa al cuidador por superar el nivel de ingresos establecido para acceder a ésta y puede también suponer la pérdida de las posibilidades de acceso a algunos servicios de apoyo–, que, por lo tanto, conviene sopesar.

- 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, Holanda, Reino Unido y Suecia, si bien con algunas especificidades:
 - 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).

¹⁵ Con la intención de favorecer la formalización de la relación, la provincia de Salzburgo optó por promover a mediados de los ochenta, la sistematización de las contrataciones. Para ello, optó por una fórmula indirecta: designó a una entidad sin ánimo de lucro que actuaría como contratante y formalizó contratos con todas las personas que, en ese momento, actuaban como cuidadores informales de sus familiares o allegados. Una trabajadora social, contratada por la entidad sin ánimo de lucro, realizaba periódicamente visitas a domicilio para supervisar la relación de cuidado y ofrecer apoyo a la persona cuidadora. Dado que la cuantía de las prestaciones económicas era insuficiente para garantizar un salario digno, la administración provincial complementaba esas cuantías. Esta fórmula estuvo vigente durante unos años, pero dejó de aplicarse cuando, en 1998, una modificación de la normativa estatal de seguridad social permitió la cotización a la Seguridad Social de las personas que actuaban como cuidadoras informales y estableció cuotas de bajo importe, condicionando el acceso a esta fórmula a las personas que hubieran abandonado un empleo para atender a un familiar con necesidades de apoyo que hubieran sido valoradas como mínimo de nivel 3.

- En el Reino Unido, no se aplica ninguna exclusión en la modalidad de fondos personales, y sí en cambio en la modalidad de prestaciones económicas que no pueden utilizarse para compensar económicamente a un cuidador familiar que conviva en el mismo domicilio.
- En Suecia, no se excluye de la contratación o, en su caso, de la compensación económica a ningún familiar, pero cuando la atención es prestada por un familiar que convive, no puede hacerse una contratación directa entre la persona beneficiaria y ese familiar, sino que la relación de cuidado debe formalizarse mediante una entidad externa¹⁶.
- Francia es, junto con el Reino Unido en su modalidad de prestación económica, el único modelo que establece una exclusión para el cónyuge o 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.
- Por su parte, Alemania, en su nueva modalidad de fondo personal, prohíbe el uso del fondo para la retribución o compensación económica a familiares.

¹⁶ También cabe la posibilidad, poco frecuente en la práctica, de que la propia persona con discapacidad se constituya en una sociedad limitada, en cuyo caso podría proceder a la contratación directa

TABLA 10. UTILIZACIÓN DE LAS FÓRMULAS DE ASIGNACIÓN ECONÓMICA INDIVIDUAL PARA LA COMPENSACIÓN ECONÓMICA A CUIDADORES FAMILIARES

País	Denominación	Posibilidad de utilizar las para compensar o retribuir a un familiar		Tipo de relación		
		Se puede	No se puede	Contratación obligatoria	Compensación	Exclusiones
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	✓			✓	Ninguna.
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	✓			✓	Ninguna.
	Fondo personal integral de cuidados de larga duración		✓			
Francia	Prestación personalizada de autonomía	✓		✓		Cónyuge o pareja de hecho que convive
	Prestación compensatoria de la discapacidad	✓		✓		Cónyuge o pareja de hecho convive
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	✓				Ninguna., siempre que la intensidad de los cuidados requeridos supere los límites de lo que se considera propio de una relación conyugal o parental. También puede utilizarse para compensar económicamente a cuidadores informales sin relación de parentesco: amigos, vecinos, voluntarios.
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	✓		✓	✓	Familiar que conviva con la persona usuaria
	Fondo personal	✓		✓	✓	Ninguna. También puede utilizarse para compensar económicamente a cuidadores informales sin relación de parentesco: amigos, vecinos, voluntarios.
Suecia	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad	✓		✓		Ninguna, pero el familiar que convive no puede ser contratado directamente sino a través de una entidad intermediaria
	Prestación de apoyo en el domicilio a personas mayores	✓			✓	Ninguna
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	✓		✓		Varía según los estados, pero por lo general no hay exclusiones.

Finalmente, y en relación con el segundo grupo de medidas, las prestaciones económicas directas al cuidador informal, no se plantea la cuestión del destino de la prestación económica en la medida en que se articulan siempre como un ingreso para estos últimos, bien en concepto de compensación por la pérdida de ingresos derivada de la no participación o de la participación parcial en el mercado laboral, como es el caso en el Reino Unido, bien en concepto de retribución por la asunción de

funciones de atención informal, como es el caso en Suecia, en donde la prestación adopta, además, la forma de un salario puesto que se formaliza un contrato de trabajo entre la administración municipal y la persona cuidadora.

4.7. 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 –unas veces como una opción frente a la prestación de servicios en especie y otras veces como la única vía de ejercicio de ese derecho (véase apartado 3.5.)–, los requisitos de acceso son, básicamente, los requisitos de acceso al sistema de atención en el que se enmarcan, aunque, a veces, se aplican 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, algunos aspectos muy específicos: intensidad mínima de apoyos requerida para considerarse que la persona tiene acceso al sistema; carácter duradero o permanente de la necesidad de apoyos; edad; y nivel de ingresos.

TABLA 11. REQUISITOS BÁSICOS DE ACCESO

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Intensidad mínima de apoyo requerida	Duración	Edad	Nivel de ingresos
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración Fondos personales integrales de cuidados de larga duración	Requerir ayuda por lo menos para la realización de dos ABVD y de una AIVD	Es necesario que la situación de necesidad vaya a mantenerse, previsiblemente, durante un largo periodo de tiempo, por lo menos 6 meses.	No se aplica ningún límite de edad.	El nivel de ingresos no influye en el acceso, pero sí en la cuantía de la prestación en la medida en que determina el importe del copago.
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	Requerir por lo menos 50 horas mensuales de apoyo para la realización de las ABVD y AIVD.	Es necesario que la situación de necesidad se vaya a mantener, previsiblemente, durante un largo periodo de tiempo, por lo menos 6 meses.	No se aplica ningún límite de edad.	El nivel de ingresos no influye ni en el acceso ni en la cuantía de la prestación.
Francia	Prestación personalizada de autonomía	Tener un grado de dependencia entre 1 y 4 de la escala AGGIR. Los grados 5 y 6 de dependencia ligera no acceden al sistema.	Es necesario que la situación de necesidad se vaya a mantener, previsiblemente, durante un largo periodo de tiempo, por lo menos 1 año.	Es necesario tener 60 o más años.	El nivel de ingresos no influye en el acceso, pero sí en la cuantía de la prestación en la medida en que determina el importe del copago.
	Prestación compensatoria de la discapacidad	Tener una incapacidad superior al 80%. Presentar bien una dificultad absoluta para realizar una ABVD o una dificultad grave para desarrollar por lo menos 2 ABVD.	Es necesario que la situación de necesidad se vaya a mantener, previsiblemente, durante un largo periodo de tiempo, por lo menos 1 año.	Es necesario cumplir dos límites de edad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener más de 20 años. Con todo, pueden acceder a la prestación las personas menores de esa edad en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> - Los jóvenes de entre 16 y 20 años que ya no cumplen los requisitos de acceso a las prestaciones familiares. - Los niños beneficiarios de la prestación de educación para hijos e hijas con discapacidad, pero sólo accederían a la prestación de compensación para la cobertura de gastos de adaptación de la vivienda o del vehículo o de transporte. ▪ Tener menos de 60 años en el momento del acceso. Es posible seguir cobrando la prestación después de esa edad y hasta los 75 años como máximo, pero no acceder a ella una vez superado ese límite de 60 años. 	El nivel de ingresos no influye en el acceso, pero sí en la cuantía de la prestación en la medida en que determina el importe del copago.
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	No se establece ningún mínimo.	No se establece ningún periodo mínimo, pero se define el periodo para el que se concede la prestación y se fija fecha para una nueva valoración	Ningún límite de edad.	El nivel de ingresos no influye en el acceso, pero sí en la cuantía de la prestación en la medida en que determina el importe del copago.
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	Requerir atención comunitaria según la valoración realizada por	No regulado.	Tener 16 o más años. En el caso de las personas menores de edad, la	Sólo acceden a la financiación pública las personas que cuenten con

TABLA 11. REQUISITOS BÁSICOS DE ACCESO

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Intensidad mínima de apoyo requerida	Duración	Edad	Nivel de ingresos
	Fondo personal	los servicios sociales en base a las directrices FACS		prestación se destina a la persona cuidadora.	bajo nivel de ingresos
Suecia	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad	Requerir apoyo para la realización de por lo menos 1 de las ABVD o para la comunicación.	No regulado.	Es necesario tener menos de 65 años en el momento del acceso. Es posible seguir cobrando la prestación después de esa edad, pero no acceder a ella una vez superado ese límite.	El nivel de ingresos no influye ni en el acceso ni en la cuantía de la prestación.
	Prestación de apoyo en el domicilio para personas mayores	El grado de necesidad de apoyo requerido varía según los municipios, pero muchos de ellos establecen como límite mínimo requerir 17 horas semanales de apoyo.	No regulado.	Es necesario tener 65 o más años.	El nivel de ingresos no influye en el acceso. La influencia en la cuantía varía según los municipios.
Estados Unidos	California: <i>In-home supportive services</i>	–	Es necesario que la situación de necesidad se vaya a mantener, previsiblemente, durante un largo periodo de tiempo, por lo menos 1 año.	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos
	Colorado: <i>Home care allowance</i>	Tener reconocido un determinado nivel de dependencia en la escala estatal de valoración (es necesario alcanzar un nivel de 21 puntos).	–	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos
	Maine: <i>Four programs with consumer-direction opportunities</i>	Tener reconocido un determinado grado de discapacidad: moderada o severa.	–	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos
	Kansas: <i>Income-eligible program and home and community-based services for the frail elderly.</i>	Necesitar apoyo para la realización de por lo menos 2 ABVD y 3 AIVD.	–	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos
	Michigan: <i>Home help services</i>	Tener necesidad de apoyo para la realización de 1 ABVD o de 1 AIVD.	–	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos
	Oregon: <i>Client employed provider program</i>	Tener necesidad de apoyo para la realización de al menos 2 ABVD (cumplir los requisitos de acceso para ingreso residencial)	–	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos

TABLA 11. REQUISITOS BÁSICOS DE ACCESO

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Intensidad mínima de apoyo requerida	Duración	Edad	Nivel de ingresos
	Oregon: <i>Oregon project independence</i>	Tener necesidad de apoyo para la realización de al menos 1 ABVD	–	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos
	Washington: <i>Community options entry system</i>	- Necesitar apoyo para la realización de al menos 2 ABVD - En el caso de las personas con deterioro cognitivo, necesitar apoyo para la realización de al menos 1 ABVD	–	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos
	Washington: <i>Medicaid personal care program</i>	- Presentar riesgo de ingreso residencial - Necesitar cuidados personales.	–	–	Sólo acceden a la financiación pública en el marco del Seguro Nacional de Enfermedad <i>Medicaid</i> las personas con bajo nivel de ingresos

- *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 de una actividad 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 la 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 2 actividades básicas de la vida diaria; también Estados Unidos, en muchos estados, se une a esta fórmula: así, por ejemplo, Kansas establece como requisito de acceso necesitar apoyo para la realización de por los menos 2 actividades básicas de la vida diaria y 3 instrumentales, Michigan requiere tener necesidad de apoyo para la realización de una actividad básica de la vida diaria o de una actividad instrumental de la vida diaria; Oregon exige tener necesidad de apoyo para la realización de al menos 2 actividades básicas de la vida diaria, o Washington que establece como requisito necesitar apoyo para la realización de al menos 2 actividades básicas de la vida diaria y, en el caso de las personas con deterioro cognitivo, necesitar apoyo para la realización de al menos 1 actividad básica.

- 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 optan por esta vía: Colorado que exige tener reconocido un determinado nivel de dependencia –21 puntos– en la escala estatal de valoración o Maine que exige tener reconocido un grado de discapacidad moderada o severa.

- 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.
- *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, parece lógico pensar que, en tales casos, definen lo que se entiende por larga duración:
 - Pues bien, ninguno de los modelos analizados exige 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.
 - Otro rasgo reseñable es que varios países no establecen ninguna previsión al respecto: 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. Suecia tampoco hace ninguna previsión explícita en relación con la duración, pero en el caso de la prestación económica de asistencia personal, al dirigirse sólo a personas con grandes discapacidades que requieren apoyos de forma continuada, la permanencia va implícita en el requisito de discapacidad.
 - Otros países en cambio 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 6 meses; en Francia, se extiende a 1 año y también se aplica ese plazo en California.

- *Edad.* En los países en los que establecen sistemas de atención diferenciados para las personas con discapacidad, por un lado, y para las personas mayores, por otro, es decir, Francia y Suecia, se establece una edad límite que separa a ambos grupos. En Francia, el límite se sitúa en 60 años y en Suecia en 65, si bien en ambos casos las personas con discapacidad que hayan accedido al sistema de asistencia personal antes de alcanzar los correspondientes límites, pueden permanecer en él después de esa edad, previéndose en Francia que esa permanencia no podrá ir más allá de los 75 años.

Francia, además, prevé un límite inferior de acceso al sistema de atención a la discapacidad, exigiendo tener por lo menos 20 años y previendo que las personas con discapacidad de edad inferior a ese límite sólo pueden acceder a la prestación en supuestos muy específicos: los jóvenes de entre 16 y 20 años que ya no cumplen los requisitos de acceso a las prestaciones familiares y los niños beneficiarios de la prestación de educación para hijos e hijas con discapacidad, pero sólo accederían a la prestación de compensación para la cobertura de gastos de adaptación de la vivienda o del vehículo o de transporte. El Reino Unido, por su parte, establece la edad de acceso en 16 años, pero prevé que en el caso de las personas de edad inferior a ese límite, sean las personas cuidadoras las que tienen abierto el acceso.

- *Nivel de ingresos.* El nivel de ingresos constituye, como ya se ha visto, 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 sometidas a copago, de modo que la determinación de la cuantía queda únicamente sujeta al nivel de apoyo requerido.

En el caso de las prestaciones económicas directas a cuidadores informales, tanto en el Reino Unido como en Suecia, los requisitos de acceso guardan relación, principalmente, con la intensidad de la atención prestada y con la disponibilidad de la persona cuidadora para ofrecer dicha intensidad. En el caso del Reino Unido, además, al articularse como un complemento de ingresos, se aplica un nivel máximo de ingresos procedentes de la actividad laboral como condición de acceso.

TABLA 12. REQUISITOS DE ACCESO A LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS A CUIDADORES INFORMALES

	Intensidad de apoyo	Dedicación a otras actividades	Nivel de ingresos
Reino Unido	35 horas semanales	Máximo 21 horas semanales en actividades formativas o educativas	< 100 libras semanales
Suecia	17 horas semanales (varía entre municipios pero muchos adoptan ese límite mínimo)	Jornada parcial.	

4.8. Valoración: entidades valoradoras, instrumentos aplicables y tratamiento del apoyo informal en la valoración de las necesidades de apoyo.

En relación con la valoración, interesan particularmente, desde un punto de vista comparativo, tres aspectos: las entidades responsables de valorar; los instrumentos aplicados y la expresión de la valoración; y el tratamiento que en la valoración de necesidades se hace de la atención informal. La siguiente tabla expresa las principales características de los sistemas en relación con estos elementos.

TABLA 13. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA VALORACIÓN

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Entidad valoradora	Instrumento de valoración	Tratamiento de las horas de apoyo informal
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración recae en las Mutuas de Seguro de Enfermedad. ▪ Estas mutuas asumen el conjunto de las funciones de gestión del Seguro de Cuidados de Larga Duración, incluida la de resolución de las solicitudes y la de pago de las prestaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se aplica un instrumento de valoración de la dependencia común para todo el Estado. ▪ El instrumento diferencia tres niveles de necesidad en función de la frecuencia con la que se necesita ayuda para la realización de las AVD, del tipo de AVD de que se trate (ABVD o AIVD) y del tiempo requerido por un cuidador no profesional para prestar ese apoyo. ▪ Además de esos tres niveles, se prevén supuestos de mayor necesidad que afectan a personas valoradas en el nivel III y que requieren al menos 7 horas diarias de atención de las que por lo menos 2 son durante la noche, o personas cuyas necesidades básicas de apoyo requieren la intervención simultánea de varias personas. ▪ La valoración se expresa en horas de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades totales de la persona usuaria, sin excluir de ese cómputo las que cubre o podría cubrir la red informal.
	Fondos personales integrales de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin información. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que en Suecia y en Francia la valoración en esta nueva modalidad se estructura como una entrevista en la que la persona atendida participa muy activamente en la identificación y la definición del tipo de apoyo y de la intensidad del apoyo requerido. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades totales de la persona usuaria, sin excluir de ese cómputo las que cubre o podría cubrir la red informal.
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración recae en las Mutuas de Seguro, a nivel provincial. ▪ Estas mutuas asumen el conjunto de las funciones de gestión del Seguro de Cuidados de Larga Duración, incluida la de resolución de las solicitudes y la de pago de las prestaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe ningún instrumento común para todo el Estado. Cada administración provincial estructura la valoración como estima pertinente. ▪ El único elemento común es que dicha valoración no se expresa en grados de dependencia, sino en número de horas de atención requeridas. En función de ese número de horas se determina la cuantía de la prestación, aplicando una escala común de cuantías. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades totales de la persona usuaria, sin excluir las que cubre o podría cubrir la red informal.
Francia	Prestación personalizada de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la persona está en su domicilio, la valoración recae en la administración departamental, quien actúa a través de un equipo sociosanitario compuesto por personal del propio Departamento y por profesionales de las Mutuas de Seguro de Enfermedad. ▪ Si la persona está en un servicio residencial, la valoración de su situación recae en el equipo sociosanitario del centro. Esta revisión es periódica y está sujeta a la revisión administrativa departamental. ▪ El Departamento es también competente para resolver las 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se aplica un instrumento de valoración de la dependencia común para todo el Estado: la escala AGGIR, que clasifica a las personas en 6 grados de pérdida de autonomía (de mayor dependencia –grado 1– a menor dependencia –grado 6–). ▪ Sólo acceden al Sistema las personas clasificadas entre los grados 1 y 4. ▪ La valoración no se expresa en horas de apoyo requeridas, sino en grado de dependencia y en cuantía económica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No procede, ya que la valoración no se expresa en horas de apoyo requeridas.

TABLA 13. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA VALORACIÓN

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Entidad valoradora	Instrumento de valoración	Tratamiento de las horas de apoyo informal
	Prestación compensatoria de la discapacidad	<p>solicitudes y para abonar la prestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La entidad encargada de valorar es el Centro Departamental para Personas con Discapacidad, y lo hace a través de un equipo multidisciplinar. ▪ El Departamento es también competente para resolver las solicitudes y para abonar la prestación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se aplica ningún instrumento, sino que la valoración se basa en la realización de una entrevista con la persona con discapacidad, en la que determinan conjuntamente los apoyos que requiere para compensar su discapacidad. Si se considera necesario, se puede visitar el domicilio o, en su caso, el servicio residencial. ▪ La valoración se expresa en tipos de apoyo, en horas de apoyo y en cuantía económica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades de la persona usuaria, sin excluir las que cubre o podría cubrir la red informal.
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La entidad encargada de valorar es el Centro de Valoración de Necesidades. Es una estructura de ámbito estatal, que cuenta con oficinas distribuidas por todo el territorio nacional. ▪ Es una entidad independiente, en la medida en que no es a la vez competente para gestionar el sistema ni para abonar el importe del fondo personal (esta función recae en las Mutuas de Seguro Sanitario de ámbito regional). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se aplica un único instrumento de valoración en todo el Estado. ▪ La valoración de necesidades se expresa en volumen de horas de atención, indicando si se trata de intervenciones puntuales o permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vez realizado el cómputo global de las horas de apoyo requeridas, se resta de ese cómputo las horas de atención que se consideran habituales o normales entre miembros de una pareja o entre familiares que conviven. El resultado es la intensidad del apoyo que se tiene en cuenta para la determinación de la cuantía de la prestación. ▪ Para determinar la intensidad de ese “apoyo natural o habitual” se aplican unas directrices de nivel estatal que no tienen carácter normativo pero que constituyen un criterio de referencia común.
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración recae en los servicios sociales municipales. Si consideran que la persona solicitante presenta necesidades complejas, inician un procedimiento de valoración conjunto con los servicios de salud (<i>single assessment process</i>). ▪ También son ellos los competentes para resolver y para abonar el importe correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se aplica ningún instrumento común de valoración de las necesidades. ▪ Con todo, para evitar excesivas disparidades, el Gobierno publicó en 2002 unas directrices generales para regular el procedimiento de acceso: <i>Fair Access to Care</i> (FACS). Establecen que el acceso a los servicios debe basarse en la valoración de las necesidades de las personas y en una estimación del riesgo que podría suponer para ellas la desatención de esas necesidades, calificándolo de crítico, sustancial, moderado, o leve. ▪ Las administraciones locales deciden qué nivel de cobertura pueden ofrecer, es decir, a cuáles de esos cuatro grupos de riesgo pueden atender, dando siempre prioridad a las personas que presentan un riesgo crítico o sustancial. ▪ La valoración se expresa en horas de apoyo. ▪ No es habitual, pero también puede incluir una valoración formal de la situación del familiar cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades de la persona usuaria, una vez excluidas las que cubre la atención informal.

TABLA 13. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA VALORACIÓN

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Entidad valoradora	Instrumento de valoración	Tratamiento de las horas de apoyo informal
Suecia	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La entidad responsable de realizar la valoración inicial es el servicio social municipal. También es él el competente para resolver y para abonar el coste correspondiente a las 20 primeras horas semanales de atención. ▪ Si esa primera valoración concluye que necesita más de 20 horas semanales de asistencia personal para cubrir necesidades básicas de la vida diaria, el expediente se remite a la Seguridad Social para que proceda a una valoración exhaustiva. También es la Seguridad Social la que decide de la atribución o no atribución de la prestación y quien financia su importe (más allá de las 20 primeras horas que recaen en la competencia municipal). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se aplica ningún instrumento común de valoración, ni tampoco existe ninguna lista cerrada de actividades susceptibles de incluirse en la valoración. ▪ La valoración se expresa en horas de apoyo necesarias, sin que exista ningún límite máximo. ▪ El volumen de horas se determina en el marco de una entrevista con la persona solicitante en la que debe explicar su forma de vida, las actividades que realiza o desea realizar, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades de la persona usuaria, sin excluir de ese cómputo las que cubre o podría cubrir la red informal. ▪ En dos supuestos, sin embargo, sí se hace recaer parte del peso de la atención en la unidad familiar convivencial: <ul style="list-style-type: none"> - En el caso de las parejas, se considera que el cónyuge o pareja de hecho debe prestar apoyo a la persona con discapacidad, en particular en relación con las tareas domésticas, de modo que parte de las necesidades de ayuda en las AIVD deben quedar cubiertas por esta vía. - En el caso de los niños de edad inferior a 12 años, se considera que sus padres deben prestar la asistencia propia de las responsabilidades parentales de un niño sin discapacidad de la misma edad. Más allá de esta intensidad de cuidado exigida a cualquier padre o madre, la atención queda cubierta por la prestación.
	Prestación de apoyo en el domicilio para personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La entidad responsable de realizar la valoración inicial es el servicio social municipal. ▪ También es él el competente para resolver y para abonar el coste correspondiente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la valoración no se aplica ningún instrumento común de valoración. Varía entre municipios. ▪ La valoración se expresa en horas de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades de la persona usuaria, sin excluir del cómputo las que cubre o podría cubrir la red informal.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La entidad responsable de realizar la valoración inicial es el servicio social local. ▪ También es él el competente para resolver y para abonar el coste correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se aplica ningún instrumento común de valoración a nivel federal pero, habitualmente, los estados aplican un único instrumento en todo su territorio. ▪ La valoración se expresa en: <ul style="list-style-type: none"> - limitaciones para la realización de las AVD. - horas de apoyo requeridas. ▪ En algunos estados, la valoración incluye, en el caso de las personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o demencia, una valoración de su capacidad para asumir la gestión de la prestación o del fondo personal. ▪ En algunos estados, también se incluye una valoración de la situación de la persona cuidadora. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la mayoría de los estados, El número de horas de apoyo se determina en relación con las necesidades de la persona usuaria, sin excluir del cómputo las que cubre o podría cubrir la red informal. ▪ En otros estados, en cambio, sí se excluyen del cómputo un determinado número de horas de apoyo que se estima que recaen en la responsabilidad familiar.

- *Entidades competentes para valorar.* En relación con las entidades encargadas de la valoración interesan dos cuestiones.
 - La primera es su grado de independencia, es decir, la medida en la que sus decisiones tienen para ellas consecuencias económicas directas. En casi todos los países las tienen, lo cual merma su imparcialidad en la aplicación de los criterios de valoración de necesidades y, sobre todo, de determinación de las horas de apoyo requeridas. Holanda es el único estado de los seleccionados que, tras ensayar diferentes alternativas, optó por la creación de una entidad independiente, única para el conjunto del estado, responsable de valorar las necesidades y determinar los tipos de ayuda requeridos y las horas de apoyo necesarias para prestarlos. Hecha la valoración, la competencia para garantizar la prestación de ese apoyo, ya no recae en el centro sino en las Mutuas de Seguro Sanitario de ámbito regional que son las gestoras del Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración.
 - La segunda tiene que ver con la composición de los equipos encargados de valorar. Cuando se enmarca en sistemas de cuidados de larga duración, recae, casi siempre, en equipos profesionales, de carácter sociosanitario, pero existen excepciones. Así en Suecia, en el caso de la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad, la valoración inicial recae en el o la profesional del servicio social municipal; si de esa valoración inicial deduce necesidades de apoyo que superan las 20 horas semanales, remite el expediente a la Seguridad Social, que es la competente para atribuir y financiar dicha prestación cuando se supera ese límite. La valoración realizada en la Seguridad Social también es muy distinta de la aplicada en el resto de los sistemas: un profesional determina, mediante una entrevista con la persona solicitante y, en su caso con un allegado o representante, los tipos de apoyo requeridos para desarrollar su proyecto de vida y las horas necesarias para prestarlo; esta valoración se presenta ante un segundo técnico, se debate entre los dos profesionales, y el segundo técnico debe elaborar una propuesta, bien en acuerdo con el primer profesional, bien apartándose de la valoración de

aquél, aunque en este último caso debe hacerlo constar; la propuesta se remite a una tercera instancia que es quien resuelve la solicitud. En el Reino Unido, la valoración recae en el servicio social municipal quien, si considera que la persona solicitante presenta necesidades complejas, puede iniciar un procedimiento de valoración conjunto con los servicios de salud.

- *Instrumentos de valoración.* Alemania, Francia (sólo en relación con la prestación personalizada de autonomía), y Holanda aplican un instrumento de valoración único para todo el estado, pero los demás países no han optado por esta vía, lo que tiende a generar notables diferencias a nivel interno. El Reino Unido es un caso intermedio, pues aunque no aplica un único instrumento, sí recurre, desde el año 2002, a unas directrices comunes, que tratan de garantizar cierta homogeneidad en los criterios aplicados. En Estados Unidos no existe ningún instrumento definido a nivel federal y, en consecuencia, la situación varía entre los estados, pero lo habitual es que cada uno de ellos opte por aplicar un único instrumento en el conjunto de su territorio.

En cuanto al contenido de la valoración, algunos países optan por valorar el grado de dependencia, asignando luego un determinado número de horas de apoyo o una determinada cuantía en función del mismo; es el caso de Francia –en relación con la prestación personalizada de autonomía–, y es también el caso de Alemania. Otros optan por instrumentos que, sin clasificar a las personas en grados de dependencia, determinan las necesidades de apoyo para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: así lo hacen Austria, Francia –en relación con la prestación compensatoria de la discapacidad–, Holanda, Reino Unido y Suecia. En Estados Unidos, se observan los dos tipos de valoración, dependiendo de los estados.

Por unas u otras vías, la mayoría de los países optan por valorar el grado de apoyo requerido y lo expresan en horas diarias, semanales o mensuales (lo más habitual es la valoración semanal) indicando la frecuencia. Algunos clasifican a los usuarios en función de la intensidad de apoyo requerida –por ejemplo, Alemania y Austria–

y cuantifican económicamente la prestación en función de esos niveles de clasificación. Otros no establecen clasificaciones y simplemente expresan la valoración en horas de atención y/o en cuantía económica –Holanda, Reino Unido, Suecia, Estados Unidos y Francia (en la valoración de la prestación compensatoria de discapacidad). Los únicos países que no expresan las horas de atención requeridas son Alemania, en su modalidad de prestación económica, y Francia en el caso de la prestación personalizada de autonomía, que atribuye una cuantía económica en función del grado de dependencia, respetando los máximos establecidos, para cada grado, por la normativa estatal.

TABLA 14. CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Tipo		Medición		Expresión	
		Instrumento común	Diversos instrumentos	Grado de dependencia	Tipos de apoyo requerido	Horas de apoyo	Cuantía económica
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	✓		✓			✓
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración		✓		✓	✓	✓
Francia	Prestación personalizada de autonomía	✓		✓			✓
	Prestación compensatoria de la discapacidad				✓		✓
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	✓			✓	✓	
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	✓			✓	✓	✓
Suecia	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad		✓		✓	✓	
	Prestación de apoyo en el domicilio para personas mayores		✓		✓	✓	
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria		✓		✓	✓	✓

- *Tratamiento de la atención informal en la determinación del apoyo cubierto por los sistemas.* El peso de la atención informal en el cómputo de las horas atribuidas varía: la mayoría de los países incluyen en el cómputo el total de las horas de apoyo que requiere la persona, independientemente de si algunas de ellas serán o no cubiertas por cuidadores informales, aunque esto no significa que la prestación dé sistemáticamente cobertura al total de las necesidades computadas. Sólo dos países parten de considerar que parte de la atención o de los apoyos que requiere la persona recae en la responsabilidad familiar o conyugal natural, y, por lo tanto, esa parte queda excluida del cómputo de necesidades:
 - Holanda que ha establecido para los miembros de la pareja, para los padres que atienden a sus hijos menores, y para familiares adultos que conviven, la obligación de asumir cierta atención que califica de “natural” o “habitual”, cuando se presentan situaciones de necesidad de corta o larga duración que así lo requieren (las directrices que estipulan estas obligaciones sólo son eso, directrices, pero se asumen como criterio orientativo general), quedando esas horas excluidas del volumen de horas financiadas con cargo al Seguro de Dependencia.
 - Suecia opta también, en el caso de la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad de ámbito estatal –la financiada por la Seguridad Social–, por tener en cuenta la obligación familiar en dos supuestos: en el caso de las parejas, se considera que el cónyuge o pareja de hecho debe prestar apoyo a la persona con discapacidad, en particular en relación con las tareas domésticas, de modo que parte de las necesidades de ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria deben quedar cubiertas por esta vía; en el caso de los niños de edad inferior a 12 años, se considera que los padres deben prestar la asistencia propia de las responsabilidades parentales que corresponderían a cualquier padre o madre de un niño sin discapacidad de la misma edad (interesa aquí no perder de vista las previsiones relacionadas con los límites de edad, ya referidas en el apartado de requisitos de acceso).

- Francia, por último, también aplica esta pauta en relación con los padres de personas con discapacidad, menores de 20 años, aunque sólo acceden a la prestación por debajo de ese límite de edad en supuestos muy específicos.

Aunque todos los países, con mayor o menor rigor, tratan de analizar la situación en el domicilio y la capacidad de la persona cuidadora para asumir la función con la intensidad requerida, sólo el Reino Unido y algunos estados de Estados Unidos aplican una valoración formal de la situación y de las necesidades de la persona cuidadora. Con todo, no lo hacen sistemáticamente, ni tan siquiera en el Reino Unido en donde se articula como un derecho legalmente reconocido.

En relación con el segundo grupo de medidas, las prestaciones económicas directas a cuidadores, tanto en el Reino Unido como en Suecia, la valoración de necesidades se hace desde los servicios sociales municipales. En el Reino Unido, también puede aplicarse en el marco de estas prestaciones la valoración formal de las necesidades y de la capacidad de la persona cuidadora.

4.9. La cuantía de las prestaciones: criterios para su determinación.

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

- *Criterios de determinación de la cuantía.* Lo primero que interesa reseñar del análisis internacional es que 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 con 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 7 niveles; Francia, que, en el caso de la prestación personalizada de autonomía diferencia cuatro, 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 determinará en función de la intensidad de los apoyos requeridos. Esta es la vía por la que optan, desde un principio, Holanda, Reino Unido, 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, de entre 16 y 65 años, que requieran un apoyo de mayor intensidad pueden recurrir al Fondo de Vida Independiente (*Independent Living Fund*), siempre que dispongan de un patrimonio inferior a 26.000 euros (no incluyéndose en este cómputo ni el patrimonio del cónyuge o pareja de hecho ni el valor de la vivienda habitual). El Fondo de Vida Independiente 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: la media de horas mensuales para personas con daño cerebral que causa discapacidad intelectual es de 121 horas semanales (en torno a 17 horas diarias de apoyo); la media de horas en personas con discapacidad intelectual o autismo o con graves discapacidades físicas o psíquicas es de 97 horas semanales (aproximadamente, 13 horas diarias de apoyo). Con tales cifras, el gasto medio de la prestación se sitúa en 10.935 € mensuales. Cuando se ha tratado de poner límites a la intensidad, proponiendo la exclusión del cómputo de las denominadas horas pasivas del asistente personal, la presión social en contra ha sido fortísima y las decisiones de los tribunales administrativos competentes para resolver los recursos presentados por usuarios en relación con esta materia han reforzado las peticiones de las personas con discapacidad. Esta altísima intensidad, unida a un incremento en el número de usuarios que supera con creces todas las previsiones y a un importante y continuado aumento de la tarifa horaria, ha llevado, como se verá en el apartado 4.11, a unos niveles de gasto sin parangón en el panorama internacional.

La diferencia entre los dos sistemas obedece a la filosofía que subyace a la prestación: en Austria y en la modalidad de prestación económica de cuidados a domicilio aplicada en Alemania, la idea es que el sistema simplemente contribuya a la cobertura de los costes, mientras que en modelos como el sueco, el holandés o la nueva fórmula alemana, el objetivo es dar cobertura al conjunto de las necesidades, no sólo contribuir a ello.

En la tabla 15, se recogen los criterios de determinación de la cuantía y se indican las cuantías máximas aplicadas en los países que optan por la fijación de máximos; en los países que no aplican máximos, la casilla correspondiente aparece sombreada. Dado que este parámetro no existe en todos los países de la selección analizada, no es posible la comparación. Para paliarlo, se opta, en la tabla 16, por una aproximación comparativa al gasto medio en medidas prestacionales para la adquisición de atención, gasto medio que, aun sin identificarse con la cuantía media de la prestación, es un parámetro de comparación válido.

TABLA 15. CRITERIOS DE DETERMINACIÓN DE LA CUANTÍA

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Determinación de la cuantía	Cuantías máximas
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se establece una cuantía máxima para la prestación económica, en función del nivel de necesidad en el que se haya clasificado a la persona durante la valoración. Esa cuantía máxima se minorará en función del nivel de ingresos. ▪ La cuantía máxima de la prestación económica equivale, aproximadamente, a un 50% del valor aplicado a la prestación en especie. ▪ Las cuantías máximas son aplicables en todo el territorio estatal. ▪ Al margen de la prestación económica, el Seguro de Cuidados de Larga Duración cubre el coste de las cotizaciones sociales correspondientes al cuidador informal siempre que: <ul style="list-style-type: none"> - dedique por lo menos 14 horas semanales a la prestación de cuidados a la persona dependiente; - sea pensionista o trabaje a jornada parcial (menos de 30 horas semanales); - no se dedique a la prestación de cuidados con fines lucrativos. ▪ Las cuantías no se actualizan anualmente. La última actualización es de 2008. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuantía máxima aplicable en el año 2010: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel I: 225 €/mes - Nivel II: 430 €/mes - Nivel III: 685 €/mes
	Fondos personales integrales de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establecen límites máximos. La cuantía dependerá de los tipos de apoyo y de las horas de apoyo que requiera la persona usuaria y que se reflejen en su plan individual de atención. 	

TABLA 15. CRITERIOS DE DETERMINACIÓN DE LA CUANTÍA

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Determinación de la cuantía	Cuantías máximas																								
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se aplica una escala de 7 niveles que atribuyen una cuantía en función de las horas de apoyo necesarias resultantes de la valoración. ▪ Esta cuantía no varía en función del nivel de ingresos. ▪ Las cuantías máximas son aplicables en todo el territorio estatal. ▪ Las cuantías no se actualizan anualmente. 	<p style="text-align: center;"><i>Cuantías máximas en 2010</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Nivel</i></th> <th style="text-align: center;"><i>€/mes</i></th> <th style="text-align: center;"><i>Horas mensuales de apoyo</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">154,20</td> <td style="text-align: center;">>50 horas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">284,30</td> <td style="text-align: center;">>75 horas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">442,90</td> <td style="text-align: center;">>120 horas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">664,30</td> <td style="text-align: center;">>160 horas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">902,30</td> <td style="text-align: center;">> 180 horas – necesidad ocasional de un nivel de apoyo de alta intensidad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">1.242,00</td> <td style="text-align: center;">>180 horas – necesidad de cuidados a intervalos regulares tanto de día como de noche, o necesidad de atención permanente día y noche por existir riesgo de que la persona se cause daños a sí misma o a terceros.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">1.655,80</td> <td style="text-align: center;">>180 horas – personas con incapacidad para mover los brazos o las piernas.</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Nivel</i>	<i>€/mes</i>	<i>Horas mensuales de apoyo</i>	1	154,20	>50 horas	2	284,30	>75 horas	3	442,90	>120 horas	4	664,30	>160 horas	5	902,30	> 180 horas – necesidad ocasional de un nivel de apoyo de alta intensidad.	6	1.242,00	>180 horas – necesidad de cuidados a intervalos regulares tanto de día como de noche, o necesidad de atención permanente día y noche por existir riesgo de que la persona se cause daños a sí misma o a terceros.	7	1.655,80	>180 horas – personas con incapacidad para mover los brazos o las piernas.
<i>Nivel</i>	<i>€/mes</i>	<i>Horas mensuales de apoyo</i>																									
1	154,20	>50 horas																									
2	284,30	>75 horas																									
3	442,90	>120 horas																									
4	664,30	>160 horas																									
5	902,30	> 180 horas – necesidad ocasional de un nivel de apoyo de alta intensidad.																									
6	1.242,00	>180 horas – necesidad de cuidados a intervalos regulares tanto de día como de noche, o necesidad de atención permanente día y noche por existir riesgo de que la persona se cause daños a sí misma o a terceros.																									
7	1.655,80	>180 horas – personas con incapacidad para mover los brazos o las piernas.																									
Francia	Prestación personalizada de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El importe se determina en función de: <ul style="list-style-type: none"> - El grado de dependencia de la persona beneficiaria. - El nivel de recursos de la persona beneficiaria. ▪ Las cuantías máximas son aplicables en todo el territorio estatal ▪ Las cuantías máximas se actualizan anualmente en función del IPC. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2010 son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - 1.235,65 €/mes para el Grado 1 de la escala AGGIR. - 1.059,13 €/mes para el Grado 2 de la escala AGGIR - 794,35 €/mes para el Grado 3 de la escala AGGIR - 529,56 €/mes para el Grado 4 de la escala AGGIR 																								
	Prestación compensatoria de la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cuantía de la prestación varía en función de la naturaleza de los apoyos que se integran en el plan de atención. ▪ Para cada tipo de apoyo, se establecen anualmente unas cuantías máximas. ▪ Esas cuantías máximas son aplicables a todo el territorio estatal. ▪ Los importes se financian en su cuantía máxima si la persona tiene un nivel anual de ingresos inferior a 2 veces el importe del complemento de mejora por tercera persona, es decir, 24.920,74 € y se financian en un 80% si los ingresos de la persona son superiores a dicha cuantía. 	<p>Las cuantías máximas en 2010 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratación de servicios de asistencia personal: el importe cubre entre el 130 y el 145% del gasto correspondiente a la contratación de asistencia personal, en función del tipo de contratación (contratación directa, contratación indirecta o contratación de un servicio de asistencia). ▪ Cuando un familiar se ve obligado a dejar de trabajar o a reducir su jornada laboral para prestar apoyo a la persona con discapacidad, la prestación económica asciende al 75% del SMI/hora neto, no pudiendo en ningún caso sobre pasar el 85% del SMI mensual neto calculado sobre la base de una jornada laboral de 35 horas semanales. El importe mensual de las ayudas destinadas a la contratación o compensación de asistencia personal tiene establecidos unos límites máximos, si bien en casos excepcionales estos límites pueden dejar de aplicarse para financiar una atención de 24 horas diarias. ▪ Adquisición de productos de apoyo: límite máximo trienal de 3.960 €, que sólo puede rebasarse cuando se incluye alguna ayuda técnica de tarifa igual o superior a 3.000 €. ▪ Adaptación de la vivienda habitual: 10.000 € para un periodo de 10 años. ▪ Adaptación de un vehículo: 5.000 €. ▪ Gastos de transporte (sobrecoste): 5.000 €. ▪ Adquisición y manutención de un animal (perro guía o perro de asistencia): 3.000 € para un periodo de 5 años. 																								

TABLA 15. CRITERIOS DE DETERMINACIÓN DE LA CUANTÍA

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Determinación de la cuantía	Cuantías máximas
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema no prevé ninguna cuantía máxima. ▪ La cuantía del fondo personal se establece atendiendo a los diferentes tipos de atención requeridos por la persona usuaria. El importe total equivale a la suma de los importes previstos para los diferentes tipos de atención si se prestara en especie menos el importe correspondiente al copago. ▪ En caso de optar por la prestación económica, su cuantía equivale, aproximadamente a un 75% del coste de los servicios en especie. 	
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria Fondo personal de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cuantía se determina en función del nivel de apoyo personal que necesita la persona y se cuantifica en función del coste que tendría ese nivel de apoyo si se prestara mediante servicios en especie. ▪ No existe ningún mínimo y ningún máximo; la única obligación para las administraciones locales es que apliquen los mismos criterios de participación de usuarios previstos para la prestación de servicios en especie. ▪ Existen cuatro tarifas horarias básicas: diurna, nocturna, de fin de semana, de día festivo. ▪ Complementariamente, pueden existir otras tarifas: por ejemplo, una tarifa que cubra todas las horas nocturnas; una tarifa que cubra atención diurna y nocturna (asimilable al régimen interno en el trabajo doméstico). ▪ Estas tarifas varían entre las cuatro regiones y dentro de ellas, entre municipios. También varían en función del colectivo atendido. 	
Suecia	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe ninguna cuantía máxima para la prestación, sino que esta se determina en función de las horas de apoyo requeridas por cada persona beneficiaria. La cuantía de la prestación no sólo incluye las horas de asistencia necesarias para la realización de las necesidades básicas de la vida diaria sino también las necesarias para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (tareas domésticas) o para la realización de funciones orientadas a la inclusión social de la persona con discapacidad (apoyo en el trabajo, cuidado de los hijos, apoyo durante desplazamientos, etc.). La cuantía de la prestación también puede verse incrementada cuando se produce una situación temporal de enfermedad, un periodo vacacional, por ejemplo. La persona con discapacidad también puede solicitar un complemento económico para costear el precio del acompañamiento de su asistente personal a eventos, comidas, hoteles o transportes. Si las necesidades de 	

TABLA 15. CRITERIOS DE DETERMINACIÓN DE LA CUANTÍA

País	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Determinación de la cuantía	Cuantías máximas	
		<p>este tipo se dan con mucha frecuencia, puede solicitarse una nueva valoración de necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La cuantía de la prestación no depende del nivel de recursos de la persona. ▪ Desde 1997, se aplica una tarifa horaria estándar que asciende en 2010 a 24,8 €, tarifa que puede incrementarse en un 12% cuando la persona requiere un asistente personal con una formación muy específica. 		
	Prestación de apoyo en el domicilio para personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es una prestación poco extendida y es de ámbito municipal. ▪ Existen importantes diferencias de cuantía entre los municipios. 		
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los criterios de determinación de las cuantías y las propias cuantías varían entre los estados: <ul style="list-style-type: none"> - algunos estados establecen cuantías máximas; - otros establecen un número máximo de horas de apoyo; - otros toman como referencia el coste de una plaza residencial de intensidad de apoyo equivalente; - otros no establecen límite máximo. 	California	Apoyo máximo para personas con discapacidad severa: 283 horas mensuales. Apoyo máximo para personas con discapacidad moderada: 195 horas mensuales
			Colorado	Cuantía máxima: 1.396 \$ mensuales (1.017 € mensuales)
			Kansas	Cuantía máxima: 1.445 \$ mensuales (1.052 € mensuales)
				Cuantía máxima: 1.965 \$ mensuales (1.431 € mensuales), Excepcionalmente, hasta un máximo de 2.760 \$ mensuales (2.010 € mensuales)
			Maine	Cuantía máxima: el precio de una plaza residencial con un apoyo equivalente.
			Michigan	El único límite máximo aplicado es la exclusión de una atención de 24 horas.
			Oregon	No se aplica ningún límite máximo.
			Washington	Apoyo máximo: 184 horas mensuales.
Wisconsin	No se aplica ningún límite máximo.			

- *Cuantías.* Los datos no permiten conocer la cuantía media de las prestaciones, de modo que, con el fin de facilitar alguna aproximación comparativa, 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. Por ello, es 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 esa 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 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, Holanda y la prestación de apoyo en el domicilio de Suecia.

En la siguiente tabla, 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 16. GASTO MEDIO EN PRESTACIONES Y FONDOS PERSONALES PARA LA ADQUISICIÓN DE ATENCIÓN

Países	Prestaciones económicas y fondos personales para la adquisición de atención	Gasto medio anual	Gasto medio mensual	2009 PPA	Base España	Gasto PPA (euros/mes)
UE-27	--	--	--	100	102,4	--
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	3.900	325	105,8	108,3	300,09
	Fondo personal integral de cuidados de larga duración		--	105,8	108,3	--
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	5.354	446	107,6	110,1	405,08
Francia	Prestación personalizada de autonomía	5.928	494	114,4	117,1	421,86
	Prestación compensatoria de la discapacidad	--	--	114,4	117,1	--
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	17.097	1.400	109,0	111,6	1.254,48
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	10.967	895	95,1	97,3	919,83
Suecia	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad	131.220	10.935	107,6	110,1	9.931,88
	Prestación de apoyo en el domicilio para personas mayores	6.720	560	107,6	110,1	508,62
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria		--	89,2	91,3	--

En el caso de las **prestaciones directas a cuidadores informales**, la cuantía son fijas, es decir, que no varían en función de la intensidad del apoyo o del tipo de apoyo, por ejemplo:

- En el Reino Unido, está establecida a nivel normativo y se sitúa para el año 2010 en 53,10 libras semanales (63,56 euros semanales), lo que equivale a unos 272 euros mensuales.
- En Suecia, su importe equivale al salario de un cuidador profesional contratado por la administración municipal.

4.10. 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 necesariamente una cobertura más amplia que las que se destinan únicamente 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 orientativos.

- 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 abierto a nuevos usuarios, se ha mantenido, tras la entrada en vigor de las nuevas prestaciones, como opción para quienes ya eran beneficiarios de la misma. Y aquí,

las diferencias son importantes: en Austria, la cobertura es de 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 el 2006, en un 0,54% de la población, cifra que con toda probabilidad habrá tendido a la baja en años posteriores, debido a las medidas de contención del gasto aplicadas, en particular a la exclusión de la atención doméstica del seguro de cuidados de larga duración (la atención doméstica pasó en 2007 al sistema de servicios sociales, que no es de derecho y que, por lo tanto, está sujeto a una mayor discrecionalidad y a limitaciones presupuestarias).
- 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 alcanzan este grupo de medidas, a pesar de haber introducido el sistema por primera vez a mediados de los 90. 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 reticencias 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%, correspondiente en gran medida a la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad. El caso de la prestación sueca de apoyo a domicilio para personas mayores, no es comparable con los demás, por cuanto que su existencia es puramente residual, aplicándose sobre todo en zonas rurales muy despobladas en las que no existe la posibilidad de establecer una red formal de servicios o en relación con personas usuarias

pertencientes a minorías étnicas que, con frecuencia, manifiestan su preferencia por la atención de un cuidador familiar.

TABLA 17. COBERTURA

Países	Población total	Nº de personas beneficiarias de prestaciones económicas	Cobertura en relación con la población total
Alemania (2007)	82.314.906	1.033.286	1,26
Austria (2008)	8.318.592	411.976	4,95
Francia (2009)*	64.366.962	1.117.000	1,74
		71.700	0,11
		99.600	0,15
		1.288.300	2,00
Holanda (2006)	16.334.210	87.642	0,54
Reino Unido(2008)	60.038.695	87.000	0,14
Suecia (2009)	9.256.347	19.210	0,21
		5.600	0,06
Estados Unidos	--	--	--

* Incluye los datos correspondientes a la prestación personalizada de autonomía (1.117.000), a la prestación compensatoria de la discapacidad (71.700), a la antigua prestación por ayuda de tercer persona (99.600).

- En términos de evolución, se dispone de algunos datos interesantes y 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, reflejando 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 representa 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 duplican las cuantías previstas para la prestación económica. Esta tendencia de vuelta a los servicios en especie, es la que ha llevado al

ejecutivo alemán a introducir una nueva modalidad en forma de fondo personal integral, más flexible y versátil en la medida en que puede utilizarse para la adquisición de cualquier tipo de servicio, incluidos los de carácter residencial.

La evolución en Suecia también es reseñable:

- Por un lado, la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad ha superado todas las previsiones¹⁷. Si en 1992, las estimaciones iniciales preveían 7.000 beneficiarios, doce años más tarde, en el 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. De todos ellos, 15.710 corresponden a la prestación estatal de Seguridad Social –es decir, tienen una intensidad de apoyo superior a 20 horas semanales– y 3.500 corresponden a la prestación municipal –con una intensidad de apoyo inferior a ese límite–.
- En el ámbito de la atención a las personas mayores, la evolución es la inversa, optándose, claramente, desde las administraciones públicas, por un modelo de prestación de servicios en especie. Las prestaciones económicas, tanto la prestación de apoyo a domicilio concedida a la persona usuaria como la prestación destinada a los cuidadores en forma de salario son de carácter residual y responden a necesidades muy particulares, como ya se ha indicado más arriba. La evolución de estas prestaciones es, claramente, a la baja.

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

¹⁷ 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).

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%¹⁸, que empieza a generar mucha preocupación a las administraciones que intervienen en su financiación.

En el caso de las prestaciones económicas directas a cuidadores informales, los datos disponibles indican una cobertura considerable en el Reino Unido –365.000 beneficiarios que representan un 0,6% de la población–, muy por encima de la cobertura que alcanzan las medidas prestacionales para la adquisición de atención, mientras que en Suecia la cobertura es residual –1.900 personas que representan un 0,02 de la población.

4.11. Gasto público: tendencias evolutivas y medidas de contención.

Dado que las medidas prestacionales para la adquisición de atención permiten, en los diferentes sistemas, acceder a distintas gamas de servicios, respondiendo a diferentes finalidades, no es posible comparar los datos de gasto correspondientes a cada una de ellas¹⁹, pero pueden resultar interesantes sus tendencias evolutivas y las medidas aplicadas para su contención.

- *Evolución del gasto.* Interesan algunas tendencias observadas en el panorama europeo en relación con la evolución del gasto, lo que, al igual que se señalaba en la cobertura, es indicativo, sobre todo, del mayor o menor atractivo de estas fórmulas y de las condiciones de acceso, de utilización y de cuantía, frente a la prestación en especie.
 - En Alemania, el gasto público en la prestación económica de cuidados de larga duración se ha mantenido muy estable en los últimos años –4.110 millones de euros en 2001 frente a 4.030 en 2007, pasando por un pico de 4.180 millones

¹⁸ 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.*

¹⁹ Para datos más detallados sobre gasto público y sobre financiación, se remite a las fichas descriptivas de los sistemas vigentes en los siete países analizados, reunidas en el anexo I.

en 2002—. Dentro de esa estabilidad, se observa cierta tendencia a la baja, lo cual resulta coherente con el descenso observado en la proporción de personas beneficiarias que optan por la modalidad de prestación económica frente a la prestación en especie. Este descenso y el renovado interés por la prestación en especie, en particular, por la atención residencial, es lo que ha llevado al gobierno alemán a considerar nuevas alternativas.

- En Holanda, la tendencia es la inversa. La evolución del gasto en la prestación económica es creciente: el gasto se ha triplicado entre 2002 y 2007, y ello a pesar de los sucesivos recortes. Con todo, los datos indican que la prestación es eficiente: representa en torno al 4% del gasto total imputable al Seguro de Cuidados de Larga Duración y permite responder a las necesidades de un 15% de las personas usuarias del Seguro.

- En el Reino Unido, a pesar de una cobertura todavía baja, el ritmo de evolución de la prestación se ha acelerado desde la apertura de la prestación al conjunto de los colectivos que requieren servicios comunitarios –hasta el 2000 sólo estaban abiertas a las personas con discapacidad– y, sobre todo, desde que la propuesta de esta modalidad de acceso al sistema se ha impuesto como obligación a las administraciones locales.

- En Suecia, la evolución del gasto en la prestación de asistencia personal para personas con discapacidad es de constante crecimiento. Desde su puesta en marcha en 1993 no ha dejado de aumentar por dos razones principales: por un lado, el aumento progresivo del número de beneficiarios, ya mencionado; por otro, el progresivo aumento de la cuantía media de la prestación derivado de la creciente ampliación de las intensidades de apoyo ofrecidas y a los incrementos en la tarifa horaria aplicada. El número de horas concedido varía considerablemente en función del tipo de deficiencia que origina la dependencia: la media de horas mensuales para personas con daño cerebral que causa deficiencia intelectual es de 121 horas; la media de horas en personas

con discapacidad intelectual o autismo o con graves discapacidades físicas o psíquicas es de 97 horas.

Las previsiones de 1992, previas a la puesta en marcha de la prestación económica de asistencia personal, basadas en unas estimaciones de 7000 beneficiarios con una prestación media de 40 horas semanales, quedaban totalmente superadas en el 2004, con cifras de 12.300 beneficiarios y una prestación media de 106 horas semanales, lo que representaba un coste de 90.453 € por persona, es decir, un gasto total de 1.112 millones de euros; estos datos sólo se referían la prestación estatal, de modo que deben sumársele los costes municipales correspondientes a la financiación de las 20 primeras horas de atención que ascienden a 274 millones de euros. En 2009, como se ha indicado, la media semanal de horas ascendía a 110,24 para la Prestación de Asistencia Personal de la Seguridad Social (estatal), lo que incrementa el valor medio de la prestación hasta 10.935 €, reflejando un ritmo de crecimiento importantísimo y acelerado.

- *Contención del gasto.* Salvando el caso de Alemania, en el resto de los países analizados, el gasto público destinado a la cobertura de las medidas prestacionales para la adquisición de atención está en claro aumento. La excepción alemana, por otra parte, se explica por el escaso atractivo de sus cuantías y por el hecho de que sólo pueda utilizarse para adquirir atención personal y, en relación con esto último, por la dificultad para encontrar cuidadores profesionales. De ahí la introducción del nuevo modelo de fondo personal integral.

En los demás países, el núcleo del debate empieza a centrarse en cómo contener el gasto de estas fórmulas de asignación económica individual: en Francia, el colosal incremento del número de beneficiarios de la prestación compensatoria de la discapacidad en el ejercicio 2008-2009 –67% en un año– ha lanzado ya el debate sobre su sostenibilidad; en Suecia, el incesante y acelerado aumento del gasto en la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad llevó, en 2004, al Tribunal de Cuentas a presentar un informe extremadamente crítico en

relación con la implementación de la prestación en el que, al margen de cuestiones relacionadas con la falta de homogeneidad en la aplicación de los criterios de cálculo y atribución, destacaba aspectos como: la contradicción entre el espíritu de la norma que pretendía reforzar la autonomía de las personas con discapacidad y el hecho de que más de la mitad de las personas beneficiarias sean personas con discapacidad intelectual o personas menores de edad; la concentración del apoyo económico estatal en la asistencia personal, en detrimento de otras modalidades de atención como la vivienda asistida que resultan menos onerosas; el fomento de un mercado privado de servicios prácticamente exento de control o supervisión públicos, y la muy insuficiente supervisión de la utilización de la prestación. Estas consideraciones concluían en la necesidad de desarrollar la normativa para concretar y especificar su aplicación, restringir la población beneficiaria para ajustarla al espíritu y a la naturaleza de la prestación y revisar los modos de financiación.

No obstante lo anterior, no se han introducido modificaciones desde entonces, a pesar de algunas iniciativas orientadas a excluir del cómputo de horas las denominadas “horas pasivas” de los asistentes personales y de un proyecto dirigido a establecer un instrumento único de acceso²⁰ que garantizara cierta homogeneidad de criterios, iniciativas que, en todos los casos, han tenido que retirarse debido no sólo a la presión de los movimientos de defensa de las personas con discapacidad, sino también a las decisiones de los tribunales contencioso-administrativos que resuelven los recursos referidos a las valoraciones o a las resoluciones en relación con esta prestación. A pesar de ello, dada la evolución del gasto en la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad, se oyen voces de reforma del sistema, que en 2009

²⁰ Recientemente, con el fin de paliar las diferencias observadas en las valoraciones realizadas entre las diferentes oficinas de Seguridad Social y entre los Servicios Municipales, se encargó al Instituto sobre Metodología en Trabajo Social integrado en el Instituto Nacional de Salud y Bienestar Social (*Socialstyrelsen*) la elaboración de un instrumento de valoración que garantizara mayor objetividad en las valoraciones y paliara las diferencias observadas; la idea de partida era que el instrumento se centrara sobre todo en los tiempos de ayuda activa, sin considerar los tiempos pasivos, es decir los tiempos que transcurren entre las actividades. Con todo, no parece que pueda prosperar debido a la presión ejercida por el movimiento de defensa de los derechos de las personas con discapacidad y al hecho de que se considere que la aplicación de un instrumento de estas características supondría la vuelta a una situación en la que las personas con discapacidad volverían a ser el objeto de la asistencia social en contraposición a un estatus de ciudadanía. La defensa de esta posición se basa en la Convención de la ONU sobre derechos humanos de las personas con discapacidad y en su Protocolo opcional, ratificados ambos por Suecia, considerándose que supondría una vulneración directa de su artículo 19, e indirecta de sus artículos 23 y 27.

parecían anunciar un nuevo texto legal más restrictivo que las previsiones actuales. De momento, sin embargo, probablemente porque el año 2010 fue año de elecciones en Suecia, esta propuesta no se ha materializado.

Holanda es el país en donde más ensayos y reformas se han hecho con el fin de contener el gasto de la prestación económica de cuidados de larga duración:

- Hasta el año 2001, se establecía un presupuesto máximo destinado a la cobertura de la prestación económica. Una vez alcanzado ese límite, las personas tenían que acceder necesariamente a servicios en especie o apuntarse a una lista de espera para acceder a la prestación económica. Con todo, la rápida evolución de las necesidades determinó que la disponibilidad de servicios en especie alcanzara sus límites, con lo que se tuvieron que crear listas de espera para ambas vías de acceso. Esa incapacidad del sistema para responder a las necesidades generó un gran descontento social, que se mantuvo hasta que en 1999 una sentencia judicial confirmó que el Estado tenía la obligación de dar respuesta a las personas que cumplieran los requisitos que daban acceso al reconocimiento del derecho. Esa sentencia fue el detonante que determinó que, en 2001, el gobierno optara por eliminar la limitación presupuestaria a la que hasta entonces quedaba sujeta la prestación económica, quedando así totalmente abierta para dar respuesta a todas las personas que tuvieran derecho a ser atendidas a través del Seguro de Cuidados de Larga Duración.
- Esta apertura determinó un radical aumento de la cuantía de las primas de seguro y, a partir de 2003, también se incrementaron los porcentajes aplicados al copago.
- Desde el año 2007, con el fin de contener el gasto público, se han producido importantes recortes en las funciones de atención domiciliaria cubiertas en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración:

- . En 2007, se excluyó la atención doméstica, que pasaba a ser competencia de los municipios en el marco del sistema de servicios sociales, dejando así de constituir un derecho.
 - . En 2009, se restringió el acceso a la modalidad de atención domiciliaria de apoyo para la organización del hogar y de acompañamiento a gestiones y actividades sociales, y se ha sometido a copago (con anterioridad era el único tipo de atención excluido del copago).
 - . En 2010, se ha excluido la intervención familiar asociada a situaciones de desestructuración familiar o a situaciones de exclusión social.
- Hasta el año 2003, la valoración comprendía el volumen total de necesidades de atención y el importe de la prestación económica se determinaba en función de dicho volumen, sin descontar la parte de la atención habitualmente prestada por la red familiar de apoyo, al considerarse que se trataba de una dedicación voluntaria que, como tal, podía cesar o disminuir en cualquier momento y que convenía tratar de favorecerla.

A partir de 2003, en cambio, se empezó a cuestionar que hubiera que pagar o compensar económicamente a determinados miembros de la familia por ofrecer una atención que ofrecerían también sin ninguna compensación económica. Se estableció que la familia tenía obligatoriamente que prestar determinados niveles de atención y que el Sistema cubriría las necesidades que superaran esos límites.

En términos generales, puede decirse que la discusión no parece centrarse, salvo en el caso de Suecia, en el coste mismo de las medidas prestacionales para la adquisición de atención en comparación con el coste del mismo nivel de apoyos prestados en especie: las primeras tienden a resultar más baratas, por un lado, porque las personas beneficiarias, una vez atribuida una cuantía para la adquisición de servicios, tratan de gestionar eficaz y eficientemente ese dinero que representa el presupuesto con el que cuentan para financiar la cobertura de sus necesidades, sin incurrir en gastos de gestión que sí pesan sobre los procedimientos

administrativos de acceso a los servicios en especie; por otro, porque, asumiendo esa eficiencia, algunos sistemas establecen, de raíz, un importe para la prestación económica menor del correspondiente a su equivalente en especie: en Alemania, se sitúa en un 50%; en Holanda, en un 75%, aproximadamente.

La preocupación se centra más bien en el temor de que las prestaciones y fondos personales asignados a las personas usuarias para la adquisición de atención atraigan a personas que, de no ser por la existencia de esta vía de acceso, no se habrían acercado al sistema sino que hubieran seguido siendo atendidas por sus familiares sin compensación económica alguna. En otros términos, se considera que una parte del gasto generado por esta vía está financiando una atención que se daría en cualquier caso, y de forma gratuita, desde la red informal.

5. ANÁLISIS COMPARATIVO INTERNACIONAL DE LAS MEDIDAS DE SUPERVISIÓN, CONTROL Y GARANTÍA DE CALIDAD EN LOS MODELOS PRESTACIONALES.

Como se ha visto en el análisis de características recogido en el apartado 4 de este informe, no todos los modelos estudiados persiguen los mismos objetivos con la introducción de las fórmulas de asignación económica individual, y eso influye decisivamente en el nivel de regulación y, por lo tanto, en las posibilidades de ejercer un control sobre el conjunto del dispositivo.

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 que respondan a sus necesidades de atención; la supervisión sobre el uso real que la persona usuaria da a la prestación es muy ligera. Estas fórmulas, por lo tanto, articulan muy pocas vías orientadas a garantizar la calidad de la atención.

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 en términos de personas beneficiarias y de gasto está llevando, progresivamente, a muchos países a alejarse de este 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 su inicio.

En la actualidad, casi todos los sistemas coinciden en reconocer que una de sus 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: a) garantizar que la atención se presta efectivamente, con la intensidad suficiente y que la calidad de la atención así prestada es adecuada; b) garantizar que las personas cuidadoras ejercen sus funciones en condiciones adecuadas; c) responder de un uso adecuado de los fondos públicos; d) responder de la seguridad de las personas.

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 directamente a cuidadores profesionales y a contratar o compensar económicamente a cuidadores informales y, por lo tanto, en eso se centra también el análisis de las medidas de control y de garantía de calidad del presente capítulo.

Del análisis de los modelos aplicados en los siete países seleccionados 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. Ningún sistema las aplica todas; más bien, lo habitual, es que sólo integren algunas y que su implementación resulte, todavía hoy, poco sistemática. Para facilitar la exposición, se han ordenado atendiendo a criterios básicos y cruzados:

- Primero, a un criterio de temporalidad, es decir, al momento en el se aplican, diferenciando entre las 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 –medidas *ex ante*– y las que se aplican una vez concedida la prestación económica o el fondo personal –medidas *ex post*–, durante su disfrute.
- Dentro de cada uno de los dos grupos anteriores, las medidas pueden clasificarse atendiendo a diversos criterios:
 - *Objetivos*. Si bien, en términos generales, todas las medidas de control, y supervisión 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 y diferenciadas. En la tabla 18 se han ordenado las medidas, atendiendo a su temporalidad y a esos objetivos directos, a saber:
 - . Dedicación efectiva: garantizar que la persona cuidadora dedicará efectivamente parte de su tiempo a la atención de la persona que requiere apoyos.
 - . Capacidad de la persona cuidadora: garantizar su capacidad física, psicológica y mental intelectual, así como su cualificación para responsabilizarse de la atención.
 - . Capacidad de la persona atendida: 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.

- Apoyo a la función cuidadora: garantizar la disponibilidad de apoyos destinados a la persona cuidadora con el fin de facilitar el ejercicio de sus funciones de atención.
 - Apoyo a la gestión de la prestación: 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.
 - Control de 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.
 - Control económico de la utilización de la prestación.
 - Seguridad: garantizar la protección y la seguridad de la persona usuaria y de la persona cuidadora.
 - Defensa de derechos: garantizar el respeto de los derechos de la persona cuidadora y de la persona atendida.
- *Aplicabilidad en función de los tipos de atención.* Por otra parte, dado que las fórmulas de asignación económica individual previstas en los distintos sistemas y dirigidas a la adquisición de atención personal o de asistencia personal prevén, al margen de la contratación de servicios formales prestados por entidades, la posibilidad de adquirir esa atención mediante la contratación de cuidadores profesionales que trabajan por su cuenta y la contratación y/o compensación económica de cuidadores informales –por lo general, familiares, pero a veces también amigos, vecinos o voluntarios–, las medidas de control, supervisión y garantía de calidad se ordenan en función de si son aplicables en cualquiera de estos dos supuestos o si, por el contrario, sólo son aplicables a uno de ellos. Esta ordenación se recoge en la tabla 19.
- *Aplicabilidad en función de los tipos de prestación.* También interesa ordenar las medidas de supervisión en función de si son aplicables a los dos grupos de medidas integradas en las fórmulas de asignación económica individual, a saber las prestaciones económicas y los fondos personales asignados a la persona usuaria para la adquisición de atención y las prestaciones directas a las personas

cuidadoras, o si sólo son pertinentes en una de estas modalidades. Esta ordenación se recoge también en la tabla 19.

- *Naturaleza*. Este criterio permite diferenciar las medidas en función de su contenido o naturaleza básica, distinguiendo entre medidas de valoración, supervisión, apoyo y seguridad. Esta ordenación se recoge en la tabla 20.

- *Países de aplicación*. En la última tabla (tabla 21), se recoge la ordenación de las medidas atendiendo a los países en los que se ha detectado su aplicación. En ocasiones, esta aplicación responde a una pauta generalizada y sistemática en todo el territorio estatal; en otros casos, son opciones adoptadas por las administraciones regionales, provinciales o locales, a veces, incluso, con carácter experimental. El peso de las medidas, por lo tanto, desde el punto de vista de su mayor o menor grado de generalización, varía mucho, pero, dado que el informe pretende recoger ideas que inspiren posibles aplicaciones en nuestro ámbito, se ha considerado más interesante recogerlas todas, siempre que tuvieran cierta relevancia, que seleccionar sólo las que tuvieran ya un fuerte grado de implantación.

Tras estas tablas de ordenación, cada una de las medidas se presenta en una ficha individual en la que se define, se indica sus características básicas y se ilustra con algunos ejemplos internacionales.

Es importante destacar que muchas de estas medidas, además de servir como instrumentos de control, supervisión y mejora de la calidad en los casos individuales, pueden tener unas virtualidades más amplias en términos de mejora del dispositivo prestacional en su conjunto, siempre que se articulen los medios técnicos y tecnológicos de recogida de datos y explotación agregada de la información derivada de la aplicación de estas medidas.

**TABLA 18. CLASIFICACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
POR OBJETIVOS**

Temporalidad	Medidas	Garantizar la dedicación de la p. cuidadora	Garantizar la capacidad de la p. cuidadora	Garantizar la capacidad del la p. usuaria	Garantizar la adecuación de la atención	Controlar el uso dinero público	Apoyar la función cuidadora y de gestión de la prestación	Garantizar la seguridad	Reconocer y proteger los derechos
Medidas ex ante	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	✓							
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.	✓							
	3. Límites al número de personas atendidas	✓							
	4. Convivencia	✓							
	5. Formalización de la relación de cuidado	✓							✓
	6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora		✓						✓
	7. Autonomía funcional de la persona cuidadora		✓						✓
	8. Valoración formal de la capacidad y de las necesidades de la persona cuidadora			✓				✓	✓
	9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida				✓				
	10. Valoración del riesgo de abuso			✓				✓	
	11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador							✓	
	12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos					✓	✓		
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales			✓				✓	
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente				✓				
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento				✓	✓			
	16. Visitas domiciliarias sin previo aviso				✓			✓	
	17. Control económico del uso de la prestación o del fondo personal					✓			
	18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación						✓		
	19. Formación personalizada domiciliaria para cuidadores			✓				✓	
	20. Respiro domiciliario para cuidadores			✓				✓	
	21. Evaluación global de la calidad de la atención						✓		

**TABLA 19. CLASIFICACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
POR APLICABILIDAD AL TIPO DE CUIDADOR Y AL TIPO DE PRESTACIÓN**

Temporalidad	Medidas	Aplicabilidad en función del tipo de cuidador		Aplicabilidad en función del tipo de prestación	
		Cuidador informal	Cuidador profesional	Prestación directa al cuidador	Prestación o fondo personal asignado a la persona usuaria para adquirir atención
Medidas ex ante	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	✓		✓	✓
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.	✓		✓	✓
	3. Límites al número de personas atendidas	✓		✓	
	4. Convivencia	✓		●	✓
	5. Formalización de la relación de cuidado	✓		✓	✓
	6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora	✓		✓	✓
	7. Autonomía funcional de la persona cuidadora	✓		✓	✓
	8. Valoración formal de la capacidad y de las necesidades de la persona cuidadora	✓		✓	✓
	9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida	✓	✓		✓
	10. Valoración del riesgo de abuso	✓	✓	●	✓
	11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador	✓	✓	●	✓
	12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos	✓	✓		✓
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales		✓		✓
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente	✓	✓	●	✓
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento	✓	✓	✓	✓
	16. Visitas domiciliarias sin previo aviso	✓	✓	●	✓
	17. Control económico del uso de la prestación o del fondo personal	✓	✓	✓	✓
	18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación	✓	✓		✓
	19. Formación personalizada domiciliaria para cuidadores	✓		✓	✓
	20. Respiro domiciliario para cuidadores	✓		✓	✓
	21. Evaluación global de la calidad de la atención	✓	✓	✓	✓

Se indican con ✓ los supuestos verificados en el marco del análisis comparativo internacional, y se marcan con ● los supuestos que, si bien no se han observado, se consideran aplicables, por analogía.

**TABLA 20. CLASIFICACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
POR TIPO DE MEDIDA**

Temporalidad	Medidas	Medidas de valoración	Medidas de apoyo	Medidas de supervisión	Medidas de protección y seguridad
Medidas ex ante	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	✓			
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.	✓			
	3. Límites al número de personas atendidas	✓			
	4. Convivencia	✓			
	5. Formalización de la relación de cuidado	✓		✓	
	6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora	✓			✓
	7. Autonomía funcional de la persona cuidadora	✓			
	8. Valoración formal de la capacidad y de las necesidades de la persona cuidadora	✓			✓
	9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida	✓			✓
	10. Valoración del riesgo de abuso	✓			✓
	11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador				✓
	12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos	✓		✓	
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales	✓			✓
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente	✓		✓	
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento			✓	
	16. Visitas domiciliarias sin previo aviso			✓	✓
	17. Control económico del uso de la prestación o del fondo personal			✓	
	18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación		✓		
	19. Formación personalizada domiciliaria para cuidadores		✓		
	20. Respiro domiciliario para cuidadores		✓		
	21. Evaluación global de la calidad de la atención			✓	

**TABLA 21. CLASIFICACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
POR PAÍSES**

Temporalidad	Medidas	Alemania	Austria	Francia	Holanda	Reino Unido	Suecia	Estados Unidos
Medidas ex ante	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	✓			✓	✓	✓	
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.	✓				✓	✓	
	3. Límites al número de personas atendidas	✓				✓	✓	
	4. Convivencia	✓		✓	✓			
	5. Formalización de la relación de cuidado			✓	✓		✓	✓
	6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora				✓	✓	✓	
	7. Autonomía funcional de la persona cuidadora				✓			✓
	8. Valoración formal de la capacidad y de las necesidades de la persona cuidadora					✓		✓
	9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida					✓	✓	✓
	10. Valoración del riesgo de abuso							✓
	11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador					✓		✓
	12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos	✓		✓		✓	✓	✓
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales			✓				✓
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente	✓	✓		✓			✓
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento	✓	✓			✓	✓	✓
	16. Visitas domiciliarias sin previo aviso							✓
	17. Control económico del uso de la prestación o del fondo personal			✓	✓	✓	✓	✓
	18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación	✓		✓	✓	✓	✓	✓
	19. Formación personalizada domiciliaria para cuidadores					✓		✓
	20. Respiro domiciliario para cuidadores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	21. Evaluación global de la calidad de la atención				✓	✓		✓

Medida 1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención.

Características

- Consiste en exigir que la persona cuidadora dedique, como mínimo, un determinado número de horas a la atención informal.
- Su objetivo es garantizar el ejercicio efectivo de las funciones de atención y garantizar la intensidad de los apoyos ofrecidos. La articulación de esta obligación como requisito pone el énfasis en el hecho de que la prestación debe corresponderse con una atención real, de cierta intensidad, que exige de la persona cuidadora un esfuerzo, en tiempo, superior al que puede considerarse habitual o natural en las relaciones familiares.
- Es una medida *ex ante*, que se aplica:
 - bien como requisito de acceso a la prestación económica o al fondo personal;
 - bien como requisito de acceso a la cobertura por parte del Sistema en el que se inserta la prestación económica o el fondo personal de las cotizaciones de Seguridad Social destinadas a la protección social de la persona cuidadora.
- Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador informal;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar.

Ejemplos internacionales

País	Modalidad	Mínimo exigido	Características
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	14 horas semanales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La dedicación mínima no es un requisito de acceso a la prestación económica pero constituye un requisito para que el Sistema de Cuidados de Larga Duración asuma el pago de las cotizaciones de Seguridad Social destinadas a la protección social del cuidador.
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	3 días semanales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La dedicación mínima no es un requisito de acceso a la prestación económica pero constituye un requisito para que la contratación de la relación de cuidado genere los derechos propios de la protección laboral: seguro de enfermedad, desempleo y jubilación correspondientes al cuidador. ▪ En el cómputo de esa dedicación mínima no se tienen en cuenta, en los casos de convivencia, un determinado número de horas (variable en función de la duración de la necesidad y del grado de parentesco) que se consideran propias del apoyo natural o habitual entre familiares que conviven.
Reino Unido	Prestación a cuidadores familiares	35 horas semanales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La dedicación mínima es un requisito de acceso a la prestación.

Medida 1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención.

Suecia	Prestación a cuidadores familiares	17 horas semanales (varía entre municipios pero muchos adoptan este límite mínimo).	▪ La dedicación mínima es un requisito de acceso a la prestación.
---------------	------------------------------------	---	---

Medida 2. Límites a la dedicación laboral, educativa y formativa de la persona cuidadora

Características

- Consiste en limitar el tiempo que la persona cuidadora puede dedicar a actividades diferentes de la atención informal a cuya retribución o compensación se destina la prestación económica o el fondo personal.
- Su objetivo es garantizar que la persona cuidadora dispone de tiempo suficiente para asumir realmente la atención informal y, por esa vía, garantizar la intensidad de los apoyos requeridos. La articulación de esta obligación como requisito pone el énfasis en el hecho de que la prestación debe corresponderse con una atención real, de cierta intensidad, que la hace incompatible con una dedicación a tiempo completo con otra actividad.
- Es una medida *ex ante*, que se aplica:
 - bien como requisito de acceso a la prestación económica o al fondo individual;
 - bien como requisito de acceso a la cobertura por parte del Sistema de las cotizaciones de Seguridad Social destinada a la protección social de la persona cuidadora.
- Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Dedicación laboral o educativa	Características
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	Máximo 30 horas semanales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La limitación en la actividad no es un requisito de acceso a la prestación económica pero constituye un requisito para que el Sistema de Cuidados de Larga Duración asuma el pago de las cotizaciones sociales correspondientes al seguro de enfermedad y al seguro de vejez del cuidador. ▪ Se refiere únicamente a actividades laborales. ▪ Se exige además que no se dedique a la prestación de cuidados con fines lucrativos.
Reino Unido	Prestación a cuidadores familiares	Máximo 21 horas semanales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La limitación de la actividad se articula como un requisito de acceso a la prestación. ▪ El límite máximo de 21 horas de actividad sólo se aplica a las actividades educativas o formativas, porque al tratarse de una prestación condicionada al nivel de ingresos (no disponer de un nivel de ingresos procedente de actividad laboral superior a 100 libras semanales (118 euros), la dedicación laboral queda muy limitada.

Medida 2. Límites a la dedicación laboral, educativa y formativa de la persona cuidadora

Suecia	Prestación a cuidadores familiares	Jornada parcial Varía en función de los municipios	<ul style="list-style-type: none">▪ La limitación de la actividad es un requisito de acceso a la prestación.▪ Dado que la prestación se articula en forma de contrato con la Administración municipal y que sólo se aplica en supuestos muy específicos de alta intensidad de cuidado, sólo puede compatibilizarse con una jornada laboral parcial.
---------------	------------------------------------	---	--

Medida 3. Límites al número de personas atendidas.

Características	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consiste en limitar el número de personas a las que puede atender la persona cuidadora. ▪ Su objetivo es garantizar que la persona cuidadora dispone de tiempo suficiente para asumir realmente la atención informal y, por esa vía, garantizar la intensidad de los apoyos requeridos. La articulación de esta obligación como requisito pone el énfasis en el hecho de que la prestación debe corresponderse con una atención real, de cierta intensidad y de cierta duración, que la hace incompatible con la atención a un número excesivo de personas. ▪ Es una medida <i>ex ante</i>, que se aplica como requisito de acceso a la prestación o al fondo personal. ▪ Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar. ▪ Puede integrarse en: <ul style="list-style-type: none"> - prestaciones económicas directas al cuidador familiar; - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar. 	

Ejemplos internacionales			
País	Prestación	Nº máximo de personas atendidas	Características
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La previsión alemana es menos taxativa en su formulación que las aplicadas en Reino Unido o Suecia. Establece, como condición de acceso, a la cobertura por parte del Seguro de Cuidados de Larga Duración de las cotizaciones sociales para el Seguro de pensiones de vejez para el cuidador informal, que éste no se dedique a la prestación de cuidados con fines lucrativos, lo que significa que no es posible que atienda a otras personas con necesidades de apoyo, salvo que se encuentren en el mismo domicilio que la persona beneficiaria de la prestación y, en la práctica, se interpreta que el máximo aplicado sería de 2 personas.
Reino Unido	Prestación a cuidadores familiares	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es un requisito de acceso a la prestación. ▪ En el caso de las parejas, si se prestan cuidados mutuamente, ambos miembros pueden acceder a la prestación. ▪ En el caso de que un cuidador cuide a dos personas en el mismo domicilio, no puede acumular dos prestaciones.
Suecia	Prestación a cuidadores familiares	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es un requisito de acceso a la prestación.

Medida 4. Convivencia.

Características

- La convivencia tiene dos aplicaciones diferentes en los sistemas analizados:
 - Puede aplicarse como requisito de acceso a la prestación y en tal caso consiste en exigir que la persona cuidadora conviva con la persona atendida, sobre la base de considerar que el hecho convivencial es un contexto que, por sí mismo, lleva implícitos unos niveles mínimos, habituales o naturales, de atención, entre familiares que viven bajo un mismo techo.
 - Lo anterior, no obstante, no es frecuente. Más habitual es que la convivencia sea una circunstancia que se tiene en cuenta para el cómputo de las horas de apoyo requeridas por la persona usuaria o incluso como criterio de exclusión de los posibles usos de la prestación (como se ha visto, algunos países, sin impedir la compensación a familiares mediante la prestación económica, excluyen de esta posibilidad a los familiares que conviven).
- Su objetivo es garantizar la dedicación, la disponibilidad y la presencia habitual, no necesariamente permanente, de la persona cuidadora en el entorno inmediato de la persona atendida.
- Es una medida *ex ante*, que se aplica como requisito de acceso a la prestación o al fondo personal.
- Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar.
- Según lo observado en la selección comparativa, se aplica a fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar. Con todo, por su naturaleza, nada impide que también pueda aplicarse a las prestaciones económicas directas a la persona cuidadora.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	▪ De los analizados, Alemania es el único país que exige la disponibilidad de atención informal en el domicilio para acceder a la prestación económica; aunque no se alude explícitamente a la convivencia, en la práctica este requisito de disponibilidad se interpreta como requisito convivencial.
	Fondo personal integral de cuidados de larga duración	▪ La nueva modalidad de fondos personales integrales que ha incorporado Alemania elimina el requisito de disponibilidad de atención informal, en la medida en que excluye de los posibles usos del fondo personal la compensación o retribución de la atención prestada por familiares.
Francia	Prestación personalizada de autonomía	▪ Es un ejemplo de la aplicación de la convivencia como factor de exclusión: esta prestación puede utilizarse para contratar atención informal con familiares, pero se excluye de esta posibilidad a cónyuges que conviven.
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	▪ En Holanda, la convivencia de familiares es el factor que determina la aplicación de la obligación familiar de atención mutua, lo que si bien no incide en el acceso a la prestación, sí incide en el cómputo de horas de apoyo que quedan cubiertas por la prestación, ya que una parte de las horas totales de apoyo requeridas deben ser asumidas por familiares que conviven (cónyuges y parejas de hecho, pero también padres e hijos u otros grados de parentesco).

Medida 5. Formalización de la relación de cuidado.

Características

- Consiste en exigir que la relación de cuidado se formalice en el marco de un contrato de trabajo.
- La formalización contractual de la atención informal adquiere diversas formas. Puede darse:
 - Entre la persona cuidadora y la persona atendida.
 - Entre la Administración competente para proveer la atención y la persona cuidadora.
 - Entre una entidad privada (con o sin ánimo de lucro) prestadora de servicios y la persona cuidadora informal, debiendo, a su vez, la persona atendida contratar a la entidad privada.
- La formalización se introduce con múltiples finalidades, pero algunas de ellas están directamente asociadas a la garantía de la calidad de la atención prestada:
 - Se estima que la formalización de un contrato con la administración o con una entidad prestadora de servicios es un cauce para supervisar la situación en el domicilio, en la medida en que la persona cuidadora está sujeta, en el marco de la relación contractual, al cumplimiento de una serie de obligaciones –una determinada dedicación, unas determinadas tareas– que la entidad contratante puede verificar. También es un marco claro para incorporar obligaciones de formación y reciclaje, o de remisión periódica de información sobre la situación de la persona. Ofrece, además, las ventajas de protección social y de derechos laborales propias de la contratación laboral, aunque no siempre abra acceso a la cobertura de las mismas contingencias.
 - Se estima que la formalización de la relación entre la persona atendida y la persona cuidadora establece también un marco más claro para valorar y supervisar las funciones de cuidado realizadas por la persona cuidadora y un marco más definido de derechos para ambas partes. Ofrece además las ventajas propias de la contratación laboral en términos de protección social y supone un reconocimiento explícito de la función cuidadora, lo que contribuye a clarificar que el abono de la prestación constituye una retribución por esas funciones, siendo más difícil de ese modo que la cuantía pase a integrarse de forma no diferenciada en el presupuesto familiar.
- Es una medida *ex ante*, que se aplica:
 - bien como requisito de acceso a la prestación económica o al fondo individual;
 - bien como requisito de acceso a la cobertura por parte del Sistema de las cotizaciones de Seguridad Social de la persona cuidadora.
- Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al familiar cuidador.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Formalización	Características
Francia	Prestación personalizada para la autonomía	Entre la persona cuidadora y la persona dependiente	▪ La formalización contractual es obligatoria para poder destinar la prestación a compensar económicamente la atención prestada por un cuidador familiar.
	Prestación compensatoria de la discapacidad	Entre la persona cuidadora y la persona dependiente	▪ La formalización contractual es obligatoria para poder destinar la prestación a compensar económicamente la atención prestada por un cuidador familiar.

Medida 5. Formalización de la relación de cuidado.

Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	Entre la persona atendida y la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formalización contractual es obligatoria para poder destinar la prestación a compensar económicamente la atención prestada por un cuidador familiar. ▪ Como tal, también es un requisito de acceso a la protección propia del marco laboral, pero la cobertura de esta protección varía: <ul style="list-style-type: none"> - Si existe convivencia, la contratación no genera todos los derechos propios de la contratación laboral (no cubre, por ejemplo, la protección sanitaria o vacaciones remuneradas, aunque sí la protección por desempleo y la jubilación). - La situación es distinta cuando la atención es prestada por un familiar que no convive con la persona beneficiaria: en este caso, el contrato de trabajo sí genera el conjunto de los derechos propios de cualquier contratación laboral.
Suecia	Prestación a cuidadores familiares	Entre la administración y la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación contractual se establece entre la Administración municipal y la persona cuidadora. ▪ En la actualidad, y desde la extensión de la red formal de servicios sociales, es una fórmula poco extendida, casi residual. Parece mantenerse como una fórmula válida en casos específicos: situaciones en las que la muy alta intensidad de la atención requerida aconseja dar prioridad a esta alternativa, siempre que la misma sea solicitada por la persona usuaria y la persona cuidadora; situaciones de aislamiento geográfico; situaciones, muy frecuentes entre las personas pertenecientes a minorías étnicas, que tienden a manifestar su preferencia por ser atendidas en su idioma y en sus costumbres y por miembros de su familia.
	Prestación de asistencia personal para personas con discapacidad	Entre la persona atendida y la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formalización contractual es obligatoria para poder destinar la prestación a compensar económicamente la atención prestada por un cuidador familiar.

Medida 5. Formalización de la relación de cuidado.

		Entre la persona atendida y una entidad prestadora de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el familiar que actúa como asistente personal convive con la persona atendida, no puede contratarla directamente sino que tiene que hacerlo por medio de una entidad externa, a menos que la propia persona con discapacidad se constituya en una sociedad limitada, en cuyo caso puede proceder a la contratación.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona	Entre la persona atendida y la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la mayoría de los programas de atención domiciliaria o de asistencia personal, la formalización contractual es obligatoria para poder destinar la prestación a compensar económicamente la atención prestada por un cuidador familiar.

Medida 6. Edad de la persona cuidadora.

Características	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consiste en definir límites mínimos y/o máximos de edad para actuar como cuidador informal y poder ser compensado económicamente a través de la prestación económica o del fondo personal. ▪ Su objetivo es doble: <ul style="list-style-type: none"> - garantizar la capacidad física y mental de la persona cuidadora; - proteger a personas demasiado jóvenes o demasiado mayores para asumir la carga y el estrés asociados a la relación de cuidado. ▪ Es una medida <i>ex ante</i>, que se aplica como requisito de acceso a la prestación. ▪ Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar, dado que en el caso de los cuidadores profesionales, los límites de edad obedecen a las previsiones de la normativa laboral. ▪ Puede integrarse en: <ul style="list-style-type: none"> - prestaciones económicas directas al cuidador familiar; - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al familiar cuidador. 	

Ejemplos internacionales			
País	Prestación	Edad máxima del cuidador	Características
Holanda	Prestación económica del fondo personal del Sistema de Cuidados de Larga Duración	75 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este límite de edad no se articula estrictamente como un requisito de acceso a la prestación, sino como límite a la obligación de ayuda mutua entre familiares que conviven, influyendo así en la cuantía de la prestación puesto que, en ese caso, no computa las necesidades de atención que habitualmente quedan cubiertas por esa vía. Indirectamente, también se constituye en un límite para ser contratado como cuidador en el marco de la prestación.
Reino Unido	Prestación económica para cuidadores	16 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se aplica una edad mínima de 16 años, por considerar que, por debajo de esa edad, la persona no siempre se encuentra en condiciones de asumir la carga y la responsabilidad propias de una relación de cuidado y que la asunción de esa responsabilidad puede tener consecuencias graves en otras áreas de su vida (educativa, relacional, de ocio). Aunque existen cuidadores más jóvenes, su situación recae en el ámbito de la protección de menores.
Suecia	Prestación económica para cuidadores familiares	65 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al establecerse en forma de contrato con la administración municipal, se aplica el límite máximo de edad laboral.

Medida 7. Autonomía funcional de la persona cuidadora.

Características	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consiste en exigir que la persona cuidadora tenga la capacidad física e intelectual necesaria para asumir la carga y la responsabilidad de la relación de cuidado. ▪ Sus finalidades últimas son tanto garantizar la calidad de la atención prestada y la calidad de vida de la persona atendida, como también la salud y la calidad de vida de la persona cuidadora, actuando como medida preventiva de un deterioro de la situación en el domicilio que no haría posible la permanencia en el mismo. ▪ La aplicación de este requisito no conlleva necesariamente la realización de una valoración formal de la situación y de las necesidades de la persona cuidadora, sino que, en la práctica, consiste en excluir a las personas que hayan sido valoradas como dependientes o que, sin ser dependientes, tienen un diagnóstico de enfermedad mental o un certificado de discapacidad intelectual. ▪ Es una medida <i>ex ante</i>, que se aplica como requisito de acceso a la prestación. ▪ Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar. ▪ Puede integrarse en: <ul style="list-style-type: none"> - prestaciones económicas directas al cuidador familiar; - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente a la persona familiar. 	

Ejemplos internacionales			
País	Prestación	Capacidad del cuidador	Características
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	Personas con limitaciones en la movilidad; problemas mentales; limitaciones intelectuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las personas con limitaciones en la movilidad, con limitaciones intelectuales o con problemas de salud mental quedan excluidas de la obligación de ayuda mutua entre parientes o miembros de una pareja que conviven, y en consecuencia también de la posibilidad de ser contratadas como personas cuidadoras en el marco de la prestación.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	Personas dependientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las personas que son dependientes y requieren ayuda para alguna actividad de la vida diaria quedan excluidas de una posible contratación como cuidadoras en el marco de las prestaciones económicas o de los fondos personales de asignación individual.

Medida 8. Valoración formal de la persona cuidadora.

Características

- Consiste en una valoración formal de la situación de la persona cuidadora (en particular, su nivel de estrés) y de sus necesidades, para determinar si puede hacerse cargo de la atención y para definir los apoyos que facilitarían su función cuidadora.
- Su objetivo es garantizar que la persona cuidadora cuya atención se retribuye o compensa económicamente mediante la prestación económica o el fondo personal se encuentra realmente en condiciones físicas, mentales y psicológicas, de atender a otra persona con la intensidad requerida, así como detectar las necesidades de apoyo que pudiera tener para ejercer esa función en condiciones más favorables.
- Sus finalidades últimas son tanto garantizar la calidad de la atención prestada y la calidad de vida de la persona atendida, como también la salud y la calidad de vida de la persona cuidadora, actuando como medida preventiva de un deterioro de la situación en el domicilio, que no haría posible la permanencia en el mismo.
- Es una medida *ex ante*, si bien también puede aplicarse *ex post* durante el disfrute de la prestación, en función de la evolución que se observe en la relación de cuidado.
- Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente a la persona familiar.
- Es una medida que viene recomendada por la literatura especializada, y la mayoría de las administraciones reconocen su potencial y, de hecho, es una vía que esté ganando terreno a medida que los sistemas se ven forzados a reconocer la importancia de la red informal para el sostenimiento del sistema. Con todo, son pocos los países que, de momento, lo incorporan sistemáticamente a sus procedimientos.
- Las recomendaciones contenidas en la literatura científica señalan que este tipo de valoraciones deberían cubrir los siguientes aspectos:

Valoración de la persona cuidadora Contenido de la valoración

Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de la persona cuidadora con la persona atendida • Entorno físico • Composición de la unidad convivencial • Situación económica • Calidad de las relaciones familiares • Tiempo que la persona lleva ejerciendo actividades de cuidado • Situación laboral
Percepción de la persona cuidadora en relación con la capacidad funcional de la persona atendida	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades básicas de la vida diaria • Actividades instrumentales de la vida diaria • Problemas psico-sociales • Deterioro cognitivo • Problemas de conducta • Necesidades sanitarias (cambios de sonda, u otras)
Valores y preferencias de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo o voluntad de asumir la atención • Deseo o voluntad de la persona atendida de recibir esa atención • Sentimiento de obligación para la asunción de la actividad cuidadora, en cumplimiento de pautas culturales y familiares, • Preferencias para la organización de los horarios de atención
Bienestar de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de su estado de salud • Enfermedades diagnosticadas y sintomatología • Depresión o ansiedad • Grado de satisfacción/Calidad de vida

Medida 8. Valoración formal de la persona cuidadora.

Consecuencias de la atención informal	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades percibidas: <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social - Excesiva carga emocional - Excesivo esfuerzo físico - Excesiva carga económica - Estrés en las relaciones familiares • Ventajas percibidas: <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción derivada de ayudar a un familiar - Desarrollo de nuevas habilidades y capacidades - Mejora de las relaciones familiares
Habilidades/conocimiento para prestar la atención requerida	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad y habilidades para prestar apoyo en las actividades de la vida diaria. • Conocimiento y habilidades para prestar apoyo en la atención sanitaria (cambios de sonda, insulina, etc.)
Recursos de apoyo disponibles	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de apoyos informales de otros familiares o allegados • Disponibilidad de servicios formales de respiro, de ayuda domiciliaria, atención diurna, atención nocturna. • Adquisición de estrategias adaptativas • Disponibilidad de ayudas económicas

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas cuidadoras tienen reconocido legalmente el derecho a una valoración formal de su situación y de sus necesidades. • Este derecho se aplica tanto si la persona cuidadora convive con la persona atendida como si no lo hace, y se aplica tanto cuando se dedica a esta función a tiempo completo, como si hace compatible esta función con una actividad laboral a tiempo parcial. • La valoración tiene como primer objetivo determinar si la persona se encuentra realmente en condiciones de asumir la carga de la atención y, si lo está, diseñar un plan de apoyo. • En la práctica, y a pesar de estar reconocido como derecho, la valoración de necesidades de la persona cuidadora no está muy extendida. Los datos parecen indicar que se aplica sólo a 1 de cada diez cuidadores.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos estados –prácticamente la mitad según el informe <i>“the State of the States in Family Caregiver Support: a 50-State Study”</i> proceden a una valoración formal de las necesidades de la persona cuidadora y aplican un instrumento específicamente diseñado al efecto. Por lo general, esta valoración se enmarca en la aplicación del Programa Nacional de Apoyo a Cuidadores Familiares, de ámbito federal, que concede a los estados fondos económicos para desarrollar servicios de apoyo a los cuidadores familiares.

Medida 9. Valoración de la capacidad de la persona beneficiaria para la toma de decisiones y la gestión de la prestación económica o del fondo personal

Características

- Consiste en verificar la capacidad de la persona que solicita el acceso a una prestación económica o a un fondo personal para tomar esa decisión, es decir para optar por esa vía en lugar de hacerlo por la prestación de servicios en especie, así como para asumir el conjunto de funciones de gestión, contratación y justificación de gastos asociados a la vía de asignación económica individual.
- Su objetivo es garantizar la adecuada utilización de la prestación y su efectiva aplicación a la adquisición de los apoyos necesarios, así como prevenir el riesgo de abuso. La cuestión de la capacidad de la persona para tomar las decisiones organizativas propias de las fórmulas de atención dirigida por la persona usuaria –contratación de servicios o de cuidadores profesionales o informales, diseño de los tipos de atención que desea, organización y coordinación de las diferentes intervenciones, o incluso despido de cuidadores que no desempeñan las funciones asignadas a satisfacción de la persona usuaria– es una de las principales cuestiones que alimenta el debate en torno a las fórmulas de asignación económica individual.
- Es una medida *ex ante*, que se aplica como requisito de acceso a la prestación económica o al fondo personal. Si no se cumple ese requisito, se observan, en los distintos modelos, dos alternativas: bien se cierra la opción de la prestación económica, y en ese caso la organización de la atención recae en los servicios sociales que gestionarán el acceso de la persona a un servicio formal (prestado por una entidad) de ayuda a domicilio o de asistencia personal; bien, en otros casos, se considera la posibilidad de que actúe a través de un representante o de un grupo de apoyo a la toma de decisiones (*advocacy*) que vele por sus intereses y que sea éste quien asume la responsabilidad de organizar la atención, en todo lo posible con la participación de la persona usuaria.
- Se aplica tanto cuando la atención personal financiada mediante la prestación es prestada por un cuidador informal como cuando es prestada por un cuidador profesional.
- Se integra en fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente a la persona familiar.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La normativa británica prevé que la prestación económica o los fondos personales puedan concederse a cualquier persona con necesidad de servicios de atención comunitaria, incluidas las personas con discapacidad, las personas mayores con demencia y las personas con enfermedad mental, siempre que puedan dar su consentimiento y que los servicios sociales municipales consideren que la persona tiene capacidad para manifestar sus preferencias y organizar su atención de acuerdo con las mismas, sea cual sea la intensidad de los apoyos que requiera para manifestar su voluntad y tomar decisiones. ▪ De ahí que, en relación con estos colectivos, la capacidad de decisión se articule mediante fórmulas de apoyo a la toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> - centros de vida independiente que ofrecen apoyo a las personas con discapacidad intelectual para comunicar sus deseos y preferencias en términos de atención; - grupos de apoyo constituidos por personas cercanas (no necesariamente familiares) a la persona con discapacidad intelectual o a la persona mayor con demencia, que le ayudan a organizar la atención que desea teniendo en cuenta los gustos y

Medida 9. Valoración de la capacidad de la persona beneficiaria para la toma de decisiones y la gestión de la prestación económica o del fondo personal

		preferencias que siempre ha manifestado y que, por su cercanía, conocen y se encuentran en situación de valorar.
Suecia	Prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La elección, la toma de decisiones y las funciones de diseño, organización y gestión de la atención en el caso de las personas con discapacidad intelectual se articulan mediante fórmulas de <i>advocacy</i>, en las que una o un grupo de personas, cercanas a la persona usuaria, que saben comunicar con ella e interpretar sus deseos y preferencias, actúan como grupo de apoyo de defensa de sus intereses y organizan, siguiendo el modelo de atención centrada en la persona, los servicios y apoyos que mejor se ajustan a aquellos. ▪ También las organizaciones de vida independiente, en particular las cooperativas, constituyen centros de recursos y de apoyo que, con frecuencia, asumen, por delegación, esas funciones.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algunos estados exigen, para acceder a los programas de atención dirigida por la persona, en particular para acceder a los programas que se articulan mediante una prestación económica, que la persona beneficiaria tenga capacidad para tomar decisiones, para diseñar y organizar su atención por sí misma, pero la mayoría permiten que esas funciones sean asumidas por un representante que actúe en su nombre o por una persona o un grupo de apoyo que actúa en defensa de sus intereses. ▪ En algunos estados, como garantía del respeto al derecho de elección de la persona usuaria y para evitar conflictos de intereses, se establece que quien actúa en interés de la persona con discapacidad, de la persona con demencia o de la persona con enfermedad mental no pueda actuar a la vez como cuidador.

Medida 10. Valoración del riesgo de abuso.

Características

- Consiste en realizar una valoración de la situación en el domicilio y de la relación de cuidado, con el fin de detectar situaciones de abuso o de prevenir su aparición en contextos familiares sujetos a mucha presión y estrés y, en tales supuestos, orientar hacia servicios de apoyo al cuidador o hacia servicios formales de atención domiciliaria, de educación familiar o incluso valorar otras alternativas más pesadas (atención diurna o nocturna). En algunos casos, es posible que esta valoración lleve a no permitir el acceso a la prestación económica o al fondo personal y a aplicar obligatoriamente la vía de la prestación en especie.
- Su objetivo es garantizar la seguridad de la persona atendida y/o de la persona cuidadora.
- Es una medida *ex ante*, aplicable con carácter previo a la concesión de la prestación económica, pero que también puede aplicarse durante el periodo de percepción de la misma *ex post*, en los supuestos en los que, durante el seguimiento, se hayan detectado elementos que pueden ser indicio de una situación de riesgo.
- Puede aplicarse tanto en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar, como cuando la atención es prestada por un cuidador profesional.
- Se integra en fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente a la persona familiar, pero cabría considerarla también en el marco de las prestaciones directas a la persona cuidadora.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algunos estados han incluido una valoración del riesgo de abusos en el domicilio, tanto cuando la persona cuidadora es un trabajador autónomo contratado como cuando es un familiar. ▪ Se aplican instrumentos específicos de valoración del riesgo de abuso a personas mayores y a personas con discapacidad. ▪ Es el único caso que se ha detectado al hacer el análisis internacional. Al margen de su finalidad protectora, esta medida responde, en el contexto estadounidense, a dos razones: <ul style="list-style-type: none"> - el riesgo de abuso se configura, en la literatura especializada crítica, como uno de los elementos que más reticencias generan en relación con la implantación de estas fórmulas; - Al tratarse de programas públicos, muchos de ellos financiados en el marco del Seguro Federal de Salud, ponen en juego la responsabilidad pública en los casos en los que se den situaciones de abuso, lo que genera grandes temores en las administraciones estadounidenses con respecto a la posibilidad de verse en la obligación de responder ante los tribunales por situaciones de abuso no detectadas a tiempo en los domicilios.

Medida 11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador.

Características

- Algunos modelos parten del principio de que la opción por la persona usuaria de acceder a los apoyos que requiere por la vía de una prestación económica o del fondo personal, en lugar de hacerlo, a través de la prestación en especie, no exime a la Administración de su responsabilidad en relación con la adecuación de los apoyos obtenidos y, por lo tanto, tampoco le exime de la obligación de responder a una situación de necesidad que pudiera producirse por la no disponibilidad de esos apoyos en un momento dado.
- Para responder a esta situación, se prevén mecanismos de sustitución. Pueden combinar dos elementos:
 - Por un lado, introducir obligatoriamente en el diseño del plan de apoyos una alternativa informal o profesional de sustitución que pueda asumir la atención de la persona beneficiaria en caso de que el cuidador habitual, se trate de un cuidador familiar o de un cuidador profesional, de forma imprevista, no se encuentre disponible, cualquiera que sea la causa de dicha indisponibilidad: enfermedad, accidente, claudicación, abandono del empleo, u otras.
 - Por otro, introducir en el programa público de prestaciones económicas dispositivos genéricos de emergencia que permitan adoptar medidas extraordinarias, habitualmente no permitidas en el marco de las prestación, para responder a las situaciones de urgencia.
- Su objetivo es garantizar que las personas no quedan desatendidas y proteger su seguridad.
- Es una medida *ex post*.
- Puede aplicarse tanto en los casos en los que la persona contratada sea un cuidador profesional como en los casos en los que la persona cuidadora forma parte de la red informal.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente a la persona familiar..

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vez que una persona ha aceptado la prestación económica o el fondo personal, la responsabilidad para organizar su atención y para contratar a la entidad o a la o las personas que van a desarrollar funciones de apoyo recae en la persona beneficiaria. ▪ Con todo, los servicios sociales locales mantienen la responsabilidad última sobre la atención a esa persona. Si se produce un problema y la persona deja de obtener el apoyo requerido, la administración local mantiene la misma responsabilidad que si la persona hubiera optado por acceder a la prestación de servicios en especie. Esto significa que deberá ser capaz de responder en los casos de urgencia y de articular las medidas de apoyo que resulten necesarias en tales supuestos.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muchos estados, principalmente en el marco de fórmulas de asignación económica individual en las que se da acceso directo a la prestación económica (<i>Cash and Counselling Programs</i>), aplican dos mecanismos de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> - Exigen que en el plan de apoyos requerido para el acceso a la prestación se designe a una persona que, en caso de indisponibilidad del cuidador habitual, podría asumir sus funciones hasta encontrar una alternativa más estable. - Establecen procedimientos de emergencia que facilitan la

Medida 11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador.

respuesta a situaciones urgentes de indisponibilidad del cuidador habitual: por ejemplo, eliminan temporalmente el requisito de acreditación del cuidador exigido habitualmente en el marco de Medicaid, de modo que en una situación de urgencia, la persona usuaria pueden tratar de encontrar una solución sin tener que respetar ese requisito y sin que ello incida en el abono de la prestación; se eliminan los límites máximos establecidos para determinados gastos, se exime del cumplimiento de límites horarios máximos del cuidador profesional, etc.

Medida 12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos

Características

- Las fórmulas de asignación económica individual se caracterizan por el mayor grado de autonomía y elección de la persona usuaria en la organización de los apoyos que requiere. Si bien esta es una característica común a todos los modelos, abarcan, una amplia gama de formulaciones, en las que el derecho de elección de la persona usuaria y su autonomía en la organización de la atención que considere más idónea para responder a sus necesidades y preferencias no siempre se ejerce con la misma amplitud:
 - Así, en un extremo, el de mayor autonomía, existen modelos, en los que una vez cumplidos los requisitos de acceso a la prestación económica, se concede ésta, quedando en manos de la persona usuaria el diseño del paquete de apoyos que considere más adecuados, la contratación de los servicios que puedan prestar esos apoyos y la coordinación de las diversas intervenciones, así como el conjunto de las gestiones asociadas a dichas funciones.
 - En el otro extremo, los servicios sociales siguen asumiendo el diseño del plan de apoyos y el ejercicio de las funciones de seguimiento, quedando en manos de la persona usuaria las funciones de contratación, de organización y de coordinación de los mismos.
 - Entre ambos extremos, otros modelos cuentan con modalidades intermedias en las que si bien el diseño del plan de apoyos corresponde a la persona usuaria, su aprobación sigue recayendo en los servicios sociales, con el fin de verificar su adecuación a la cobertura de las necesidades y su ajuste al importe de la prestación o del plan individual en el que se integra.
- Las dos últimas modalidades otorgan a los servicios sociales un protagonismo que se orienta a garantizar el buen uso de la prestación y su idoneidad para responder a las necesidades de atención de la persona beneficiaria y la calidad de la atención.
- Es una medida *ex ante*.
 - Estas medidas de garantía pueden aplicarse independientemente de los tipos de atención por los que se opte, tanto cuando el paquete de apoyos se centre en la contratación de servicios formales, como cuando opte por la contratación de cuidadores o asistentes personales profesionales o por la contratación o la compensación económica a cuidadores informales.
 - Son propias de las fórmulas de asignación económica individual dirigidas a la persona para la adquisición de atención, ya se den en forma de prestaciones económicas, ya en forma de fondos personales.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Alemania	Fondos personales de cuidados de larga duración – Proyecto experimental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aunque en su modalidad de prestación económica Alemania deja en manos de la persona usuaria el diseño, la contratación y la organización de su atención domiciliaria, la modalidad de fondos personales integrales prevé, en todos los supuestos, la intervención de un gestor de caso que asumirá, junto con la persona usuaria, el diseño y la organización del paquete de apoyos así como su seguimiento periódico.
Francia	Prestación compensatoria de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la prestación compensatoria de discapacidad, que se asimila a una prestación de asistencia personal, la persona usuaria y la Administración, a través del Centro Departamental para Personas con Discapacidad (<i>Maison Départementale des Personnes Handicapées</i>), comparten protagonismo en la elaboración del plan de atención. ▪ En efecto, una vez presentada la solicitud, este organismo asume la instrucción. En su marco, un equipo multidisciplinar

**Medida 12. Intervención de los servicios sociales
en el diseño del paquete de apoyos**

		<p>procede a la evaluación de las necesidades de compensación de la discapacidad de la persona solicitante, mediante una entrevista con ella, y si el equipo lo estima necesario, mediante una visita al domicilio habitual, ya sea su vivienda particular o un servicio residencial. En el curso de esa entrevista, la persona solicitante debe expresar sus deseos, sus necesidades, y su proyecto de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobre la base de la valoración y del proyecto de vida expresado por la persona usuaria, el equipo elabora un plan individual de atención, incluyendo en él un paquete de medidas de apoyo. Una vez elaborado, el plan se transmite a la persona solicitante quien dispone de un plazo de 15 días para dar a conocer sus observaciones al respecto, pudiendo modificarse algunos de los contenidos del plan para dar satisfacción a dichas observaciones.
	Prestación personalizada de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el caso de la prestación personalizada de autonomía, el planteamiento es bastante similar. ▪ Tras la presentación de la solicitud en los servicios sociales municipales, se inicia la instrucción de la solicitud que conlleva una valoración de necesidades y que recae en un equipo sociosanitario. La valoración debe incluir una visita al domicilio de la persona solicitante para ver cómo se desenvuelve en él. ▪ La valoración tiene por objetivo determinar el grado de dependencia. ▪ Una vez realizada la valoración, el equipo debe: <ul style="list-style-type: none"> - Si la persona presenta un grado de dependencia moderada o grave, elaborar con la persona solicitante, y tratando de respetar sus preferencias, un plan individual de atención en el que se incluyan los servicios de apoyo o de supervisión que requiera. - Si el grado de dependencia es ligero y, en consecuencia, la persona no accede al sistema, debe elaborar un informe, con fines preventivos, que recoge recomendaciones destinadas a la propia persona usuaria.
Reino Unido	Prestaciones económicas de atención comunitaria y fondos personales de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el Reino Unido, se aplica una fórmula similar. Una vez que se ha realizado la valoración de necesidades, el servicio social municipal puede hacer dos cosas: <ul style="list-style-type: none"> - elaborar, con la persona usuaria, un plan de atención individual que trata de determinar el tipo de apoyos más idóneos para responder a dichas necesidades y la intensidad de la atención que deben cubrir; - proponer a la persona usuaria que ella misma diseñe el paquete de apoyos que más le convenga, y que luego se lo presente para verificar si efectivamente guarda coherencia y resulta pertinente para cubrir las necesidades detectadas y, en su caso, para aprobarlos. <p>Una vez elaborado ese plan, si la persona desea implementarlo ella misma, puede solicitar una prestación económica para organizar su atención y, en caso contrario, acceder a los servicios en especie.</p>

**Medida 12. Intervención de los servicios sociales
en el diseño del paquete de apoyos**

Suecia	Prestación económica de asistencia personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración consiste por lo general en una entrevista con la persona beneficiaria, en la que se hace un repaso de todas las actividades de su vida cotidiana, en casa, en el trabajo y en su tiempo de ocio, y en el curso de la cual la persona con discapacidad indica sus necesidades de apoyo. Sobre esta base se hace un cómputo de horas de apoyo requeridas. ▪ En la valoración intervienen, además de la persona con discapacidad 3 profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - un profesional que realiza la valoración; - ese profesional analiza y discute su valoración con otro profesional encargado de presentar el caso; ambos pueden tener la misma opinión o tener opiniones divergentes; en este último caso, la propuesta de decisión se basará en la del profesional que presenta la propuesta, aunque deberá dejar constancia de la opinión divergente del profesional responsable de la valoración; - un tercer profesional es responsable de la toma de decisión. ▪ En principio, tras la entrevista de valoración, la persona usuaria no tiene derecho a intervenir en la fase de propuesta y decisión, pero lo habitual es que se le permita. En cualquier caso, existe la posibilidad de recurrir la decisión emitida.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En algunos programas estadounidenses de atención dirigida por la persona usuaria –un buen ejemplo es el <i>Client employed provider program</i> que aplica Oregon en el marco de Medicaid– el papel otorgado en las fases iniciales al gestor de caso es fundamental: él es el que valora las necesidades con la participación activa de la persona usuaria pero también es él quien ayuda a la persona usuaria a diseñar un paquete de apoyos, a articular las intervenciones y a contratar a los cuidadores.

Medida 13. Acreditación y registro de cuidadores profesionales

Características

- Consiste en:
 - establecer fórmulas de acreditación de la competencia de los cuidadores profesionales: cualificación y/o experiencia en atención y/o asistencia personal a personas con necesidades de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria;
 - crear un registro de cuidadores profesionales y exigir la inscripción en el mismo a quienes deseen ser contratadas por personas beneficiarias de prestaciones económicas o de fondos personales.
- Es una medida *ex ante*, aplicable como requisito de acceso a la prestación económica cuando la misma se destina a la contratación de cuidadores profesionales que trabajan por su cuenta.
- Su objetivo es garantizar la capacidad de la persona cuidadora.
- Es aplicable a cuidadores profesionales que trabajan por su cuenta.
- Se integran, por lo general, en fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar, ya en forma de prestaciones económicas, ya en forma de fondos personales.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Francia	Prestación personalizada de autonomía y prestación compensatoria de la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Agencia Nacional de Servicios a la Persona ofrece servicios de información y asesoramiento para la contratación de servicios acreditados y para la contratación directa de profesionales. ▪ No es un servicio creado en el marco de estas prestaciones, sino que tiene un ámbito de actuación más amplio.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algunos estados han optado por crear registros de cuidadores profesionales: California, Iowa, Oklahoma, Oregon, Virginia, y Washington, son algunos ejemplos. ▪ El caso de California es particularmente reseñable. Ha puesto en marcha, en el marco de su programa de apoyo domiciliario (<i>In-home Supportive Services Program</i>), que se integra en su grupo de programas de atención dirigida por la persona usuaria, un registro de cuidadores profesionales, tanto asistentes domiciliarios como asistentes personales, que desarrolla diferentes funciones: <ul style="list-style-type: none"> - selección de cuidadores profesionales - bolsa de cuidadores profesionales seleccionados - información y directrices orientadas a facilitar la selección por parte de la persona usuaria - seguimiento de la satisfacción de las personas usuarias que han acudido al registro para seleccionar a su cuidador, mediante llamadas telefónicas orientadas a detectar dificultades, insuficiencias o necesidades complementarias, o a aportar más información; - detección de personas usuarias que pudieran beneficiarse de la utilización del registro. ▪ El registro se integra en una aplicación informática que permite relacionar las necesidades de la persona que requiere atención con las y los cuidadores profesionales inscritos que mejor se ajustan, en términos de:

Medida 13. Acreditación y registro de cuidadores profesionales

- proximidad geográfica;
- idioma;
- tipo de atención requerida;
- disponibilidad horaria.

Medida 14. Valoración periódica de la situación de la persona atendida.

Características

- Consiste en volver a realizar una nueva valoración de dependencia o de necesidades de una persona previamente valorada; se trata de una valoración formal, no se un simple seguimiento.
- Presenta tres modalidades:
 - Puede tratarse de una pauta habitual y sistemática según la cual la valoración de necesidades tiene una validez temporal, debiendo procederse siempre a valoraciones posteriores y en estos casos, cada valoración establece su periodo de validez y fija la fecha de la siguiente revisión.
 - Puede tratarse de una pauta aplicable sólo en aquellos casos en los que la valoración inicial se haya realizado en un momento en el que el nivel de necesidad no se hubiera estabilizado todavía (por ejemplo, tras un periodo de hospitalización; tras una caída; tras una situación de estrés familiar).
 - Puede tratarse de una medida ocasional, de carácter excepcional, cuya aplicación depende de la necesidad detectada por algún profesional que interviene en la atención o por el propio servicio social en sus actuaciones de seguimiento o de la necesidad percibida por la propia persona usuaria o por sus familiares. Esta última modalidad se da en todos los sistemas.

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

- Estas nuevas valoraciones permiten:
 - por un lado, supervisar la evolución de la situación y la adecuación del paquete de apoyos articulado para dar respuesta a las necesidades detectadas en el curso de la valoración anterior;
 - por otro, ajustar, en su caso, la intensidad de los apoyos a las necesidades reales lo cual contribuye a mejorar la eficiencia del sistema;
 - por último, observar la calidad de la atención y el contexto relacional, así como la situación y la capacidad del cuidador.
- Es una medida *ex post*.
- Es aplicable tanto en los casos en los que la atención es prestada por cuidadores informales como cuando recae en cuidadores profesionales.
- Se integran, por lo general, en fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar, ya en forma de prestaciones económicas, ya en forma de fondos personales.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	▪ En la valoración es habitual fijar fecha para una segunda valoración. También la persona puede solicitar una nueva valoración cuando considera que su nivel de necesidad ha cambiado.
	Fondo personal integral de cuidados de larga duración	▪ La valoración de las necesidades de apoyo tiene, en principio, un periodo de validez de 2 años, de modo que, pasado ese periodo, se procede a una nueva valoración de necesidades de apoyo.
Austria	Prestación económica para	▪ Por lo general, la prestación se atribuye cuando se estima que la situación es estable y va a prolongarse en el tiempo, de modo que no se hace ninguna nueva valoración hasta que la propia

Medida 14. Valoración periódica de la situación de la persona atendida.

	cuidados de larga duración	<p>persona lo solicita porque estima que sus necesidades han aumentado y que, en consecuencia, la prestación económica ya no se ajusta a las mismas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ En ocasiones, no obstante, la valoración puede hacerse en una situación no estabilizada; en tales casos, se fija una fecha para una nueva valoración.
Holanda	Prestación económica del Sistema de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none">▪ En Holanda, la valoración de las necesidades de cuidados de larga duración incluye siempre un periodo limitado de validez y fija la fecha para una nueva valoración.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none">▪ En la modalidad de fondo individual asignado en forma de prestación económica –programa <i>Cash and Counseling</i>–, los mecanismos para evaluar el nivel de satisfacción, el grado de seguridad y el nivel de calidad incluyen la realización, con carácter semestral, durante los dos primeros años, de una nueva valoración de las necesidades de apoyo y de la adecuación de los apoyos articulados.

Medida 15. Visitas y entrevistas de seguimiento.

Características

- Consiste en aplicar a los paquetes de atención articulados en el marco de las fórmulas de asignación económica individual, medidas de seguimiento similares a las que los servicios sociales aplican habitualmente cuando articulan el acceso a la prestación en especie: por lo general, adopta la forma de entrevistas con la persona usuaria y/o con la persona cuidadora y de visitas al domicilio para verificar *in situ*:
 - el contexto de la atención y el ambiente relacional
 - en su caso, la efectiva introducción de las adaptaciones que se hubieran marcado en el plan de atención, la adquisición de las ayudas técnicas y en general la adecuación del domicilio a la atención de la persona beneficiaria.
- Esta función queda, en unos casos, muy estrechamente asociada a la gestión de caso, y en otros recae en profesionales independientes en los que se delega esta función.
- Su objetivo es triple:
 - verificar la adecuación del paquete de apoyos;
 - verificar la capacidad de la persona cuidadora para asumir la carga de la atención;
 - verificar el uso efectivo de la prestación económica.
 - Es una medida *ex post*.
 - Puede aplicarse tanto en los casos en los que la atención recae en un cuidador informal como cuando recae en un cuidador profesional.
 - Puede integrarse en prestaciones económicas directas al cuidador familiar o en fórmulas de asignación económica individual, es decir en prestaciones o fondos personales asignados a la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente a la persona cuidadora.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las personas que opten por la prestación económica para cuidados a domicilio, adquieren la obligación de someterse a la supervisión de un profesional de la atención, acreditado al efecto por el Sistema de Cuidados de Larga Duración por lo menos dos veces al año en el caso de las personas valoradas en Grados I y II, y tres veces al año en el caso de las personas valoradas en Grado III. Este profesional elabora un informe dirigido al Fondo de Cuidados de Larga Duración al que esté adscrita la persona beneficiaria indicando si las necesidades de atención están bien cubiertas por la atención informal. La solicitud de la visita de supervisión corresponde a la persona usuaria; si no cumple con su obligación de solicitar las visitas de supervisión, corre el riesgo de sufrir una disminución en la cuantía de la prestación económica o incluso una suspensión de la misma.
Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde el año 2007, en que se aplicó con éxito un proyecto piloto de visitas a domicilio a las personas atendidas por la red informal en el marco del Sistema de Cuidados de Larga Duración, se repite anualmente. En el año 2009, se hicieron unas 66.000 visitas domiciliarias. ▪ La visita recae en un profesional de enfermería y el objetivo es ofrecer asesoramiento, información y supervisar si la atención es adecuada y suficiente. ▪ Parte del éxito del programa está en que estas visitas ponen el

Medida 15. Visitas y entrevistas de seguimiento.

		<p>énfasis en la función de apoyo y no en la de control: la visita se anuncia por correo a la persona usuaria, con antelación suficiente; tras esa primera comunicación, la enfermera o el enfermero que va a realizar la visita mantiene una conversación telefónica con la persona cuidadora; finalmente, visita el domicilio en la fecha que hayan acordado.</p>
Reino Unido	Prestaciones económicas y fondos personales de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios sociales municipales tienen la obligación de hacer un seguimiento de la atención, de revisar el paquete de cuidados a intervalos semestrales y de reajustar el apoyo ofrecido. El mantenimiento de esta supervisión recae en la persona profesional que actúa como gestor de caso.
Suecia	Prestación económica de apoyo en el domicilio para personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> El seguimiento es el mismo que el que haría en el caso de los servicios de atención domiciliaria de carácter formal y se produce en el marco de las funciones de gestión de caso, en particular, mediante visitas domiciliarias periódicas.
	Prestación económica a cuidadores de personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> El seguimiento es el mismo que el que haría en el caso de los servicios de atención domiciliaria de carácter formal y se produce en el marco de las funciones de gestión de caso, en particular, mediante visitas domiciliarias periódicas.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> En algunos programas estadounidenses de atención dirigida por la persona usuaria –un buen ejemplo es el <i>Client employed provider program</i> que aplica Oregon– el gestor de caso, además de intervenir activamente en el diseño del paquete de apoyos y en su articulación efectiva, asume también el seguimiento del caso con llamadas telefónicas mensuales (o incluso más frecuentes en los momentos iniciales), y visitas al domicilio previamente concertadas con carácter trimestral. Por otra parte, dado que el gestor de caso es también el principal referente en términos de información en relación con la prestación económica, los contactos no programados pueden ser frecuentes y, de forma indirecta, constituyen un seguimiento, aun cuando no tengan, <i>per se</i>, esa finalidad. Otra fórmula, aplicada en algunos estados, y complementaria de la anterior, consiste en contratar a profesionales de enfermería a domicilio para, anualmente, acompañar al gestor de caso en una de sus visitas programadas al domicilio, y hacer una valoración básica del estado de salud de la persona y de la adecuación de los cuidados ofrecidos. En el caso del fondo individual asignado en forma de prestación económica, los mecanismos orientados a evaluar el nivel de satisfacción, el grado de seguridad y el nivel de calidad incluyen visitas domiciliarias durante el primer mes de aplicación, llamadas telefónicas mensuales, además de la ya mencionada revaloración semestral de necesidades y de adecuación de las soluciones de atención y apoyo articuladas gracias a la prestación económica, revisión de los planes de atención y de los calendarios de trabajo de los asistentes personales.

Medida 15. Visitas y entrevistas de seguimiento.

- En el programa “*Home Care Allowance*” aplicado en Colorado, el gestor de caso realiza cuatro contactos anuales con la persona usuaria, debiendo por lo menos dos de ellos consistir en una visita domiciliaria.
- En California, en el marco del programa “*In-home supportive services*”, se programa una visita domiciliaria anual que debe realizar el profesional responsable del caso de los servicios sociales locales. Los servicios sociales locales tienen además la obligación de contar con líneas telefónicas de contacto permanente para que las personas usuarias puedan presentar quejas en cualquier momento del día; estas quejas deben responderse dentro de las 24 horas siguientes a su presentación.
- En Wisconsin, los gestores de caso deben contactar telefónicamente a la persona beneficiaria todos los meses. Complementariamente, los servicios sociales públicos contratan con una entidad privada –por lo general un centro de recursos para la vida independiente– una visita a domicilio a una muestra representativa de personas beneficiarias de la prestación.

Medida 16. Visitas domiciliarias sin aviso previo.

Características

- En contraste con las visitas de seguimiento ordinarias, estas visitas al domicilio de la persona usuaria se hacen sin avisar previamente ni concertar la cita, con el fin de conocer la situación real del domicilio, de la situación convivencial y de la relación de cuidado, en supuestos en los que existan indicios o sospechas de que hay dificultades en la relación, desatención o riesgo de abuso.
- Su finalidad es garantizar la seguridad de la persona atendida y prevenir cualquier situación de riesgo.
- Es una medida *ex post*.
- Se aplica tanto en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar, como cuando se trata de un cuidador profesional.
- Se integran, por lo general, en fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar, ya en forma de prestaciones económicas, ya en forma de fondos personales, pero cabría incorporarlas también a las prestaciones económicas directas al cuidador familiar.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none">▪ En Estados Unidos, si los profesionales que actúan como referente de apoyo (<i>consultants</i>) o el gestor de caso detectan, en el marco de las medidas ordinarias de seguimiento, algún indicio que genere dudas sobre la adecuación de la situación en el domicilio, pueden efectuar visitas no programadas, sin aviso previo, al domicilio de la persona usuaria.

Medida 17. Control económico del uso de la prestación económica.

Características

- Consiste en establecer medidas de control económico destinadas a supervisar el uso que se hace realmente de la prestación económica y, en su caso, a verificar si se ajusta a las previsiones de gasto inicialmente aprobadas en el marco del plan individual de atención. Combina dos modalidades:
 - La comprobación de los justificantes correspondientes a los gastos realizados con cargo a la cuantía económica de la prestación o del fondo personal.
 - Visitas domiciliarias para verificar *in situ* la realización efectiva de los gastos de adaptación de la vivienda, adaptación del vehículo o adquisición de ayudas técnicas.
- Su objetivo es doble:
 - garantizar la utilización de la prestación económica en gastos relacionados con los apoyos requeridos para desarrollar las actividades de la vida diaria o, en el caso de las prestaciones de asistencia personal a personas con discapacidad, con los apoyos requeridos en relación con la integración laboral, educativa y social.
 - controlar el destino de los fondos públicos y garantizar, desde la responsabilidad pública, una utilización compatible con el interés público.
- Es una medida *ex post*.
- Se aplica tanto cuando la atención es prestada por un cuidador informal como cuando recae en un cuidador profesional.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Francia	Prestación personalizada de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La contratación efectiva del servicio de ayuda a domicilio o del trabajador domiciliario (indicando, en su caso, si existe algún lazo de parentesco) debe ser comunicada y acreditada por la persona beneficiaria ante la administración que concede la prestación en el plazo de un mes a partir de la fecha de concesión de la prestación. ▪ La persona beneficiaria tiene la obligación de aportar los justificantes de todos los gastos que realiza y que son financiados con cargo a la prestación. ▪ La administración puede proceder, cuando lo estime pertinente, a la revisión y verificación de la documentación justificativa y puede verificar <i>in situ</i> la existencia de los productos de apoyo o de las adaptaciones realizadas, o la existencia de los apoyos de asistencia personal declarados. En la práctica, estas verificaciones no parecen producirse más que en un 30% de los casos.
	Prestación compensatoria de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el caso de la Prestación Compensatoria de la Discapacidad, la persona beneficiaria tiene la obligación de aportar los justificantes de todos los gastos que realiza y que son financiados con cargo a la prestación. ▪ El Centro Departamental para las Personas con Discapacidad puede proceder, cuando lo estime pertinente, a la revisión y verificación de la documentación justificativa y puede verificar <i>in situ</i> la existencia de los productos de apoyo o de las

Medida 17. Control económico del uso de la prestación económica.

		adaptaciones realizadas, o la existencia de los apoyos de asistencia personal declarados.
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El fondo personal cobrado en forma de prestación económica se estructura en tres partes: <ul style="list-style-type: none"> - El fondo individual propiamente dicho, que debe gastarse en adquirir la atención definida en el marco de la valoración de necesidades, debiendo justificarse todos los gastos realizados. En caso de que haya un excedente porque la persona ha conseguido adquirir el nivel de atención previsto en condiciones más económicas que las previstas al realizar la valoración, debe proceder al reintegro de la cuantía sobrante. - El importe correspondiente al copago, que la persona debe utilizar para la adquisición de cuidados, pero cuyo excedente, en caso de existir, no está sujeto a reintegro. Esto significa que la persona tiene interés en gestionar eficientemente esta cuantía, ya que el sobrante es para ella y no tendrá que justificar los gastos realizados. - Una cuantía de libre disposición, que la persona puede utilizar en lo que considere oportuno sin necesidad de justificar el gasto realizado; esta cuantía se concede para cubrir gastos generales de gestión, pequeños pagos en metálico, gastos imprevistos. Esta cuantía equivale al 1,5% de la cuantía total de la prestación económica, con un mínimo de 250€ anuales y un máximo de 1.250 € anuales. ▪ La persona usuaria sólo debe justificar los gastos realizados en relación con el primer componente de la prestación, el fondo individual propiamente dicho, presentando los contratos de trabajo debidamente formalizados, así como los gastos correspondientes a cotizaciones sociales y a retenciones tributarias. ▪ Puede ocurrir que la persona opte por no gestionar la prestación económica directamente sino hacerlo a través del Banco de Seguro Social; en tales supuestos, las gestiones de realización de pagos y de justificación de gastos a la administración recaen en esta entidad. Hasta 2003 ésta era la única fórmula viable: las personas no accedían a la cuantía en metálico a través de este Banco.
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el Reino Unido, las personas beneficiarias de la prestación económica deben abrir una cuenta corriente exclusivamente destinada a los ingresos y cargos relacionados con la prestación o el fondo personal: en esa cuenta hace el ingreso la Administración y con cargo a ella debe abonar la persona usuaria todos los gastos realizados con cargo a la prestación económica. ▪ Los pagos realizados con cargo a la prestación económica deben hacerse mediante tarjeta de débito o mediante cheque, con el fin de que la revisión de los movimientos de la cuenta sea suficiente para verificar que la cuantía se está utilizando adecuadamente. Si necesariamente debe abonar determinados gastos en metálico, debe solicitar una factura o un recibo para justificarlos. ▪ La persona beneficiaria debe remitir los extractos de la cuenta

Medida 17. Control económico del uso de la prestación económica.

		así como las facturas o recibos correspondientes a gastos realizados en metálico, con carácter cuatrimestral al servicio gestor de la prestación, quien incorpora copia de los mismos al expediente y devuelve el original a la persona usuaria para que los guarde. Anualmente, el servicio gestor de la prestación audita las cuentas.
Suecia	Prestación económica de asistencia personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El pago de la prestación se realiza mediante una transferencia bancaria a su cuenta corriente, salvo en los supuestos en los que la persona con discapacidad solicite expresamente que la cuantía de la prestación se transfiera directamente, en concepto de pago, a la entidad o a la persona que presta el servicio de asistencia personal. ▪ El pago se hace por adelantado, para un periodo de 6 meses, debiendo la persona usuaria presentar, semestralmente, sus justificantes de gasto. La previsión de horas se hace sobre la base de una media de horas necesarias mensualmente, pero la persona es libre de distribuir las horas como desee, con tal de que haga uso de las horas atribuidas en el periodo de 6 meses. El importe correspondiente a horas no gastadas debe reintegrarse a la Seguridad Social. ▪ La persona beneficiaria debe remitir a los servicios municipales o, si cobra la prestación estatal, a las oficinas locales de la seguridad social los documentos justificativos de la contratación y del pago mensual a los asistentes personales de la nómina correspondientes a las horas de apoyo mensuales contratadas.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En Estados Unidos, no todos los programas de atención dirigida por la persona usuaria abren el acceso a la prestación económica propiamente dicha, es decir, al manejo de la cuantía en metálico, pero algunos sí lo hacen. ▪ En estos casos, la persona beneficiaria puede gestionar la cuantía por sí misma o acudir a los servicios de un asesor fiscal que asumirá el conjunto de las funciones relacionadas con pagos, cotizaciones, retenciones tributarias, y justificaciones de gasto. La justificación de los gastos debe hacerse mediante la presentación de los contratos de trabajo o de los contratos de servicios, los impresos de cotización a la Seguridad Social, los impresos de retención tributaria, las facturas correspondientes a la adquisición de ayudas técnicas, o a la realización de adaptaciones en el domicilio, etc. ▪ En los casos en los que la persona no accede a la cuantía en metálico, los pagos correspondientes a los gastos que opte por realizar serán realizados directamente por el servicio gestor del programa, de modo que la persona usuaria no necesita presentar justificantes.

Medida 18. Asesoramiento y apoyo para la gestión de la prestación.

Características

- Las prestaciones económicas y los fondos personales asignados a la persona usuaria para que adquiera los apoyos que requiere, conllevan, en mayor o menor grado, la asunción por parte de la persona beneficiaria de una serie de funciones que, en el marco de la prestación en especie, asumen los servicios sociales, a saber, la contratación y coordinación del conjunto de los apoyos o servicios idóneos para responder a sus necesidades. Las funciones asumidas por la persona beneficiaria pueden abarcar, según los casos y según el grado de intervención que el modelo desee mantener en los servicios sociales, una gran diversidad de aspectos:
 - diseño del paquete de apoyos;
 - contratación de la atención o asistencia personal, con lo que eso puede conllevar en términos de selección, de gestión de nóminas, de obligaciones tributarias;
 - adquisición de otros elementos de apoyo: ayudas técnicas y adaptaciones en la vivienda o en el vehículo;
 - justificación de gastos ante la administración;
 - adaptación permanente del paquete de apoyos a la evolución de las necesidades.
- La asunción de estas funciones por parte de la persona atendida no siempre es fácil porque conlleva cierta capacidad de gestión y organización que no todas las personas poseen, y menos cuando son dependientes. Esto ha llevado a que en muchos modelos, la introducción de estas fórmulas vaya necesariamente acompañada de servicios de apoyo a la organización y a la gestión de la prestación, pudiendo abarcar más o menos funciones según el grado de actuación que se mantenga en los servicios sociales públicos.
- Es una medida *ex post*.
- Se aplica tanto cuando la atención es prestada por un cuidador informal como cuando recae en un cuidador profesional.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Alemania	Prestación económica y fondos personales integrales de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la reforma llevada a cabo en 2008, una de las líneas de actuación consiste en crear una red de centros de información y asesoramiento cuya función sería asesorar a las personas dependientes beneficiarias de las fórmulas de asignación económica individual y a sus familias en relación con el procedimiento, la elección de los servicios y prestaciones que mejor se ajusten a la situación y el desarrollo de las funciones administrativas y laborales asociadas a la gestión de la prestación o del fondo personal. Si bien inicialmente se preveía la creación de entre 3.000 y 4.000 centros de este tipo, hasta la fecha se ha programado la creación de unos 600, y en abril de 2010 sólo habían entrado en funcionamiento unos 250. Con todo, salvo dos Länder, todos los demás se han unido a este programa de creación de centros.

Medida 18. Asesoramiento y apoyo para la gestión de la prestación.

Francia	Prestación personalizada de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> La persona beneficiaria puede contratar un servicio de intermediación laboral para que sea éste quien asuma las funciones de selección del trabajador, de contratación y de pago.
	Prestación compensatoria de la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> Al igual que en la prestación destinada a personas mayores, la persona beneficiaria de la prestación compensatoria de la discapacidad puede contratar un servicio de intermediación laboral para que sea éste quien asuma las funciones de selección del trabajador, de contratación y de pago.
Holanda	Prestación económica del fondo personal de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se introdujo la prestación económica en el Seguro de Cuidados de Larga Duración la cuantía económica atribuida debía ser gestionada a través del Banco de Seguro Social (SVB), con la única excepción de la denominada cuantía de libre disposición que se ingresaba directamente en la cuenta corriente de la persona usuaria para que ésta le diera libremente el uso que prefiriera. El resto de la cuantía de la prestación se reservaba necesariamente a la contratación de cuidadores o de servicios de atención; no se le entregaba a la persona usuaria sino que quedaba depositada a su nombre en el Banco de Seguro Social quien se encargaba de abonar a cada cuidador profesional o informal o a cada servicio contratado por la persona usuaria la cuantía correspondiente, y de realizar las correspondientes retenciones (cotizaciones a la Seguridad Social, primas de contribución Seguro de Cuidados de Larga Duración, IRPF). El Banco de Seguro Social ofrecía asimismo un servicio de asesoría para ayudar a las personas a formalizar los contratos entre la persona beneficiaria y los cuidadores profesionales o informales. Con la reforma del 2003, la intervención del Banco de Seguro Social dejó de ser obligatoria. En la actualidad, estas funciones de apoyo a la gestión del fondo personal las pueden realizar también otras entidades, de carácter privado, siempre que no se dediquen, a la vez, a la prestación de servicios de ayuda a domicilio o de asistencia personal, para evitar conflictos de intereses entre sus funciones de apoyo a la persona usuaria y su necesidad de contar con usuarios para sus servicios de apoyo domiciliario.
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> En el Reino Unido, la introducción de las fórmulas de financiación individual iniciada en 1996 ha sido un proceso lento, que ha tardado en afianzarse, y si bien esa lentitud se debe en parte a las reticencias que han manifestado muchas administraciones locales, poco convencidas de las bondades de una fórmula que interpretan como una vía de desresponsabilización de la administración, también son atribuibles, en gran medida, según parecen indicar las diversas y sucesivas evaluaciones, a una marcada insuficiencia de los servicios de apoyo para facilitar la asunción por parte de las personas beneficiarias de funciones que nunca han ejercido. Este déficit se ha tratado de ir corrigiendo desde el año 2001 – año en el que se hizo obligatorio para las administraciones locales, proponer y orientar a todas las personas que tuvieran

Medida 18. Asesoramiento y apoyo para la gestión de la prestación.

		<p>derecho a atención comunitaria la posibilidad de acceder a la atención requerida accediendo a una prestación económica en lugar de acceder directamente al servicio en especie. A lo largo de la última década se han desarrollado numerosos servicios de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algunas administraciones los ofrecen por sí mismas, es decir, de algún modo han modificado sus funciones para asumir algunas nuevas consistentes en formar, informar, asesorar y ayudar a las personas usuarias en las tareas asociadas a la gestión de su paquete de servicios. - Otras reorientan a las personas usuarias hacia servicios de apoyo prestados muy habitualmente por organizaciones sin ánimo de lucro: <i>Age Concern</i> ofrece este servicio para las personas mayores; en el ámbito de la discapacidad, los centros de recursos y los centros de vida independiente son los núcleos habituales de apoyo.
Suecia	Prestación económica de asistencia personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La prestación económica de asistencia personal ha conllevado el progresivo desarrollo de una serie de servicios de información, asesoramiento y apoyo para la gestión de la prestación que, principalmente, se encuadran en el movimiento de vida independiente. ▪ Las personas con discapacidad han creado cooperativas de servicios y de apoyo mutuo que desarrollan funciones de información, orientación y apoyo en la gestión de las prestaciones. En muchos casos, las personas que son miembros de dichas cooperativas delegan en éstas la gestión de su paquete de apoyos; en algunos casos, incluso, pueden llegar a delegar el cobro de la prestación en estas organizaciones para que ellas se encarguen de realizar los pagos correspondientes a su paquete de apoyos. ▪ La mayoría de las entidades (tanto las cooperativas de usuarios como las entidades privadas) que ofrecen servicios de gestión y apoyo para la gestión de la prestación de asistencia personal cuenta con la figura del supervisor o garante del servicio que asume funciones básicas: seleccionar a los asistentes personales tratando de ajustar la selección a las necesidades, características y preferencias de la persona usuaria; garantizar la coordinación entre los servicios o personas que intervienen en la atención; actuar como sustituto de la persona cuidadora en caso de que esta no pudiera en algún momento asumir sus funciones. Esta función tiene que recaer en alguien que conoce bien a la persona usuaria. ▪ La Cooperativa de Vida Independiente STIL, fundadora en Suecia del movimiento de vida independiente, organiza para quienes optan por la prestación de asistencia personal cursos de formación inicial en materia de supervisión de asistentes personales, normativa reguladora, convenios laborales, y selección de personal. A este curso de 3 días de duración, le siguen otros dos dedicados a la gestión de un entorno laboral y a resolución de conflictos. También se organizan dos veces al mes reuniones de grupos de ayuda mutua. La cooperativa ofrece además servicios administrativos para facilitar la gestión de la prestación.

Medida 18. Asesoramiento y apoyo para la gestión de la prestación.

Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none">▪ La mayoría de los estados prevén en sus programas de atención dirigida por la persona usuaria, la intervención de dos figuras profesionales cuyas funciones son más o menos amplias atendiendo al grado de intervención de los servicios sociales que gestionan el programa del que se trate:<ul style="list-style-type: none">- La figura del consultor actúa como asesor de la persona beneficiaria: le ayuda a diseñar su plan de apoyos, le informa sobre los apoyos disponibles, le forma en las tareas básicas de gestión de su prestación, en particular en relación con la selección y contratación de un cuidador y con las obligaciones que dicha responsabilidad conlleva. También puede servirles de apoyo en sus relaciones con los servicios sociales que gestionan el programa. Es el principal referente de apoyo para la persona beneficiaria. Esta figura está prevista tanto en los programas que permiten el acceso de la persona usuaria a la prestación en metálico como a los que no lo hacen.- El asesor fiscal está presente en los programas en los que la persona usuaria accede a la prestación en metálico asume las funciones relacionadas con la justificación de gastos a la Administración, el pago de la o las nóminas, de las cotizaciones a la Seguridad Social, de las retenciones tributarias.
-----------------------	---	---

Medida 19. Formación personalizada a domicilio para cuidadores.

Características

- La participación en cursos de formación para cuidadores se articula habitualmente como medida de apoyo de carácter voluntario. Todos los países cuentan, entre los apoyos prestados a los cuidadores informales con la posibilidad de participar en cursos de formación. En algunos casos, se configura como un derecho de la persona cuidadora; en otros se incluye en el paquete de apoyos contemplado en el plan de atención individual de la persona atendida.

Puede consistir en:

- la participación de la persona cuidadora en un curso de formación;
- la contratación de una formación individualizada, *in situ*, para adquirir habilidades más directamente relacionadas con la movilización de la persona usuaria o con el manejo de sus problemas de conducta.
- Su objetivo es mejorar la capacidad de la persona cuidadora para ejercer su función, al doble objeto de garantizar la calidad de la atención ofrecida a la persona dependiente y la protección de la salud física, mental y emocional de la persona cuidadora.
- Todos los países disponen de medidas de este tipo y suelen ser muy similares en su diseño, de modo que se ha optado por destacar sólo dos ejemplos que contienen reseñables peculiaridades.
- Es una medida a la vez *ex ante* y *ex post*.
- Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde el año 1995, la normativa británica reconoce derechos a las personas cuidadoras y entre los mismos se encuentra el acceso a cursos de formación y apoyo. ▪ Por otra parte, el Reino Unido es el único país que ha establecido fórmulas de asignación económica individual concedidas directamente a las personas cuidadoras para adquirir servicios que necesiten para desarrollar sus funciones de cuidado: pueden adquirir un servicio de respiro, ayuda doméstica, pagar el coste de sacarse el permiso de conducir si eso redundaría en beneficio de la función cuidadora o pagar el coste de una sustitución para tomarse unas vacaciones. También puede utilizarse la prestación para participar en cursos de formación o para adquirir una formación <i>in situ</i> individualizada.
Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formación de la persona cuidadora puede integrarse en el plan de atención a la persona que requiere apoyos a domicilio para desarrollar las actividades de la vida diaria y suele articularse de dos formas: <ul style="list-style-type: none"> - asistencia a cursos de formación y apoyo que orientan a la persona cuidadora en aspectos generales de la atención y en estrategias de autocuidado para manejar el estrés emocional derivado de la carga de trabajo; - adquisición de un periodo de formación individualizada, ofrecida en el propio domicilio, para que la persona

Medida 19. Formación personalizada a domicilio para cuidadores.

cuidadora adquiera habilidades ajustadas a la situación específica de la persona atendida.

Medida 20. Respiro domiciliario para cuidadores.

Características

- El respiro puede articularse principalmente de dos formas:
 - cortas estancias en servicios residenciales o en servicios de atención diurna o nocturna;
 - sustituciones a la persona cuidadora en el domicilio de la persona usuaria.
- Su objetivo es aliviar la carga de la atención que recae sobre la persona cuidadora y así garantizar que pueda seguir ejerciendo esta función.
- Existe en todos los países incluidos en el análisis internacional:
 - cuando la prestación económica se destina únicamente a adquirir atención o asistencia personal, es compatible con el acceso a servicios de respiro.
 - cuando la prestación económica puede destinarse a la adquisición de diferentes tipos de servicios, el de respiro es uno de las alternativas que se incluyen en la gama de servicios disponibles.

En algunos casos, el servicio de respiro se configura como un derecho de la persona cuidadora.

- Es una medida *ex post*.
- Se aplica en los casos en los que la persona que presta la atención es un cuidador informal, por lo general un cuidador familiar, incluso cuando la relación de cuidado se formaliza en un contrato laboral.
- Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar.

Ejemplos internacionales

País	Prestación	Características
Alemania	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En Alemania, las personas que acceden a la prestación económica tienen la posibilidad de utilizar esa prestación económica para financiar una sustitución a domicilio durante un máximo de 4 semanas al año: <ul style="list-style-type: none"> - si la persona que les sustituye es otro familiar de la persona atendida, la cuantía de la prestación es la misma que la que se concede el resto del año; - si tienen que contratar a un cuidador profesional, la cuantía de la prestación aumenta, prácticamente se duplica, hasta alcanzar un importe similar a la cuantía cubierta por el sistema de cuidados de larga duración en los casos de acceso a una plaza residencial. ▪ También tienen la posibilidad de optar por un respiro en el marco residencial, es decir, por una estancia temporal, por ese mismo periodo de 4 semanas. ▪ Una tercera alternativa, es combinar las dos opciones anteriores y recurrir durante parte de ese periodo al respiro domiciliario, y durante el resto del mismo al respiro residencial. ▪ El recurso a cualquiera de estas fórmulas de respiro se articula como un derecho.

Medida 20. Respiro domiciliario para cuidadores.

Austria	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> La prestación económica austriaca de cuidados de larga duración no está pensada únicamente para financiar la atención personal o la asistencia personal de personas que desean permanecer en su domicilio, sino que se articula como una prestación global, cuya cuantía se determina en función de la intensidad de los apoyos requeridos, y que puede destinarse a la adquisición de cualquier tipo de servicio, formal o informal, incluidos servicios de respiro domiciliarios o residenciales.
Francia	Prestación personalizada de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> Cuando el plan de atención prevé la permanencia de la persona beneficiaria en su domicilio, puede incluirse en el mismo el recurso a un servicio de respiro residencial o también la posibilidad de articular un servicio domiciliario utilizando en tal caso la prestación económica para financiar la sustitución del cuidador durante el periodo de respiro.
	Prestación compensatoria de la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> El plan de atención puede prever el recurso a un servicio de respiro residencial o también la posibilidad de articular un servicio domiciliario utilizando en tal caso la prestación económica para financiar la sustitución del asistente personal durante el periodo de respiro.
Holanda	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> Con el fin de sostener a la red informal y de mantener su contribución en los cuidados de larga duración, cuando se realiza la valoración de necesidades, el centro de valoración puede derivar a las y los cuidadores informales a centros de apoyo de ámbito regional, encargados de desarrollar programas de apoyo y respiro adaptados a las necesidades individuales. Esos programas pueden recurrir a: <ul style="list-style-type: none"> fórmulas de atención diurna o nocturna para aliviar la carga de la atención; cobertura de periodos vacacionales bien mediante un servicio intensivo de atención domiciliaria, bien mediante cortas estancias residenciales.
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> La prestación económica de atención comunitaria destinada a la persona cuidadora puede dar cobertura, si así se incluye en la valoración por la que se atribuye esta prestación, a la adquisición de servicios de respiro domiciliario, mediante la contratación de un cuidador sustituto, o a la adquisición de una corta estancia residencial. También pueden acceder a los servicios de respiro las personas cuidadoras que, sin acceder a la prestación mencionada, son compensadas por la persona atendida en el marco de la prestación económica para la adquisición de atención personal integrada en su fondo personal.
Suecia	Prestación económica de asistencia personal	<ul style="list-style-type: none"> La prestación de asistencia personal puede utilizarse para adquirir un servicio de respiro, domiciliario o residencial. Es habitual que esta necesidad se incluya en las previsiones anuales de gasto que se tienen en cuenta para computar la cuantía global de la prestación económica.
	Prestación	<ul style="list-style-type: none"> Cuando las personas mayores son beneficiarias de una

Medida 20. Respiro domiciliario para cuidadores.

económica de apoyo a domicilio de personas mayores	<p>prestación económica para costear su atención a domicilio, el servicio de respiro se incluye sistemáticamente en el plan de atención individual de la persona usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En tales casos, el respiro puede articularse mediante la contratación de un cuidador a domicilio para que preste un servicio de atención de intensidad equivalente, o mediante una estancia temporal en residencia.
Prestación económica directa a cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En este caso, y dado que la relación de cuidado se enmarca en una relación contractual laboral entre la administración municipal y la persona cuidadora, el servicio de respiro se incluye sistemáticamente en el plan de atención individual de la persona usuaria, coincidiendo con los periodos de vacaciones laborales. ▪ En tales casos, el respiro puede articularse mediante la contratación de un cuidador a domicilio para que preste un servicio de atención de intensidad equivalente, o mediante una estancia temporal en residencia.
Estados Unidos	<p>Programas de atención dirigida por la persona usuaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prestación económica puede dar cobertura, si así se incluye en la valoración por la que se atribuye esta prestación, a la adquisición de servicios de respiro domiciliario, mediante la contratación de un cuidador sustituto, o a la adquisición de una corta estancia residencial.

Medida 21. Evaluación global de la calidad de la atención.

Características

- Consiste en evaluar la capacidad de las fórmulas de asignación económica individual para alcanzar sus objetivos, en términos, no ya de cobertura, sino de:
 - adecuación de los tipos de apoyo prestados para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como la intensidad y frecuencia con la que se prestan;
 - calidad de vida de las personas atendidas;
 - satisfacción con los apoyos recibidos y nivel de ajuste con las necesidades percibidas por la persona usuaria y sus preferencias;
 - grado de ejercicio del derecho de elección;
 - resultados obtenidos en relación con la autonomía funcional;
 - resultados observados en el contexto convivencial.
 - Su carácter global se refiere al hecho de que, en contraposición a las evaluaciones individuales de la calidad de la atención realizadas en el marco del seguimiento de un plan individual o de la renovación de la valoración de necesidades, estas evaluaciones se aplican al conjunto o a una amplia muestra de las personas beneficiarias.
 - En el ámbito de los servicios sociales, pero sobre todo en el de las fórmulas de asignación económica individual, han empezado a desarrollarse fórmulas de evaluación de la calidad de la atención que, sin dejar de considerar estándares de calidad tradicionales, tratan de otorgar a la percepción de la persona usuaria un protagonismo hasta ahora ausente o poco valorado en las metodologías de evaluación y de mejora de la calidad. Se trata de combinar el análisis de los criterios profesionales de calidad, hasta ahora imperantes, con los criterios de la persona usuaria, concediendo a estos últimos mayor peso en la valoración.
 - Este nuevo enfoque surge como respuesta o alternativa al problema principal que se observa en relación con la garantía de la calidad en los servicios que se prestan en el domicilio, a saber, que la mayoría de los estándares aplicados (así como los criterios y las directrices que de ellos se derivan) se basan en la experiencia clínica y en las opiniones de los profesionales y de los expertos y se articulan en forma de estándares de proceso y, más recientemente, de indicadores de resultados). Estas vías, por interesantes que sean, se ajustan mejor a procesos de atención en situaciones agudas, más relacionadas con el ámbito sanitario, que a situaciones de larga duración en las que la atención propiamente dicha no es más que uno de los elementos de la vida diaria; otros muchos elementos intervienen que no pueden medirse ni valorarse con estos estándares. Los estudios parecen demostrar que guardan muy poca relación con las áreas de atención y con los aspectos de la atención que las personas usuarias atendidas en su domicilio realmente consideran determinantes de la calidad del servicio.

Quizá lo más desconcertante de las fórmulas de atención dirigida por la persona usuaria sea precisamente el hecho mismo de que la valoración de la calidad de la atención atiende sobre todo a los criterios del usuario: él decide si le conviene uno u otro servicio, si le satisface, si prefiere modificar la organización de los apoyos o sus horarios, si no le satisface y prefiere contratar a otra persona, etc. Y es muy posible que su valoración no coincida con la que haría un profesional: muchas veces una persona puede estar satisfecha con una atención que, objetivamente, no se calificaría de buena; no significa que no sepa valorar la calidad, significa sólo que valora diferentes aspectos y elementos que, desde la perspectiva profesional, se desconsiderarían. Por ejemplo, los usuarios valoran muchísimo poder contar siempre con la misma persona para atenderles y también definir los horarios de esa atención en función de su conveniencia; lo consideran liberador, comparado con las rigideces propias de las alternativas formales de atención.
-

Medida 21. Evaluación global de la calidad de la atención.

Desde esta óptica, se considera imprescindible contar con instrumentos que combinen criterios profesionales –sobre todo en términos de protección de la salud y de la seguridad– con criterios de satisfacción de la persona usuaria. Un buen ejemplo de esta fórmula, es el instrumento *Home Care Satisfaction Measure*, desarrollado por la Universidad de Boston y los Institutos de Investigación de Nueva Inglaterra.

- Su objetivo es doble:
 - determinar en qué medida las fórmulas de asignación económica individual permiten, a la vez, garantizar el ejercicio de la autonomía y el derecho de elección y cubrir las necesidades objetivas, valoradas, desde los servicios sociales;
 - comparar estos resultados con los alcanzados en el modelo tradicional de prestación en especie.
- Por otra parte, la introducción de estas fórmulas de evaluación global en los sistemas, pueden resultar una excelente vía de conocimiento de la realidad en los domicilios en la medida en que, en su marco, se pueden hacer entrevistas, encuestas y visitas a domicilio.
- La explotación de los datos obtenidos por la vía de estas evaluaciones globales exige la construcción de registros de datos sistematizados que permitirán, por agregación, conocer el nivel general de calidad del programa de asignación económica individual.
- Es una medida *ex post*.
 - Se aplica tanto cuando la atención es prestada por un cuidador informal como cuando recae en un cuidador profesional.
 - Puede integrarse en:
 - prestaciones económicas directas al cuidador familiar;
 - fórmulas de asignación económica individual puestas a disposición de la persona usuaria para que compense o retribuya económicamente al cuidador familiar.

Ejemplos internacionales		
País	Prestación	Características
Holanda	Prestación económica de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde su introducción en 1995, la utilización de la prestación económica y los resultados alcanzados tanto en términos de utilización como en términos de calidad de la atención se ha sometido a importantes estudios de evaluación que han orientado las modificaciones que, en las sucesivas reformas, se han ido introduciendo en el modelo de prestación económica. Los más recientes de los que se tiene conocimiento son: <i>PGB in perspectief</i> (2007) y <i>PGB in ontwikkeling</i> (2008).
Reino Unido	Prestación económica de atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el Reino Unido, la prestación económica de atención comunitaria, tanto en su formulación inicial –<i>direct payment</i>– como cuando se integra, como resulta más frecuente en la actualidad, en un fondo personal de atención –<i>personal budget</i> o <i>individual budget</i>–, ha sido objeto de diferentes estudios de evaluación, algunos de carácter general, otros centrados en colectivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Entre los estudios de carácter general, destacan los realizados por la <i>Personal Social Services Research Unit</i> de la <i>London School of Economics and Political Science</i>. - Entre los estudios centrados en colectivos específicos, destaca el estudio publicado en 2004 por la Fundación Joseph Rowntree, bajo el título “<i>It pays dividends. Direct payments and older people</i>”.

Medida 21. Evaluación global de la calidad de la atención.

Estados Unidos	Programas de atención dirigida por la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none">• Existen numerosas evaluaciones globales referidas a la calidad de la atención, no sólo desde el punto de vista de la persona usuaria, sino también desde el punto de vista de las personas cuidadoras.• Un estudio reseñable sería, por ejemplo, el de Phillips, B., Mahoney, K., Simon-Rusinowitz, L., Schore, J., Barrett, S., Ditto, W., Reimers, T., & Doty, P. <i>Lessons from the implementation of cash and counseling in Arkansas, Florida, and New Jersey</i>. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research. 2003.
-----------------------	---	--

6. APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN EN GIPUZKOA: IDEAS Y PROPUESTAS

El estudio de las fórmulas de asignación económica individual en otros países, de los objetivos a los que obedecen y de su evolución en términos de cobertura y gasto, así como, sobre todo, el análisis de las características de los diferentes dispositivos prestacionales 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 están aquí para quedarse. Muestra también que son fórmulas muy jóvenes –en la mayoría de los casos, su introducción inicial se da en la década de los 90– que todavía se encuentran en proceso de adaptación, reflejado en sucesivas modificaciones en los dispositivos, 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 consecuencias no deseadas en el medio o largo plazo para el conjunto del sistema.

De ahí que a la hora de sacar conclusiones, de barajar ideas o incluso de formular recomendaciones o propuestas de actuación, convenga mantener, como en el propio análisis internacional, un enfoque amplio, abierto, que incluya, además de propuestas puntuales sobre el diseño de las prestaciones –referidas tanto en la modulación de sus condiciones de acceso como a los mecanismos de control, supervisión y garantía de calidad–, propuestas más globales sobre el conjunto del dispositivo prestacional. Desde esta óptica, y teniendo en cuenta el dinamismo de los modelos observados en otros países, parece inevitable aprovechar la oportunidad para considerar posibilidades que, si bien en algún caso quedan cerradas en el marco normativo vigente, pero pueden orientar sobre su futura evolución o sobre las modulaciones que, a ese marco normativo, pueden hacerse, sin necesidad de modificarlo, por vías de interpretación²¹.

²¹ Como, en algún caso, ya hacen los Acuerdos del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que, progresivamente, y a la vista de la evolución de las prestaciones, se ha ido pronunciando sobre los requisitos de acceso a las mismas, en particular en el caso de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

6.1. Ideas y propuestas generales

A. Reflexión sobre el papel de las fórmulas de asignación económica individual en el sistema de atención a la dependencia.

En todos los países, la introducción de las fórmulas de asignación económica individual se ha visto precedida por un proceso de reflexión y debate, tanto político, como teórico, pero también social en algunos casos, y de experiencias piloto de cierta envergadura, orientadas a garantizar el ajuste de las características de los dispositivos a los objetivos perseguidos.

Las fórmulas de asignación económica individual –tanto en su modalidad de prestaciones económicas, como en la de fondos personales– son un medio para un fin, es decir, son instrumentales y, como tales, pueden articularse de una u otra forma en función de que se deseen alcanzar unos u otros fines. Sus características y su mayor o menor implantación se diseñan y establecen en función de esos fines, de ahí que puedan integrarse en modelos de servicios sociales muy diferentes. Por ejemplo:

- en un modelo de corte neoliberal, los dispositivos prestacionales tenderán implantarse con fuerza como alternativa a la prestación de servicios en especie, y lo contrario ocurrirá en los modelos de estado de bienestar marcadamente socialdemócratas, basados en una concepción de universalidad;
- desde una óptica feminista, se tenderá a introducir mecanismos que den prioridad a la intervención de cuidadores profesionales sobre la de cuidadores informales o que supongan un reconocimiento directo de la función cuidadora en el marco de una prestación económica directa a quien la ejerce, en lugar de hacerlo en el marco de una prestación concedida a la

persona usuaria para que, a su vez, compense económicamente a quien le atiende informalmente;

- en los países en los que la red formal de servicios está poco desarrollada en términos de cobertura y en los que el sistema de atención se ha basado en el principio de subsidiariedad de lo público, habrá una mayor tendencia a dar protagonismo a las fórmulas de asignación económica individual, en la medida en que eso supone una vía de descarga de la red formal;
- los países en los que la prioridad se pone en la contención del gasto, también son susceptibles de tender a reforzar el protagonismo de las fórmulas de asignación económica individual;
- los modelos que conceden particular importancia a la necesidad de controlar la economía sumergida y las condiciones de trabajo en los domicilios, incorporarán a los sistemas prestacionales dispositivos que fuercen a la formalización contractual de las relaciones de cuidado.

Valgan estos ejemplos para ilustrar la adaptabilidad de los instrumentos a los fines. Lógicamente, además, los países suelen perseguir simultáneamente varios objetivos y esta combinación de fines es la que determina el entramado de características que se introducen en el diseño de la fórmula de asignación económica individual y lo que, a veces, dificulta el pronóstico sobre su comportamiento y su evolución, debido a la complejidad de las interacciones entre unos y otros elementos, que pueden tener a veces un efecto de mutua anulación o, al revés, un efecto de acumulación o reforzamiento, no siempre previsible. En el caso de las fórmulas de asignación económica individual se introduce una variable suplementaria de complejidad: la del atractivo intrínseco de lo económico.

Por lo tanto, antes de diseñar la fórmula aplicable, la cuestión es siempre, primero, definir 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 o un carácter definitorio, 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, las previsiones normativas reguladoras de las prestaciones económicas en el ámbito de la atención a la dependencia, parecen apostar por los siguientes objetivos:

- **Objetivos estructurales.** La excepcionalidad aplicada a la prestación vinculada al servicio y a la prestación de cuidados en el entorno familiar apuestan, en nuestro sistema, por un modelo de prestación en especie, en el que la red formal de servicios trata de dar cobertura al conjunto de las necesidades de apoyo de las personas dependientes, y en el que el acceso a unos u otros servicios viene orientado desde los servicios sociales en el marco de un plan de atención individual.

Sólo la prestación de asistencia personal queda, en la norma, al margen de esa excepcionalidad, conformándose como la principal vía de acceso a una vida independiente, en su propio domicilio, para las personas con discapacidad en situación de dependencia.

Esta estructuración de las prestaciones es similar, en su concepción, al modelo aplicado en Suecia –y bastante generalizado en el conjunto de los países nórdicos– en donde se opta, claramente, por la primacía de la prestación en especie sobre la vía de las prestaciones económicas en relación con el conjunto de los servicios sociales y en relación con las

necesidades de larga duración de las personas mayores, y en cambio, por un modelo prestacional, de asistencia personal, en el caso de las personas con discapacidad, en respuesta sobre todo a las demandas del movimiento de vida independiente.

Esta similitud en la estructura prestacional entre ambos modelos no se corresponde, en cambio, con su implementación, en particular en el caso de la prestación de asistencia personal, a la que aquí no se le da protagonismo, mientras que en Suecia se ha apostado por un modelo muy desarrollado y extremadamente generoso, que, si bien en la actualidad es objeto de una fuerte preocupación por la evolución del gasto y por su impacto en el desarrollo de un sector privado de servicios que afecta a la total primacía característica de su modelo de bienestar, responde, en su intensidad, a la lógica misma del modelo de vida independiente y de asistencia personal a personas con graves discapacidades que requieren apoyo para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria²².

- **Objetivos asistenciales.** En principio, a nivel normativo y en relación con la atención a las personas que requieren apoyo, el principal objetivo de la prestación de cuidados en el entorno es posibilitar la permanencia en el domicilio, con el apoyo de familiares o, excepcionalmente –en casos de insuficiencia de la red de recursos formales públicos o privados, despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención– con el apoyo de personas sin relación familiar con la persona atendida. En el caso de la prestación de asistencia personal, el objetivo es la permanencia en el domicilio y la inclusión social, mediante la articulación de apoyos profesionales.

²² Como se ha visto en el análisis comparativo, en Suecia, la media semanal de horas de apoyo supera las 100. En el modelo sueco, la asunción de la filosofía de la vida independiente, reflejado en una normativa específicamente aprobada con ese objetivo –especificidad normativa totalmente excepcional en Suecia– parte de que si personas con fuertes limitaciones para las actividades de la vida diaria tienen que tener la oportunidad de vivir una vida independiente en su domicilio, requieren una ayuda de gran intensidad; si no se dota de medios suficientes, la asunción del modelo de vida independiente obedecerá más a un deseo de posicionarse en corrientes de pensamiento progresistas que a una asunción real y convencida de esa concepción.

- **Objetivos sociales.** En el caso de la prestación de cuidados en el entorno el objetivo es el reconocimiento social de la atención informal prestada por familiares, mediante una contribución económica a los gastos asociados a dicha función. En el caso de la prestación de asistencia personal, la finalidad es doble: la primera está más ligada al reconocimiento de la autonomía y la independencia y a la necesidad de contar con apoyos que la posibiliten; la segunda, está directamente asociada al reconocimiento social de la profesión de atención y asistencia personal y a la generación de nuevos empleos “de proximidad”.
- **Objetivos económicos.** Las previsiones normativas no establecen, en el diseño de la estructura prestacional, una finalidad directa de contención del gasto, pero la cuantía de las prestaciones, muy por debajo del coste que tendría la misma intensidad de apoyo, si se articulara mediante el acceso a servicios en especie, determina que, indirectamente, también tenga ese efecto.

Al contrastar los objetivos explícitos o implícitos de las previsiones normativas con su aplicación efectiva, se detecta un desfase entre la práctica y la norma: la prestación de cuidados en el entorno no parece estar aplicándose con carácter excepcional –y precisamente es su rápido ritmo de evolución el que causa preocupación en las administraciones públicas– y, en cambio, la prestación de asistencia personal tiene un desarrollo muy limitado, poco propiciada, posiblemente, por el propio colectivo de personas con discapacidad y por las organizaciones que les representan o que representan a sus familiares.

Este desfase fuerza a replantearse el funcionamiento del modelo prestacional y su adecuación:

- En el caso de la prestación de asistencia personal, es imprescindible fomentar esta vía de atención en el marco del modelo de vida independiente, pero también, y mientras la normativa estatal no rediseñe esta prestación para extenderla a otros grados de discapacidad, sin limitarlo como es el caso en la actualidad al grado III, conviene que, por un lado, se siga complementando con programas forales que permitan la inclusión de todos los grados de discapacidad y dependencia, y que, por otro, se fomente su progresiva extensión a las personas con discapacidad intelectual, al hilo de algunas experiencias ya existentes en el territorio guipuzcoano, y tomando como referencia actuaciones ya muy consolidadas en otros países en los que el movimiento de vida independiente, mucho más activo, y mucho más tempranamente activo que en nuestro ámbito, ha liderado la progresiva implementación de estas alternativas.

- En el caso de la prestación de cuidados en el entorno, o bien se mantienen los objetivos iniciales de excepcionalidad y, en ese caso, se está implementando de forma inadecuada y es necesario introducir elementos correctores en la gestión de la prestación y en la supervisión de su disfrute, o bien, se cuestionan esos objetivos y se opta por un modelo más abierto, en el que la prestación de cuidados en el entorno no sea excepcional. De momento, hay que situarse en la primera opción –y a ello se dirigen las propuestas específicas del apartado 6.2.–, porque la segunda, lógicamente, tendría que darse en el ámbito estatal, en la medida en que supone una modificación legal. Con todo, dado el dinamismo que se ha observado en otros países en relación con la construcción de sus dispositivos prestacionales, no está de más tener en mente que, en un futuro no muy lejano, podría plantearse una reforma del modelo y, cuando llegue ese momento, convendrá tener una idea clara de las alternativas, aunque sólo sea para reafirmarse en el modelo actual.

- Por otra parte, aunque la prestación vinculada a servicio no parece mostrar desajustes entre su concepción normativa y su aplicación práctica, también

cabría hacer de ella un uso menos restringido. Podría ser, por ejemplo, una vía para dar respuesta al escaso atractivo que presenta el servicio de ayuda a domicilio en sus condiciones actuales de provisión: falta de flexibilidad en la organización de horarios; límites máximos de intensidad que, sin ser bajos, no resuelven la necesidad de apoyos que puede tener una persona dependiente en su domicilio; elevada participación económica de la persona usuaria a partir de un nivel de recursos bastante modesto, que la hace incomparablemente más cara que la contratación privada, de una persona – en situación irregular o no– que, por la misma cuantía, realiza funciones de atención personal y doméstica durante el doble de tiempo. Esta situación pone claramente en riesgo el futuro de la atención domiciliaria como servicio social de responsabilidad pública, y la prestación económica vinculada a servicio podría contribuir a articular una solución intermedia viable en la que se combinarían dos elementos:

- por un lado, se extendería la prestación vinculada a servicio a la ayuda a domicilio para que las personas beneficiarias pudieran contratar a cuidadores domiciliarios, estableciendo, al efecto, los requisitos de cualificación y acreditación que resulten pertinentes, así como los de formalización de la relación contractual;
- por otro, se mantendría en todos los casos una función de supervisión a domicilio desde los servicios sociales –la frecuencia de intervención podría depender del grado de dependencia, de la situación convivencial y de otros factores que se estimen pertinentes–, que tendría que recaer en un perfil profesional adaptado a estas funciones.

Esta fórmula exigiría hacer compatible la prestación vinculada a servicio y la prestación de cuidados en el entorno, por lo menos a partir de ciertos niveles de apoyo.

Estas consideraciones llevan a concluir que es necesario desarrollar un proceso de reflexión y, posteriormente, de debate, sobre el dispositivo

prestacional, para decidir cuál es papel que se les asigna en el sistema de atención a la dependencia y el objetivo genuino de su existencia, y a partir de ahí, sopesar su potencial y sus riesgos, tratando de buscar el equilibrio entre un modelo que permita mantener y fomentar la primacía de la prestación en especie, sin dar la espalda a las ventajas que, bien aplicadas, pueden tener las fórmulas de asignación económica individual en términos de flexibilidad y ajuste de los servicios a las necesidades y preferencias de las personas usuarias.

B. Estudiar la eficiencia de las prestaciones económicas.

En la mayoría de los países europeos parece existir cierto consenso en relación con la eficiencia económica de las fórmulas de asignación individual que aplican, en el sentido de que la proporción de gasto público que representan con respecto al gasto público total en atención a la dependencia permite, habitualmente, dar respuesta a las necesidades de una proporción mayor de personas con derecho de acceso al sistema: en otros términos, los datos tienden a indicar que con menos dinero se atiende a más personas y, según los estudios de evaluación, en condiciones de calidad de vida y calidad de la atención comparables a las ofrecidas en el marco de la prestación en especie.

Sería conveniente, pasados ya tres años de la puesta en marcha del sistema, evaluar su eficiencia, en términos de coste, de calidad de la atención y de satisfacción, y su eficacia preventiva, tratando de cuantificar en qué medida el apoyo a la red informal de atención mediante la prestación económica de cuidados en el entorno y la promoción de la vida independiente mediante la prestación de asistencia personal evitan o retrasan el recurso a soluciones asistenciales de mayor coste. Este conocimiento, a su vez, ofrecería una base más sólida para tomar decisiones en relación con el peso de estas fórmulas en el sistema, tanto en términos de cobertura como de cuantía.

C. Estudiar el atractivo intrínseco de las prestaciones económicas.

Dada la evolución de la prestación de cuidados en el entorno y el volumen de gasto que empieza a representar en relación con el gasto total en atención a personas mayores y a personas con discapacidad –y en plena fase de expansión de esta prestación a las personas reconocidas en situación de dependencia de grado I– se plantea, desde una perspectiva de control del gasto, la cuestión del atractivo intrínseco de las prestaciones económicas, que quizá presenten el riesgo de atraer al sistema a personas que, aun teniendo derecho a ello, no optarían por acceder al mismo si éste no tuviera la opción económica y sólo fuera posible acceder a los apoyos mediante su prestación en especie.

En otros términos, la cuestión que se plantea es si la inhibición de una parte de la demanda potencial, que es habitual en el marco de la prestación de servicios en especie –y que lleva a que, en la planificación de servicios y en las previsiones de gasto público se aplique un coeficiente reductor a las demandas totales potenciales, dando por sentado que un determinado porcentaje de las personas que estarían en situación de acceder al sistema, no acudirán a él–, es también previsible en relación con las prestaciones económicas.

Esta es una de las dudas que los sistemas de cuidados de larga duración se plantean insistentemente, a nivel internacional, en relación con las fórmulas de asignación económica individual. No es fácil responder, ni llegar a determinar ese margen de atractivo *per se*, pero sería útil tratar de encontrar alguna forma, no demasiado complicada, de recoger información susceptible de servir de base para estimar ese margen.

D. Observar la evolución de los dispositivos prestacionales en el contexto internacional.

Ya se ha dicho que las fórmulas de asignación económica individual son bastante jóvenes y, como se ha visto en el análisis comparativo internacional, han ido modulándose y reformándose progresivamente para adecuar sus características a los objetivos que persiguen y a las disponibilidades del sistema en el que se integran. En la actualidad, de los seis países europeos analizados, tres se encuentran en fase de revisión o acaban de finalizarla:

- Alemania, que acaba de aprobar hace un año y medio, una nueva fórmula de fondos personales integrales, poco implantados de momento, como alternativa a la prestación económica de cuidados de larga duración en vigor desde 1995.
- Holanda que tiene previsto introducir una importante reforma en su modelo en el año 2012 con objetivos básicamente centrados en la contención de costes: mayor especificidad en la delimitación del derecho, con el fin de restringir su cobertura; mayor control sobre la valoración de necesidades; reducción de la cobertura prestacional mediante la transferencia de los servicios de rehabilitación de corta duración al sistema sanitario, así como parcialmente las funciones de enfermería especializada, y mediante la transferencia de algunos elementos a la competencia municipal en el marco de la Ley de Servicios Sociales; en el caso de la atención residencial, exclusión de las prestaciones complementarias, en particular de los costes de alojamiento, de la cobertura del Seguro, salvo en el caso de las personas con bajo nivel de ingresos que podrían acceder a una ayuda para costear dichos gastos.
- Suecia en donde, dada la evolución del gasto en la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad, se

oyen voces de reforma del sistema, que en 2009 parecían anunciar un nuevo texto legal más restrictivo que las previsiones actuales y que, presumiblemente, pasado el año electoral 2010, volverán a alzarse.

La cuestión es que lo que ocurra en esos países en el futuro próximo no carecerá de interés y será fuente de nuevas ideas, de modo que convendría mantener la vista puesta en su evolución, mediante algún dispositivo de vigilancia.

En realidad, la frecuencia de los nuevos proyectos son testimonio de un gran dinamismo, propios de las fases de construcción en las políticas públicas. Quizá, como apuntan algunos teóricos, la introducción de las fórmulas de asignación económica individual sean, para bien o para mal, un giro en las políticas sociales de una envergadura similar, por su potencial, al que se dio al pasar de un modelo marcadamente institucional a un modelo comunitario. La cuestión está en mantenerse atentos a su evolución, permeables a su potencial y vigilantes frente a sus riesgos. La observación continuada de la realidad internacional y el análisis del debate crítico pueden ser de gran ayuda.

6.2. Ideas y propuestas específicas en relación con las medidas de supervisión, control y garantía de calidad.

Como se ha indicado en el análisis internacional de las medidas de supervisión, control y garantía de calidad (apartado 5 del informe), el control sobre las fórmulas de asignación económica individual puede instrumentarse con medidas previas a la concesión de la prestación económica o del fondo personal y con medidas posteriores a la misma y, aunque todas persiguen como fin último, garantizar las condiciones de una atención suficiente y de calidad, también van orientadas a la consecución de objetivos más específicos indispensables para alcanzar esa meta final.

En nuestro ámbito, la normativa también prevé algunas medidas *ex ante* y *ex post* que tratan de garantizar la adecuada atribución de las prestaciones y su adecuado uso. Para facilitar el contraste entre este dispositivo y el conjunto de medidas detectadas en el ámbito internacional, se indican las correspondencias en la tabla 22, referida tanto a la prestación económica de cuidados en el entorno como a la prestación económica de asistencia personal.

A continuación, se incluyen dos apartados y dos tablas, referidos a cada una de esas prestaciones, en las que, por un lado se describen las medidas de control y supervisión existentes en la actualidad en Gipuzkoa y, por otro, se proponen mejoras o nuevas alternativas de medidas orientadas al control, la supervisión o la garantía de la calidad de la atención.

**TABLA 22. CLASIFICACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN POR OBJETIVOS
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO Y EN LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL***

Temporalidad	Medidas	Garantizar la dedicación de la p. cuidadora	Garantizar la capacidad de la p. cuidadora	Garantizar la capacidad del la p. usuaria	Garantizar la adecuación de la atención	Controlar el uso dinero público	Apoyar la función cuidadora y de gestión de la prestación	Garantizar la seguridad	Reconocer y proteger los derechos
Medidas ex ante	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención								
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.								
	3. Límites al número de personas atendidas	✓ ●							
	4. Convivencia	✓							
	5. Formalización de la relación de cuidado	●							●
	6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora		✓ ●						✓ ●
	7. Autonomía funcional de la persona cuidadora		✓						✓
	8. Valoración formal de la capacidad y de las necesidades de la persona cuidadora								
	9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida			●					
	10. Valoración del riesgo de abuso								
	11. Previsión de mecanismos de sustitución de la persona cuidadora							●	
	12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos				✓ ●	●			
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales								
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente								
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento				✓ ●				
	16. Visitas domiciliarias sin previo aviso								
	17. Control económico del uso de la prestación económica					●			
	18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación				●				
	19. Formación personalizada domiciliaria para cuidadores								
	20. Respiro domiciliario para cuidadores								
	21. Evaluación global de la calidad de la atención								

* Se utiliza el signo ✓ para indicar la aplicación de una determinada medida en el caso de la PECEF y el signo ● para indicar su aplicación en la PEAP.

E. Ideas y propuestas de mejora en las medidas de control, supervisión y garantía de calidad de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar.

En la siguiente tabla, se describen las medidas de control, supervisión y garantía de calidad vigentes en Gipuzkoa en relación con la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar y se apuntan algunas propuestas, orientadas bien a la mejora de las medidas ya existentes, bien a la introducción de nuevas medidas. Estas propuestas se basan en las previsiones que se han detectado en otros modelos, descritas e ilustradas con ejemplos internacionales en el apartado 5 de este informe. Aunque en la tabla se hace una breve referencia a los contextos internacionales en los que se detecta cada una de las medidas, al considerar las propuestas, interesa tener presentes las explicaciones aportadas en la descripción internacional, y remitirse en cada caso, a la medida correspondiente; para facilitar estas consultas, ambos listados de medidas obedecen a una misma ordenación y numeración (así, por ejemplo, para recordar la descripción internacional correspondiente a la medida 8 de la tabla de propuestas, basta con remitirse a la medida 8 descrita en el apartado 5 del informe). Por otra parte, en Anexo II, se incluye, a título referencial, una tabla en la que se hace corresponder cada una de las medidas de control y supervisión vigentes en nuestro sistema con la o las disposiciones normativas específicas en las que están previstas.

Como se ha indicado al comienzo de este apartado 6, las propuestas tratan de hacerse desde una perspectiva abierta, con vistas no sólo a las medidas susceptibles de introducirse con cierta rapidez, porque no entran en contradicción con el marco normativo vigente, sino también con vistas a las medidas que podrían considerarse en el medio o largo plazo, cuando se aborde una primera adaptación del modelo prestacional; por lo general las primeras tienden a ser medidas *ex post* y las segundas, medidas *ex ante*, en particular las que afectan a los requisitos de acceso.

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
Medidas ex ante	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establece un requisito en términos de dedicación en horas, pero, al exigirse la convivencia, se estima que la dedicación va implícita. ▪ Para garantizar la continuidad de la atención, se exige la disponibilidad de la persona cuidadora para asumir esa función como mínimo durante un año seguido, o de 3 meses en los casos de rotación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cabría introducir un requisito mínimo de horas de atención que podría variar en función de los grados y niveles de dependencia. ▪ Para determinar ese mínimo, cabe combinar dos elementos o utilizar sólo el segundo: <ul style="list-style-type: none"> - Considerar que, por el hecho de la convivencia, los familiares tienen la obligación de asumir un determinado nivel de apoyo que puede considerarse natural o habitual, no computándose las horas de apoyo ofrecidas en concepto de apoyo familiar natural como horas de atención informal. Esta pauta se aplica en Holanda. - Definir un número mínimo de horas de atención informal (por encima de los límites del apoyo natural entre familiares que conviven). ▪ Como referencia, los mínimos aplicados en otros países son: <ul style="list-style-type: none"> - 14 horas semanales en Alemania - 3 días semanales en Holanda (al margen del apoyo habitual natural) - 17 horas semanales en Suecia.
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establece ninguna previsión de este tipo en la normativa reguladora. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cabría introducir algún requisito de acceso que limite la dedicación de la persona cuidadora a otras actividades de carácter laboral, formativo o educativo, al objeto de garantizar la disponibilidad de tiempo suficiente para el ejercicio de la función cuidadora. ▪ Este requisito podría no ser de aplicación general en todos los supuestos de concesión de la prestación, sino limitarse a determinados grados o niveles altos de dependencia. ▪ Si se introdujera, la limitación de la dedicación debería mantener la posibilidad de participar, a tiempo parcial, en el mercado laboral o en actividades educativas o formativas, para evitar la progresiva exclusión de la persona cuidadora del mercado de trabajo y de la vida social. Como referencia, los tiempos máximos de dedicación a otras actividades previsto en otros países son: <ul style="list-style-type: none"> - 30 horas en Alemania. - 21 horas en el Reino Unido (aplicable a actividades educativas). La participación parcial en el mercado de trabajo no viene determinada en horas, sino que se deriva de los límites en el nivel de ingresos aplicados como requisito de acceso a la prestación. - Media jornada en Suecia (variable entre municipios).

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
3.	Límites al número de personas atendidas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona cuidadora no puede prestar sus servicios en el mismo domicilio o en otro como asistente personal a más de dos personas en situación de dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El límite establecido es el aplicado también en otros países: <ul style="list-style-type: none"> - 2 en Alemania - 2 en Suecia
4.	Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El acceso a la prestación esta condicionado a la concurrencia de condiciones adecuadas de convivencia. ▪ La normativa guipuzcoana explicita que dicha convivencia deberá reflejarse en el empadronamiento en el mismo domicilio de la persona beneficiaria y la persona cuidadora. ▪ Además, de la convivencia, la normativa también incluye como criterio referencial la proximidad física de los respectivos domicilios en la medida en que permita dispensar una atención pronta y adecuada a la persona en situación de dependencia. ▪ La convivencia no se exige cuando la persona es atendida por cuidadores no profesionales que no guarden relación de parentesco. En tales casos, regulados como supuestos excepcionales, la persona cuidadora debe residir en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y haberlo hecho durante el periodo previo de un año. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La articulación de la convivencia como requisito de acceso no es habitual en otros países, porque parten de considerar que el esfuerzo de atención merece también una compensación cuando no se da la convivencia. Quizá, en una futura reforma del modelo, resulte conveniente reconsiderar esta cuestión. ▪ El único país, de los seleccionados para el análisis internacional, que lo establece, y no lo hace en términos explícitos, es Alemania, que exige la disponibilidad de atención personal en el domicilio, interpretándose habitualmente la exigencia de disponibilidad como exigencia de convivencia. ▪ Francia se sitúa en el extremo opuesto: excluye al cónyuge y a la pareja de hecho de la posibilidad de ser compensados a través de la prestación, con el fin de forzar a la contratación de otra persona y contribuir a la generación de empleo.
5.	Formalización de la relación de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de cuidado no puede formalizarse en un contrato, pero es necesario que la persona cuidadora suscriba un convenio especial por el que queda en situación asimilada al alta en la Seguridad Social a efectos de las prestaciones de jubilación y de incapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formalización de la relación de cuidado en un contrato no es posible en el marco normativo vigente, puesto que la prestación de cuidados en el entorno familiar está pensada para contribuir a los gastos que se derivan de la atención para el cuidador no profesional. ▪ En contraste con estas previsiones, todos los países seleccionados para el análisis comparativo lo prevén: unos con carácter obligatorio –Francia, Holanda, Suecia y Estados Unidos; otros con carácter optativo –Alemania, Austria y Reino Unido en

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
		permanente y muerte y supervivencia, derivadas de accidente o de enfermedad.	<p>su modalidad de fondo personal–.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La apertura a la contratación tiene algunas ventajas: <ul style="list-style-type: none"> - Clarifica el marco de derechos y obligaciones entre las partes. - Clarifica el papel compensador de la cuantía económica abonada como salario, lo que refuerza el reconocimiento de la aportación de la persona cuidadora a la economía familiar. - Permite ampliar la cobertura de protección social de la persona cuidadora (en particular, a la protección por desempleo). ▪ Sin perjuicio de lo anterior, hay que tener en cuenta que la formalización contractual también presenta algunos inconvenientes: <ul style="list-style-type: none"> - De algún modo, contribuye a consolidar al cuidador contratado como responsable de la atención informal, lo que puede tender desresponsabilizar a otros miembros de la familia. - En muchos casos, los lazos familiares, que obedecen a una relación natural y duradera, determinan que para muchas personas, sobre todo en los países de fuerte tradición de solidaridad familiar consideren esta vía como antinatural y rechacen la articulación contractual de la relación. Esto es lo que determina que, por ejemplo en Austria y en Alemania, la formalización contractual sea una posibilidad, pero no una obligación. ▪ En una futura reforma del modelo, quizá habría que considerar esta posibilidad de opción entre las dos vías, a elección de la persona usuaria y de la persona cuidadora.
	6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona cuidadora debe ser mayor de 18 años. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como criterio general, quedan excluidas de la función cuidadora las personas muy mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convendría estudiar la situación de jóvenes de entre 16 y 17 años que de hecho asumen y quieren seguir asumiendo funciones cuidadoras, sin perjuicio de los apoyos que deban establecerse desde el ámbito de la protección de menores. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convendría establecer una edad máxima de referencia, aunque no se aplique de forma estricta, pero es cierto que a partir de ciertas edades la atención a una persona dependiente puede tener un fuerte impacto en la propia autonomía de la persona cuidadora. Holanda, por ejemplo, establece el límite en 75 años.

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
	7. Autonomía funcional de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona cuidadora debe contar con la capacidad física y psíquica suficiente para desarrollar por sí misma las funciones de cuidado y apoyo. ▪ La persona cuidadora no debe tener reconocida la situación de dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No parece necesario introducir ninguna otra medida en relación con la autonomía funcional, que no sea lo previsto en la medida 8.
	8. Valoración formal de la capacidad y de las necesidades del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A pesar de que la norma exige que la persona cuidadora tenga capacidad física y psíquica, esa condición no se verifica con una valoración formal y específica de la situación y de las necesidades de la persona cuidadora, más bien se traduce en una exclusión, más o menos sistemática, de las personas muy mayores y de las personas con dependencia. ▪ Sería muy conveniente incluir una valoración específica y formal de la situación de la persona cuidadora y de sus necesidades, para determinar si puede asumir la carga física, psicológica y emocional asociada a prestación de cuidados y, en caso de poder hacerlo, definir en qué condiciones conviene que lo haga y con qué apoyos complementarios, formales e informales, debe contar para poder seguir asumiendo esa función. En la descripción de esta medida 8 en el análisis internacional se indican los aspectos que conviene incluir en este tipo de valoración. ▪ Convendría que esta valoración fuera un derecho propio de la persona cuidadora, no asociado o no integrado en la valoración de la persona dependiente. Esto contribuiría a ir la configurando como sujeto de derechos, lo cual, ante las perspectivas de evolución de las necesidades, va a resultar imprescindible en un futuro próximo, si realmente se quiere sostener, retener y promover una red informal de atención que da cobertura a una parte muy considerable de las necesidades de atención. Este paso ya se ha dado en el Reino Unido, en donde las personas cuidadoras tienen reconocido legalmente el derecho a una valoración de su situación y de sus necesidades, aunque en la práctica, todavía, no se aprecie. En Estados Unidos, la valoración de la situación y necesidades de los cuidadores familiares se aplica ya en la mayoría de los estados y su exigencia se enmarca en un programa de apoyo a los cuidadores establecido a nivel federal.

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
	9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El BVD valora la capacidad para tomar decisiones, aunque fundamentalmente en relación con las tareas y gestiones propias de la vida cotidiana y del presupuesto cotidiano. También incluye la toma de decisiones sobre sus relaciones interpersonales, tanto con personas conocidas como desconocidas. ▪ En la normativa, en cambio, no se incluye, para acceder a la prestación, ningún requisito de capacidad para la gestión de una prestación económica y para la toma de decisiones asociadas a la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dado que en nuestro sistema para acceder a la prestación se exige la convivencia (con carácter previo a la solicitud de la prestación) y que la prestación sólo permite la compensación económica a cuidadores no profesionales, en otros términos, dado que la prestación se dirige a compensar económicamente una situación de hecho y que no puede utilizarse para contratar a cuidadores profesionales, la valoración de la capacidad de gestión y de toma de decisiones tiene, en nuestro contexto, un papel menos relevante que en países en los que la prestación tiene usos más variados y permite la contratación no sólo de familiares, sino también de entidades de servicios o de cuidadores profesionales. En estos supuestos, el papel de la valoración de la capacidad de la persona beneficiaria para tomar decisiones es fundamental, no necesariamente para no permitir el acceso a la prestación de quienes no tengan esa capacidad, sino para garantizar los servicios de apoyo que le ayuden en la toma de decisiones. ▪ Si en un futuro la prestación económica de cuidados en el entorno familiar se abriera a ese tipo de uso, sería necesario otorgar a este elemento de valoración mayor protagonismo y arbitrar servicios de apoyo a la toma de decisiones, en los términos señalados en el medida 18.
	10. Valoración del riesgo de abuso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración del riesgo de abuso es una medida de seguridad, y como tal tiene carácter excepcional. Está pensada para una aplicación selectiva en aquellos supuestos en los que el seguimiento de la atención prestada a la persona o de la situación convivencial hayan detectado indicios que ponen seriamente en cuestión la adecuación de la atención en el domicilio. ▪ Sería conveniente, aun cuando su aplicación fuera totalmente excepcional, que los servicios sociales dispusieran de instrumentos susceptibles de valorar situaciones de riesgo de abuso, siendo conscientes de que éste puede ser y suele ser, el resultado, no deseado y no controlado, de una situación de estrés asociado a la función cuidadora. ▪ Es un instrumento de aplicación excepcional, selectiva, pero es un instrumento necesario.
	11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La introducción de estos mecanismos también sería importante. De hecho, como se verá más adelante, algo se ha avanzado en esta línea en el marco de la prestación de asistencia personal. ▪ Consiste en prever, en el plan de atención de la persona beneficiaria de la prestación, una solución de recambio que permita garantizar la atención en los

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
			<p>supuestos en los que, de forma imprevista, la persona cuidadora deja, temporal o definitivamente, de estar disponible. Se trataría de prever una sustitución durante el periodo de ausencia o indisponibilidad de la persona cuidadora habitual o durante el tiempo necesario para articular una alternativa formal de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complementariamente, y en supuestos de personas cuya red informal sólo cuenta con el cuidador habitual, cabría introducir la posibilidad, siempre que el periodo de ausencia no fuera demasiado prolongado, de que la persona beneficiaria pueda utilizar la prestación para compensar económicamente a un cuidador profesional. ▪ La finalidad es contar con soluciones alternativas al ingreso residencial temporal en situaciones que, previsiblemente, pueden solucionarse en un periodo corto de tiempo. Un ingreso residencial, aunque sea temporal, puede resultar desestabilizador para alguien que se encuentra, repentinamente, sin la ayuda de su cuidador habitual.
	<p>12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La adecuación de la prestación de cuidados en el entorno debe establecerse en el Plan Individual de Atención que hace el servicio social de base. ▪ Con todo, si se opta por la prestación, no se define en el plan el conjunto de apoyos que deberá ofrecer el cuidador informal, sino los demás servicios a los que, al margen de la prestación, podrá acceder la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convendría que el plan individual de atención diseñado en el servicio social de base, con la participación de la persona beneficiaria y de la persona cuidadora, contuviera, por lo menos, las líneas básicas de la atención que debe prestarse desde el ámbito informal. ▪ A estos efectos podría ser de utilidad la aplicación de instrumentos de determinación de la intensidad de los apoyos requeridos para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En el proyecto que el SIIS ha desarrollado para y con Eudel para la elaboración de un instrumento de acceso al SAD y de determinación de la intensidad de este servicio, se incluye un instrumento de determinación de la intensidad que permite valorar en tiempo el conjunto de los apoyos requeridos y determinar qué proporción de ese volumen puede ser asumido por la red informal. Esta determinación se hace para cada una de las actividades de la vida diaria, de modo que puede servir, tanto en el caso del SAD como en el caso de la atención informal, para elaborar un programa de cuidados. ▪ Con esto, no se trataría lógicamente de imponer un determinado programa al cuidador informal, o de interferir en la vida cotidiana o en las costumbres familiares, pero quizá la definición de esas tareas de cuidados y su inclusión en el plan de atención puedan constituir un cauce para la posterior supervisión y seguimiento de la atención, por oposición a una fórmula de asignación económica que, una vez concedida, queda fuera del control público.

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No es aplicable. 	
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establece ninguna previsión para una revisión periódica de carácter sistemático. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cabría prever, como cauce de supervisión de la atención, una medida sistemática de valoración periódica de la situación de las personas dependientes que permanecen en su domicilio, atendidas por un cuidador familiar en el marco de la prestación de cuidados en el entorno. ▪ Si se aplican otras medidas de seguimiento (véase a continuación) la periodicidad puede no ser frecuente (la nueva modalidad de fondo personal integral introducida en Alemania prevé una valoración cada dos años) y puede variar en función del grado de dependencia o de las observaciones consignadas en los informes de seguimiento.
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la normativa vigente, el seguimiento consiste en realizar las actividades de control de calidad de las prestaciones reconocidas, así como verificar el cumplimiento de lo establecido en el plan individual de atención. ▪ Esta actividad de carácter técnico tiene por objeto comprobar que persisten las condiciones adecuadas de atención, de convivencia, de habitabilidad de la vivienda y las demás de acceso a la prestación, garantizar la calidad de los cuidados, así como prevenir posibles situaciones futuras de desatención. ▪ Para garantizar la calidad de los cuidados la norma prevé que se tendrán en cuenta, entre otros criterios, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de la capacidad física y psíquica para desarrollar adecuadamente el cuidado y apoyo a la persona en situación de dependencia. - Tiempo dedicado a los cuidados de la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las previsiones normativas en relación con el seguimiento son amplias y abren la puerta a un seguimiento de intensidad variable, según las necesidades o los indicios que señalen la conveniencia de verificar la situación. Aunque no lo explicita, también abre la puerta al seguimiento domiciliario, puesto que, en su marco, hay que verificar el cumplimiento de los requisitos de acceso y uno de esos requisitos es la habitabilidad de la vivienda y su accesibilidad suficiente para la realización de las tareas de atención personal. ▪ En cualquier caso, la visita al domicilio es una forma admitida, e incluso recomendada, de seguimiento de las situaciones convivenciales y de la adecuación de servicios (del SAD, en particular), en la práctica de los servicios sociales. Cosa distinta es que el seguimiento de las situaciones tenga, en nuestro sistema, menos peso del que debiera, debido quizá a que los esfuerzos se concentran mucho en la parte de diagnóstico y valoración de las situaciones y menos en la fase de seguimiento. Es imprescindible que los servicios sociales estén suficientemente dotados para realizar el seguimiento de las situaciones domiciliarias (muy en relación con lo previsto en la medida 12). ▪ En otros países, las visitas a domicilio son, junto con las llamadas telefónicas, parte integrante del mecanismo supervisión y seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> - En Alemania el número de visitas anuales varía en función del grado de dependencia: 3 visitas para el Grado III y 2 visitas para las personas con Grado 1 y 2.

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
		<p>persona en situación de dependencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variaciones en los apoyos al cuidado que se vinieran recibiendo. - Modificación de la situación de convivencia respecto a la persona en situación de dependencia. - Acciones formativas de la persona cuidadora. - Periodos de descanso del cuidador. <p>En el seguimiento se proporcionará información, orientación y asesoramiento a la persona en situación de dependencia y a la persona cuidadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con carácter general, se debe realizar un seguimiento anual. No obstante, pueden establecerse criterios generales para la realización de seguimientos con una periodicidad inferior cuando concurren circunstancias específicas en las personas en situación de dependencia o en las personas cuidadoras. ▪ En cualquier caso, si antes de la fecha prevista para el seguimiento, el profesional responsable del mismo tiene información acerca de la existencia de cambios sustanciales que puedan afectar a la adecuación de esta prestación, puede iniciar actuaciones de control sin tener que esperar al momento previsto para realizar el mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - En el Reino Unido, la previsión es semestral. - En Estados Unidos, la periodicidad varía según los estados: desde 1 visita anual en los programas de California hasta 1 trimestral en Oregon. Son frecuentes también, entre visita y visita, las llamadas de seguimiento. Por otra parte, se observa una pauta de mayor intensidad en el seguimiento durante el primer mes o los dos primeros meses de disfrute de la prestación, para verificar la adecuación de los cuidados, la situación del cuidador, la necesidad de apoyos suplementarios, etc.

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
	16. Visitas domiciliarias sin aviso previo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que la valoración del riesgo de abuso, la visita domiciliaria sin aviso previo se aplica como medida de seguridad, y como tal tiene carácter excepcional. Está pensada para una aplicación selectiva en aquellos supuestos en los que el seguimiento de la atención prestada a la persona o de la situación convivencial hayan permitido detectar indicios que cuestionan la adecuación de la atención en el domicilio. ▪ De aplicarse como mecanismo de supervisión y seguridad, es imprescindible que vayan, por lo menos, dos profesionales. ▪ Sólo se menciona expresamente esta vía de control en un programa estadounidense.
	17. Control económico del uso de la prestación económica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión salvo la acreditación de que se ajusta a la normativa vigente sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dado que la prestación se configura como un cauce para la compensación económica al cuidador informal, no hay base para la introducción de mecanismos de control económico, que no sea simplemente, la acreditación, mediante extracto bancario, del ingreso de la cuantía correspondiente en una cuenta corriente a nombre de la persona cuidadora y la ya prevista acreditación de su afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social.
	18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dado que la prestación económica tiene por único uso la compensación económica a la persona cuidadora no profesional, no pudiendo dársele ningún otro uso, no procede articular servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión, que sí tienen sentido cuando la prestación puede utilizarse para adquirir servicios o para retribuir la atención de uno o varios cuidadores profesionales, o también para realizar adaptaciones en la vivienda o para comprar ayudas técnicas.
	19. Formación personalizada domiciliaria para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe una previsión general sobre medidas formativas, pero ninguna previsión específica sobre formación personalizada a domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aunque existe un Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD en materia de formación a personas cuidadoras no profesionales, sus disposiciones no contemplan la formación personalizada a domicilio. Esta alternativa, aplicada en algunos países, podría resultar un buen complemento al resto de las actividades formativas y tendría un mayor potencial preventivo que los cursos: aprendizaje de movilizaciones <i>in situ</i>, estrategias de resolución de conflictos en el contexto convivencial, etc.
	20. Respiro domiciliario para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe una previsión general sobre medidas para atender los periodos de descanso, pero ninguna previsión específica sobre respiro domiciliario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En nuestro ámbito, es habitual que los servicios de respiro adopten la forma de ingresos residenciales temporales, pero convendría compatibilizar esta posibilidad con servicios de respiro domiciliario. ▪ Todos los países seleccionados para el análisis comparativo contemplan esta

TABLA 23.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Contenido de la normativa vigente	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
			<p>alternativa, y, durante un determinado periodo anual, permiten la utilización de la prestación económica bien para compensar a un familiar diferente del cuidador habitual, bien para contratar a un cuidador profesional. Alemania, por ejemplo, que cuenta con una prestación bastante similar a la PECEF, prevé un periodo anual de 4 semanas durante el cual, y salvo que la persona opte por el respiro residencial, tiene esas dos alternativas, previéndose, además, que si tiene que contratar a un cuidador profesional, la cuantía de la prestación aumentará –prácticamente, se duplica– hasta alcanzar un importe similar al coste de una plaza residencial.</p> <p>En Suecia, la planificación individual prevé sistemáticamente un periodo anual de respiro que puede articularse en el domicilio, ya se instrumente en servicios en especie, ya en cualquiera de las modalidades de prestación económica</p>
	21. Evaluación global de la calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se ha indicado en las propuestas de carácter general, sería conveniente, pasados ya tres años de la puesta en marcha del sistema, evaluar su eficiencia, en términos de coste, de calidad de la atención y de satisfacción, y su eficacia preventiva, tratando de cuantificar en qué medida el apoyo a la red informal de atención mediante la prestación económica de cuidados en el entorno contribuye al mantenimiento en el domicilio en condiciones asistenciales adecuadas y satisfactorias tanto para la persona atendida como para la persona cuidadora y evita o retrasa el recurso a soluciones asistenciales de mayor coste.

F. Ideas y propuestas de mejora en las medidas de control, supervisión y garantía de calidad de la Prestación Económica de Asistencia Personal.

En la siguiente tabla, se describen las medidas de control, supervisión y garantía de calidad vigentes en Gipuzkoa en relación con la Prestación Económica de Asistencia Personal y se apuntan algunas propuestas, orientadas bien a la mejora de las medidas ya existentes, bien a la introducción de nuevas medidas. Estas propuestas se basan en las previsiones que se han detectado en otros modelos, descritas e ilustradas con ejemplos internacionales en el apartado 5 de este informe. Aunque en la tabla se hace una breve referencia a los contextos internacionales en los que se detecta cada una de las medidas, al considerar las propuestas, interesa tener presentes las explicaciones aportadas en la descripción internacional, y remitirse en cada caso, a la medida correspondiente; para facilitar estas consultas, ambos listados de medidas obedecen a una misma ordenación y numeración (así, por ejemplo, para recordar la descripción internacional correspondiente a la medida 8 de la tabla de propuestas, basta con remitirse a la medida 8 descrita en el apartado 5 del informe). Por otra parte, en Anexo II, se incluye, a título referencial, una tabla en la que se hace corresponder cada una de las medidas de control y supervisión vigentes en nuestro sistema con la o las disposiciones normativas específicas en las que están previstas.

Como se ha indicado al comienzo de este apartado 6, las propuestas tratan de hacerse desde una perspectiva abierta, con vistas no sólo a las medidas susceptibles de introducirse con cierta rapidez, porque no entran en contradicción con el marco normativo vigente, sino también con vistas a las medidas que podrían considerarse en el medio o largo plazo, cuando se aborde una primera adaptación del modelo prestacional; por lo general las primeras tienden a ser medidas *ex post* y las segundas, medidas *ex ante*, en particular las que afectan a los requisitos de acceso.

TABLA 24.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Descripción	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
Medidas ex ante	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. Al tratarse de una contratación laboral, la persona que actúe como asistente personal dedicará las horas previstas en su contratación. 	
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. Al tratarse de una contratación laboral, la persona que actúe como asistente personal dedicará las horas previstas en su contrato, independientemente de que lo compatibilice con otra actividad fuera de las horas contratadas. 	
	3. Límites al número de personas atendidas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. Al tratarse de una contratación laboral, la persona que actúe como asistente personal dedicará las horas previstas en su contratación. 	
	4. Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. 	
	5. Formalización de la relación de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de cuidado, en el marco de la asistencia personal, debe formalizarse en el marco de un contrato de trabajo, para la prestación de apoyo personal, en el domicilio y fuera de él, con el fin de facilitar el acceso de la persona beneficiaria de la prestación económica a la educación y al trabajo y promover su vida autónoma. ▪ El contrato para la prestación de los servicios podrá articularse bien a través de una empresa, bien directamente entre la persona beneficiaria (o su representante) y la persona que actúa como asistente personal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las previsiones vigentes en relación con la formalización de la relación en un marco contractual son suficientes.
	6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener más de 18 años. ▪ Al enmarcarse en un contrato de trabajo la edad máxima viene determinada por la normativa laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las previsiones vigentes son suficientes.
	7. Autonomía funcional de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. Se aplica en el marco de la atención informal. 	

TABLA 24.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Descripción	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
	8. Valoración formal de la capacidad y de las necesidades del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. Es una medida dirigida a los cuidadores informales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se remite a lo previsto en la medida 13.
	9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El programa guipuzcoano de vida independiente fija entre los requisitos de acceso que la persona debe ser capaz de controlar el programa y de gestionar su propia vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones consiste en verificar la capacidad de la persona que solicita el acceso para tomar esa decisión, es decir, para optar por esa vía en lugar de hacerlo por otras fórmulas de atención, así como para asumir el conjunto de funciones de gestión, contratación y justificación de gastos asociados a la vía de la prestación económica de asistencia personal. La previsión de este requisito en el programa guipuzcoano es el que ha determinado que se haya dirigido, principalmente, a personas con discapacidad física. ▪ El objetivo de este requisito es doble: <ul style="list-style-type: none"> - garantizar la adecuada utilización de la prestación y su efectiva aplicación a la adquisición de los apoyos necesarios; - prevenir el riesgo de abuso. ▪ Es una de las cuestiones más controvertidas en relación con las fórmulas de “atención dirigida por la persona usuaria”, porque, en el marco del modelo de vida independiente, los movimientos de defensa de los derechos de las personas con discapacidad intelectual abogan por garantizar a estas personas la posibilidad de desenvolverse en un marco que les garantice el máximo nivel posible de independencia y autonomía. De ahí, que la mayoría de los sistemas, opten por una interpretación laxa de la capacidad de decisión y de consentimiento, y consideren que el requisito se cumple tanto cuando la persona puede actuar por sí misma, como cuando puede hacerlo mediante fórmulas de <i>advocacy</i>, por las que una persona o un grupo de personas, que conocen bien a la persona, conocen sus preferencias y sus intereses, apoya la toma de decisiones. ▪ Si, siguiendo los principios del movimiento de vida independiente, se optara por facilitar el acceso de las personas con discapacidad intelectual a la prestación de asistencia personal, sería indispensable garantizar la existencia de estas fórmulas de apoyo.

TABLA 24.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Descripción	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
10. Valoración del riesgo de abuso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que en el caso de la prestación económica de cuidados en el entorno, la valoración del riesgo de abuso es una medida de seguridad, y como tal tiene carácter excepcional. Está pensada para una aplicación selectiva en aquellos supuestos en los que el seguimiento de la atención prestada a la persona haya permitido detectar indicios que ponen seriamente en cuestión la adecuación de la atención prestada por el asistente personal. ▪ Sería conveniente, aun cuando su aplicación fuera totalmente excepcional, que los servicios sociales dispusieran de instrumentos susceptibles de valorar situaciones de riesgo de abuso, siendo conscientes de que éste puede ser y suele ser, el resultado, no deseado y no controlado, de una situación de estrés asociado a la función cuidadora. ▪ Es un instrumento de aplicación excepcional, selectiva, pero es un instrumento necesario.
11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El programa guipuzcoano de vida independiente exige para acceder al programa que la persona con discapacidad disponga de una red de apoyo suficiente para hacer frente a los imprevistos. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta previsión contenida en el programa guipuzcoano de vida independiente supone la previsión de una solución de recambio que permita garantizar la atención en los supuestos en los que, de forma imprevista, la persona cuidadora habitual deja, temporal o definitivamente, de estar disponible. ▪ Convendría reforzarla, abriendo la posibilidad de una nueva contratación para suplir al asistente personal durante su periodo de ausencia. Esto requiere que se arbitre, para estos casos, unos fondos de emergencia que faciliten la contratación inmediata de una persona de apoyo, aunque sea un coste superior al que corresponde a la prestación. ▪ Esta posibilidad de levantar los límites económicos de la prestación, o de aplicar con mayor flexibilidad determinados requisitos de la prestación, se prevé en algunos programas norteamericanos de asistencia personal, referidos en análisis internacional del apartado 5. ▪ La finalidad es contar con soluciones alternativas al ingreso residencial temporal en situaciones que, previsiblemente, pueden solucionarse en un periodo corto de tiempo. Un ingreso residencial, aunque sea temporal, puede resultar desestabilizador para alguien que se encuentra, repentinamente, sin la ayuda de su asistente personal habitual.

TABLA 24.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Descripción	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
	12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La idoneidad de la prestación de asistencia personal debe hacerse en el Plan Individual de Atención que hace el servicio social de base. ▪ En el programa guipuzcoano de vida independiente, son las personas con discapacidad quienes presentan ante la Diputación Foral su proyecto de vida independiente en el que detalla sus necesidades de atención, los recursos de los que dispone y la solución que propone 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formulación del programa guipuzcoano es muy similar a la prevista tanto en el modelo francés de prestación compensatoria de la discapacidad como en el modelo sueco de prestación económica de asistencia personal. En el primero la persona debe presentar su proyecto de vida ante los servicios sociales y argumentar la intensidad de los apoyos que estima requerir para poder desarrollarlo; en el segundo, el volumen de apoyos va determinándose entre la persona con discapacidad y los servicios sociales en el marco de una entrevista en profundidad. ▪ La fórmula de diseño de un proyecto de vida aplicada en Gipuzkoa se ajusta bien al modelo de vida independiente, de modo que las propuestas irían más en la dirección de ajustar las cuantías de las prestaciones para dar una cobertura amplia a las necesidades reales definidas en el proyecto de vida.
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No es fácil encontrar asistentes personales competentes, capaces de ofrecer el apoyo que requieren las personas con discapacidad y de hacerlo en la forma que mejor promueva su autonomía. De ahí que, a imagen de algunas experiencias internacionales, pueda resultar útil establecer o promover dispositivos de acreditación y registro de asistentes personales. ▪ Un ejemplo interesante de registro existe en California, en el marco del programa <i>In-home supportive services program</i>. Desarrolla diferentes funciones: <ul style="list-style-type: none"> - selección de cuidadores profesionales; - bolsa de cuidadores profesionales seleccionados - información y directrices orientadas a facilitar la selección por parte de la persona usuaria - seguimiento de la satisfacción de las personas usuarias que han acudido al registro para seleccionar a su cuidador, mediante llamadas telefónicas orientadas a detectar dificultades, insuficiencias o necesidades complementarias, o a aportar más información; - detección de personas usuarias que pudieran beneficiarse de la utilización del registro. <p>El registro se integra en una aplicación informática que permite relacionar las necesidades de la persona que requiere atención con las y</p>

TABLA 24.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Descripción	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
			<p>los cuidadores profesionales inscritos que mejor se ajustan, en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proximidad geográfica; - idioma; - tipo de atención requerida; - disponibilidad horaria.
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establece ninguna previsión para una revisión formal y periódica con carácter sistemático. En principio, el mantenimiento de las condiciones que causaron la prestación se establece mediante una declaración anual de la persona beneficiaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que en el caso de la prestación económica de cuidados en el entorno, cabría prever, como cauce de supervisión de la atención, una medida de valoración periódica de la situación de las personas con discapacidad que viven de forma independiente y son beneficiarias de la prestación de asistencia personal, por lo menos en el caso de las que puedan estar en situación de mayor vulnerabilidad (en particular, personas con discapacidad intelectual, personas con enfermedad mental o personas con muy graves discapacidades físicas). ▪ Si se aplican otras medidas de seguimiento (véase a continuación) la periodicidad puede no ser frecuente (la nueva modalidad de fondo personal integral introducida en Alemania prevé una valoración cada dos años) y puede variar en función del grado de dependencia o de las observaciones consignadas en los informes de seguimiento.
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establece ninguna previsión para una pauta formal y periódica de visitas a domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que en el caso de la prestación económica de cuidados en el entorno, cabría prever, como cauce de supervisión de la adecuación de la relación de cuidados, alguna pauta de visitas domiciliarias y de contactos telefónicos o presenciales en los servicios sociales. ▪ Por otra parte, en todos los países, los programas de vida independiente tienden a estar encuadrados por organizaciones de usuarios o de defensa de los derechos de los usuarios, que ofrecen también servicios de apoyo que, indirectamente, constituyen un modo de supervisión de la situación en el domicilio.
	16. Visitas domiciliarias sin aviso previo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que la valoración del riesgo de abuso, la visita domiciliaria sin aviso previo se aplica como medida de seguridad, y como tal tiene carácter excepcional. Está pensada para una aplicación selectiva en aquellos supuestos en los que el seguimiento de la atención prestada a la persona hayan permitido detectar indicios que ponen seriamente en cuestión la adecuación de la atención en el domicilio. También puede recurrirse a esta vía cuando alguien informa a los servicios sociales de la

TABLA 24.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Descripción	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
17. Control económico del uso de la prestación económica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona asistente personal acreditará la existencia de un contrato mediante la presentación de contrato, facturas, nóminas que correspondan según los casos. ▪ La persona beneficiaria debe presentar , con carácter anual y en el primer trimestre del año, una declaración de que las condiciones que originaron el derecho a la prestación se mantienen, aportando los documentos necesarios y la justificación del gasto real realizado en el año inmediatamente anterior, que nunca podrá ser inferior a la cuantía de la prestación percibida. 	<p>existencia de una situación de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De hacerse, es imprescindible que vayan, por lo menos, dos profesionales. ▪ Sólo se menciona expresamente esta vía de control en un programa estadounidense. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las previsiones actuales son adecuadas. ▪ Por comodidad, quizá podría considerarse la previsión observada en el Reino Unido, en cuyo marco la persona beneficiaria debe abrir una cuenta corriente exclusivamente dedicada a los cobros de la prestación y a los pagos realizados con cargo a la misma. 	
18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe la posibilidad de que la contratación de la persona asistente personal se realice con una entidad de servicios. ▪ La normativa no dice nada con respecto a la necesidad de que existan servicios de apoyo a la toma de decisiones para el uso de la prestación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A medida que la prestación de asistencia personal cobre protagonismo, será necesario, como se observa en todos los países que han optado por esta vía, favorecer el desarrollo de servicios de apoyo y asesoramiento para el uso de la prestación: la selección de un asistente personal, su contratación y las gestiones asociadas a la contratación (incluida la rescisión del contrato en su caso) y a la justificación de gastos. ▪ Ya existen algunas experiencias incipientes en nuestro ámbito, en forma de cooperativa (siguiendo el modelo sueco), y es previsible que ese sea un ámbito de desarrollo en el futuro y una línea de creación de empleo. ▪ Es importante, en estos casos, introducir en el sistema alguna cautela que impida que una misma entidad compatibilice servicios de asesoramiento y apoyo para la gestión de la prestación y para la toma de decisiones en cuanto a la contratación de apoyos, y servicios de asistencia personal, porque se encontrarían en una situación de conflicto de intereses que podría redundar en perjuicio de la persona beneficiaria. 	

TABLA 24.
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Temporalidad	Medidas	Descripción	IDEAS Y PROPUESTAS DE MEJORA
	19. Formación personalizada domiciliaria para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión específica sobre formación personalizada a domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aun tratándose de asistentes personales profesionales, no estaría de más prever la posibilidad de facilitar el acceso, en casos que así lo requieran, a una formación personalizada a domicilio que garantice la aplicación adecuada de las pautas de atención, por ejemplo, en términos de movilización, pero también, en términos de utilización del entorno en supuestos en los que es determinante de la calidad de vida de la persona. ▪ Esta alternativa, aplicada en algunos países, tendría un potencial preventivo indudable.
	20. Respiro domiciliario para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. 	
	21. Evaluación global de la calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De momento, la prestación de asistencia personal no presenta ni la demanda ni el ritmo de crecimiento que tiene la prestación de cuidados en el entorno, pero la observación de la evolución de esta prestación en otros países –en Francia y en Suecia, particularmente– da una idea del volumen que pueden llegar a representar. ▪ Convendría, en esta fase todavía incipiente, estudiar las vías de crecimiento de la prestación, estimar su volumen y diseñar un marco de evaluación de la calidad de la atención basado en una activa participación de las personas beneficiarias y en la aplicación de indicadores objetivos y subjetivos que tengan en cuenta la percepción y la satisfacción del usuario.

ANEXO I

**DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS
MODELOS DE ASIGNACIÓN ECONÓMICA INDIVIDUAL VIGENTES
EN
ALEMANIA, AUSTRIA, FRANCIA, HOLANDA, REINO UNIDO,
SUECIA Y ESTADOS UNIDOS**

ALEMANIA

Denominación	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Pflegegeld</i> – Prestación económica de cuidados de larga duración.▪ <i>Persönliches budget</i> –Fondo personal de cuidados de larga duración.
Contexto	<ul style="list-style-type: none">▪ La atención a las personas dependientes se articula en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración, en el que se integra toda una gama de servicios. En el caso de los servicios de atención en el domicilio, ofrece a las personas beneficiarias la posibilidad de elegir entre el acceso a los servicios en especie o el acceso a una prestación económica destinada, principalmente, a facilitar la compensación económica a cuidadores informales, si bien la persona usuaria puede optar por utilizarla para otros tipos de gastos siempre que se asocian a sus necesidades de atención, para retribuir a un cuidador o asistente personal profesional o para contratar un servicio prestado por una entidad, no es habitual.▪ Tras un largo periodo de experimentación entre 2004 y 2007 en 8 Länder, se introdujo en 2008 una nueva modalidad, más completa, inspirada en la modalidad de fondos personales, que en este caso adoptan, como en el Reino Unido, una forma cercana a un <i>pool</i> de financiación individuales. Esta nueva fórmula es muy diferente de la anterior:<ul style="list-style-type: none">- en su marco se otorga a la persona dependiente una cuantía global mensual, determinada en base a su nivel de necesidades y de ingresos; no se establece ningún máximo, sino que la cuantía depende de las necesidades de apoyo;- dicha cuantía tiene que servir para organizar un paquete de cuidados, bajo la supervisión de un profesional de los servicios sociales que actúa como gestor de caso.▪ En esta ficha, se describe fundamentalmente el modelo de prestación económica, todavía vigente. También se tratará de aportar, dentro de los límites de la información disponible sobre el nuevo modelo, datos que orienten sobre sus principales características.
Normativa y distribución competencial	<ul style="list-style-type: none">▪ La prestación económica de atención en el domicilio se enmarca en la normativa reguladora del Seguro de Cuidados de Larga Duración que, desde el año 1995, se introdujo como 5º pilar de la Seguridad Social y que constituye el Libro XI del Código Social Alemán. En aquel momento, las personas que estaban cubiertas por el Seguro de Enfermedad, pasaron a estar cubiertas para esta nueva contingencia por el Seguro de Cuidados de Larga Duración y las que no lo estaban (funcionarios, autónomos o personas con un nivel de ingresos superior al máximo permitido para acceder al Seguro de Enfermedad) tuvieron que contratar un Seguro privado de Cuidados de Larga Duración, debiendo éste, por imperativo legal, ofrecer exactamente las mismas prestaciones y servicios que el Seguro público. En la actualidad, aproximadamente el 90% de la población está cubierta por el Seguro público y el 10% restante por el Seguro privado.▪ El Seguro de Cuidados de Larga Duración, integrado en la Seguridad Social, recae en la competencia del Gobierno Federal.▪ En cambio, el desarrollo de la red de servicios sociales –servicios residenciales, de atención diurna, de atención nocturna, etc.– necesaria para responder a las necesidades cubiertas por el Seguro recae en la competencia de los Länder. También recae en su competencia la asistencia social, que interviene cuando la persona usuaria no dispone de recursos suficientes para hacer frente al importe del copago.
Objetivos de la introducción de la prestación	<ul style="list-style-type: none">▪ La normativa reguladora del Seguro de Cuidados de Larga Duración se introdujo con cinco objetivos básicos:<ul style="list-style-type: none">- Dar cobertura al riesgo de dependencia en términos comparables a la cobertura ofrecida en relación con otras contingencias como la enfermedad, los accidentes o el desempleo.- Proteger el nivel de ingresos de las personas mayores que se estaba viendo totalmente anulado por el coste de la atención y garantizar que la mayoría de las personas afectadas dejaran de depender de la asistencia social para dar cobertura a dichas necesidades.- Facilitar la permanencia en su domicilio de las personas con necesidades de cuidados de larga duración.- Mejorar la cobertura de la Seguridad Social de las personas que actúan como cuidadores familiares informales, con el fin de incentivar la asunción de este tipo de funciones y de reconocer su contribución.- Promover la consolidación y la extensión de la red de servicios sociales y promover la competencia entre proveedores de servicios.▪ El Seguro de Cuidados de Larga Duración no da cobertura al coste de la atención en su totalidad, sino que sólo

ALEMANIA

contribuye a su cobertura. El resto del coste corre a cargo de la persona atendida y si su nivel de ingresos no le permite financiar esa parte de la atención, podrá recurrir a la asistencia social, que recae en la competencia de los Länder.

Modalidades

- Las prestaciones y servicios a los que el Seguro de Cuidados de Larga Duración abre el acceso son las siguientes:

TIPOS DE SERVICIOS Y CUANTÍAS ASIGNADAS				
Tipo de servicio		2008	2010	2012
Ayuda a domicilio	Nivel de necesidad	Cuantía máxima mensual en Euros	Cuantía máxima mensual en Euros	Cuantía máxima mensual en Euros
<i>Prestación económica</i>	<i>Nivel I</i>	215	225	235
	<i>Nivel II</i>	420	430	440
	<i>Nivel III</i>	675	685	700
<i>Servicio en especie</i>	<i>Nivel I</i>	420	440	450
	<i>Nivel II</i>	980	1040	1100
	<i>Nivel III</i>	1470	1510	1550
	<i>Casos de especial necesidad</i>	1918	1918	1918
Servicio de respiro a domicilio	Hasta un máximo de 4 semanas al año			
<i>Respiro prestado por otros familiares</i>	<i>Nivel I</i>	215	225	235
	<i>Nivel II</i>	420	430	440
	<i>Nivel III</i>	675	685	700
<i>Respiro prestado por cuidadores profesionales</i>	<i>Niveles I, II y III</i>	1470	1510	1550
Estancia temporal en residencia	Hasta un máximo de 4 semanas al año			
Atención diurna o nocturna en residencia	<i>Niveles I, II y III</i>	1470	1510	1550
		Cuantía máxima mensual en Euros	Cuantía máxima mensual en Euros	Cuantía máxima mensual en Euros
	<i>Nivel I</i>	420	440	450
	<i>Nivel II</i>	980	1040	1100
	<i>Nivel III</i>	1470	1510	1550
Complemento para personas con necesidades de alta intensidad de apoyo		Cuantía máxima anual en Euros	Cuantía máxima anual en Euros	Cuantía máxima anual en Euros
	<i>Niveles I, II y III</i>	1200	1200	1200
		2400	2400	2400
Atención residencial		Cuantía mensual en Euros	Cuantía mensual en Euros	Cuantía mensual en Euros
	<i>Nivel I</i>	1023	1023	1023
	<i>Nivel II</i>	1279	1279	1279
	<i>Nivel III</i>	1470	1510	1550
	<i>Casos de especial necesidad</i>	1750	1825	1918
Atención residencial para personas con discapacidad	Se financia un 10% de la tarifa de atención institucional, pero sin superar los 256 Euros mensuales. En el caso de las personas con discapacidad, los servicios del Seguro de Cuidados de Larga Duración se suman a los servicios y prestaciones económicas específicamente previstos, en el marco de la Seguridad Social, para las personas con discapacidad.			
Ayudas consumibles	Hasta un máximo de 31 Euros mensuales			
Ayudas técnicas	En términos generales, las ayudas técnicas se proveen en forma de préstamo cuando se trata de ayudas recuperables En los demás casos, se financia hasta un 90%, quedando un 10% sujeto a copago hasta un máximo de 25 euros por ítem.			
Adaptación del medio físico	Hasta un máximo de 2.557 por medida de adaptación.			

- La prestación económica para cuidados a domicilio se introduce como una alternativa al acceso a servicios formales de asistencia domiciliaria. Contrariamente al caso holandés en donde la persona usuaria puede elegir entre la prestación en metálico y la prestación en especie para el conjunto de los servicios de atención (con la excepción de la atención residencial o de los ingresos terapéuticos), en Alemania la opción entre la prestación económica y la prestación en especie sólo se da en relación con la atención a domicilio, con la finalidad de apoyar a las y los cuidadores informales que desean cuidar a sus familiares. En los demás casos, las cuantías señaladas en la tabla sólo

ALEMANIA

indican el nivel de financiación que se encuentra a cargo del Seguro de Cuidados de Larga Duración, pero no son cuantías que se abonan en metálico a la persona, sino que esta accede al servicio en especie.

- La persona beneficiaria también puede optar por combinar la prestación económica con la prestación en especie. Aparece sombreado para evitar confusiones.
- Así como en los niveles I y II las cuantías destinadas a atención residencial son superiores a las destinadas a atención en el domicilio, en el nivel III la cuantía de financiación es la misma sea cual sea el tipo de atención, siempre que sea formal.

Fondo personal integral

- 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; esto también incentiva a las entidades prestadoras de servicios a desarrollar una gama de servicios más variada.
- El conjunto de los servicios organizados en el marco del fondo individual deben ser de carácter formal, pero no es necesario que se encuentren concertados por el fondo asegurador.
- En ningún caso, puede utilizarse para compensar o financiar la atención informal prestada por un familiar.

Población destinataria

- El Seguro de Cuidados de Larga Duración está abierto a todas las personas que cumplan los requisitos de necesidad que se indican en el siguiente apartado (condiciones de acceso).
- El acceso al Seguro es independiente de la edad o del nivel de ingresos; este último sólo incide en la determinación del copago.
- En 2007 el número de beneficiarios del Seguro de Cuidados de Larga Duración (en su dos modalidades, pública y privada) se situaba en torno a 2.250.000 personas lo que representa un 2,73% de la población alemana. Más del 80% de la población beneficiaria es mayor de 65 años y más del 55% tiene 80 o más años.
- Entre 1996 (fecha de su introducción) y 1999 la población beneficiaria creció en más de 250.000 personas, reflejando 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.
- Se estima que, al margen de las personas atendidas en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración, unos 3 millones de personas requieren algún tipo de ayuda para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria, pero no cumplen los requisitos de dependencia exigidos para acceder al Seguro.
- En la siguiente tabla se detallan algunos datos sobre la población beneficiaria:

Beneficiarios del Seguro de Cuidados de Larga Duración por tipo de servicio o prestación (2007)					
Población		Prestación económica	Servicio de ayuda a domicilio	Atención institucional (de día, de noche y residencial)	TOTAL
Toda la población	Absolutos	1.033.286	504.232	709.311	2.246.829
	%	45,99	22,44	31,57	100
Beneficiarios menores de 65 años	Absolutos	288.062	47.917	49.546	385.525
	%	74,72	12,43	12,85	100
Beneficiarios mayores de 65 años	Absolutos	745.224	456.315	659.765	1.861.304
	%	40,04	24,52	35,45	100

Fte. Instituto Federal de Estadística de Alemania.

ALEMANIA

Beneficiarios de la Prestación Económica por nivel de dependencia (2007)					
Población		Nivel I	Nivel II	Nivel III	TOTAL
Toda la población	Absolutos	638.846	308.997	85.443	1.033.286
	%	61,83	29,90	8,27	100
Beneficiarios mayores de 65 años	Absolutos	490.012	211.279	43.933	745.224
	%	65,75	28,35	5,90	100

Fte. Instituto Federal de Estadística de Alemania.

- Según datos de 2009, el número de beneficiarios del fondo personal integral ascendía a 3.500.

**Acceso:
Valoración y
opción por la
prestación
económica**

Condición de acceso.

- Para acceder al seguro es necesario cumplir los siguientes requisitos de necesidad:
 - Requerir ayuda, a causa de discapacidad o enfermedad de tipo físico, psicológico o mental, para la realización de las actividades de la vida diaria. Concretamente, es necesario requerir ayuda por lo menos para la realización de dos actividades básicas de la vida diaria y de una actividad instrumental de la vida diaria.
 - Es necesario que la situación de necesidad se mantenga, previsiblemente, durante un largo periodo de tiempo, como mínimo de 6 meses.
 - Contar con un familiar que asume las funciones de atención informal.
 - Haber cotizado durante por lo menos dos años al Seguro de Cuidados de Larga Duración.
- Se diferencian tres niveles de dependencia en función de la frecuencia con la que se necesita la ayuda y del tiempo requerido por un cuidador no profesional para prestar la ayuda requerida:

	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Necesidad de ayuda para ABVD	Por lo menos 1 vez al día para al menos dos ABVD	Por lo menos 3 veces al día en diferentes momentos del día	Disponibilidad de ayuda con carácter permanente
Necesidad de ayuda para AIVD	Más de 1 vez por semana	Más de una vez por semana	Más de una vez por semana
Tiempo total de ayuda requerido	Por lo menos 1,5 hora al día, dedicando al menos 0,75 horas a ABVD	Por lo menos 3 horas al día, dedicando al menos 2 horas a ABVD	Por lo menos 5 horas al día, dedicando al menos 4 horas a ABVD

Además de estos tres niveles de dependencia, se prevén supuestos de mayor necesidad que afectan a personas que se califican para el nivel III, y que requieren al menos 7 horas diarias de atención de las que por lo menos 2 son durante la noche, o personas cuyas necesidades básicas de atención sólo pueden prestarse por varias personas a la vez.

Entidad competente para valorar.

- En el Seguro Público de Cuidados de Larga Duración, la valoración de necesidades recae en los Fondos de Seguro de Enfermedad que actúan en todo el territorio alemán mediante quince Consejos o Comités Médicos directamente responsables de realizar las valoraciones.
- En el caso del Seguro Privado de Cuidados de Larga Duración, la valoración queda a cargo de una entidad privada (*Mediproof*).

Contenido de la valoración

- Las valoraciones se realizan a domicilio por un equipo sanitario: un médico y un enfermero especializado en geriatría, que deben valorar el estado de salud y la capacidad funcional de la persona valorada, teniendo en cuenta cómo se desenvuelve en su domicilio y las características de su entorno sociofamiliar. La valoración se ajusta a estándares e instrumentos comunes, de aplicación en todo el territorio alemán.
- La valoración se centra en determinar las limitaciones que padece la persona para desarrollar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Si bien hasta 2008, la valoración se centraba en las limitaciones físicas, sin tener en cuenta las necesidades generales de supervisión o de estímulo que pueden requerir personas que, al margen de sus limitaciones físicas, presentan dificultades de carácter mental (en particular, personas con discapacidad intelectual y personas con demencia), a partir de la reforma introducida en ese fecha, y en respuesta a las críticas

ALEMANIA

	<i>Elección de la modalidad de atención</i>	<p>acumuladas con respecto a esa cuestión, se introdujo un complemento específicamente destinado a personas que requerían este tipo de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La valoración de necesidades tiene también en cuenta la disponibilidad o no de apoyo familiar en el domicilio. Cuando exista apoyo familiar, se procede a una valoración de la situación en la que se encuentra la persona cuidadora, en particular del nivel de estrés generado por la atención y de la capacidad para ofrecer dicha atención y gestionar ese nivel de estrés.▪ En base a ese conjunto de elementos la valoración determinará el nivel de dependencia y el tipo de atención que mejor respondería a las necesidades, otorgando prioridad siempre que el nivel de atención requerido lo permita y que la situación familiar lo haga posible, a la atención en el domicilio.▪ El sistema de atención integrado en el Seguro de Cuidados de Larga Duración establece el siguiente orden de prioridades:<ul style="list-style-type: none">- prioridad de la prevención y rehabilitación sobre la atención;- prioridad de la atención fuera del domicilio sobre la atención institucional;- prioridad de la atención institucional temporal o parcial (centro de día y centro de noche) sobre la atención institucional permanente.▪ De acuerdo con lo anterior, antes de considerar alternativas de cuidado, es necesario considerar en el marco de la valoración:<ul style="list-style-type: none">- las posibilidades de rehabilitación existentes;- las posibilidades de mejorar la autonomía de la persona mediante la adaptación de su entorno físico y mediante la provisión de ayudas técnicas.▪ En la valoración es habitual fijar fecha para una segunda valoración. También la persona puede solicitar una nueva valoración cuando considere que su nivel de necesidad ha cambiado.▪ La valoración puede ser recurrida.▪ Si la valoración establece que la persona puede ser atendida en el domicilio, la persona usuaria podrá optar entre, por un lado, acceder a un servicio de ayuda a domicilio a través del Seguro y, por otro, cobrar la prestación económica y organizar su atención a domicilio en la forma que mejor le convenga.
Utilización		<ul style="list-style-type: none">▪ La persona atendida puede utilizar la prestación económica para lo que ella decida, siempre que esté bien atendida, pero, en principio, la prestación está diseñada para posibilitar la compensación económica a un cuidador informal. De hecho, la disponibilidad de atención informal en el domicilio es un requisito de acceso a la prestación económica. Con todo, no es obligatorio que la utilice para proceder a dicha compensación económica.▪ La persona puede optar por combinar la prestación económica con la prestación en especie.▪ Entre el año de su introducción (1996) y el año 2007 se observa un progresivo cambio en la utilización de los servicios cubiertos por el Seguro de Cuidados de Larga Duración:<ul style="list-style-type: none">- la proporción de beneficiarios que optan por la prestación económica de cuidados a domicilio ha disminuido: en 1996 representaba el 60% de la población beneficiaria y en 2007 representa menos del 50% y la tendencia sigue a la baja, aunque a un ritmo más lento;- la proporción de personas que optan por la solución residencial, en cambio, ha crecido, pasando de representar el 23% en 1996 a representar casi el 30% en 2007, y la tendencia se mantiene en la actualidad;- en el ámbito de la atención domiciliaria, se observa un incremento en el recurso a servicios formales: en otros términos, aunque la proporción de personas que permanecen en su domicilio tiende a descender, entre las que optan por hacerlo, la proporción de quienes eligen los servicios formales de ayuda a domicilio o combinan dichos servicios con la prestación económica está creciendo. Quizá se explique por el hecho de que la financiación prevista para las modalidades formales de atención son más elevadas.

ALEMANIA

Cuantía	<i>Cuantía de la prestación</i>	<p>Prestación económica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se indica en la tabla del apartado dedicado a las modalidades, la cuantía de la prestación económica prevista para la ayuda a domicilio en 2010 es: <ul style="list-style-type: none"> - Grado I: 225 € mensuales - Grado II: 430 € mensuales - Grado III: 685 € mensuales ▪ Esa cuantía es muy inferior al coste cubierto en caso de optar por el servicio de ayuda a domicilio en especie; prácticamente, corresponde a un 50% de esta última. ▪ La concesión de la prestación económica para cuidados en el domicilio determina, asimismo, que el Seguro de Cuidados de Larga Duración asuma el pago de las cotizaciones sociales para el Seguro de pensiones de vejez para el cuidador informal, siempre que: <ul style="list-style-type: none"> - este dedique por lo menos 14 horas semanales a la prestación de cuidados a la persona dependiente; - que sea pensionista o que trabaje a jornada parcial (menos de 30 horas semanales); - que no se dedique a la prestación de cuidados con fines lucrativos. ▪ Hasta el 2008 las cuantías no se actualizaban anualmente, ni tan siquiera para garantizar su adecuación al coste de la vida. En el 2008 se actualizaron y se introdujo legalmente la obligación de valorar la necesidad de actualización con carácter trienal. <p>Fondo personal integral</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el caso de los fondos personales integrales no se establece ningún límite máximo. ▪ La gestión del Seguro de Cuidados de Larga Duración, incluida la gestión de la prestación económica para cuidados en el domicilio, recae en los Fondos Aseguradores de Cuidados de Larga Duración que, a su vez, se encuentran afiliados a los Fondos de Seguro de Enfermedad. Existen 7 tipos diferentes de Fondos de Seguro de Enfermedad con sus respectivos Fondos de Seguro de Cuidados de Larga Duración, que se articulan en un total de 200 fondos diferentes. Se constituyen como corporaciones privadas de derecho público que se autogestionan, lo que significa que desarrollan las funciones que les han sido legalmente asignadas bajo la supervisión de la administración pública, pero actuando de forma autónoma, tanto desde un punto de vista organizativo como desde un punto de vista económico. Los siete tipos de Fondos de Seguros de Enfermedad se agrupan en la Asociación Central de Fondos de Seguros de Enfermedad. Esta estructura central administra las funciones de la Asociación Federal para Cuidados de Larga Duración quien gestiona la organización de las funciones asociadas al Seguro de Cuidados de Larga Duración. ▪ Los Fondos de Seguro de Cuidados de Larga Duración son los encargados de negociar con las entidades prestadoras de servicios los tipos de servicios, sus características y sus tarifas.
	<i>Gestión de la prestación</i>	

Financiación

- La financiación del Seguro de Cuidados de Larga Duración se basa en las cotizaciones de las personas cubiertas por el mismo. Dichas cotizaciones se establecen en función del nivel de ingresos y son abonadas como sigue:
 - en el caso de las personas trabajadoras, en parte por la persona asegurada, detrayendo la cuantía correspondiente de su salario, y en parte por la vía de la cotización empresarial, al igual que el resto de las cotizaciones abonadas a la Seguridad Social;
 - en el caso de las personas pensionistas, son ellas quienes tienen que abonar la cuantía total de la cuota;
 - en el caso de las personas en paro, es el seguro de desempleo el que cubre el coste de la cotización.
- Desde 2008, el nivel de la cotización se establece en 1,95% del nivel de ingresos computables (hasta entonces, el nivel estaba fijado en 1,7%) que se incrementa en un 0,25% para las personas mayores de 23 años y menores de 65 que no tengan hijos. Los hijos e hijas a cargo así como la pareja que se encuentre a cargo del contribuyente quedan cubiertos por la contribución de este último sin requerir ninguna contribución suplementaria, siempre que su nivel de ingresos no supere el límite máximo de ingresos computables. Los ingresos computables son las rentas brutas de trabajo y se tienen en cuenta hasta un máximo de 3.675 € mensuales (datos de 2009), pero se actualiza anualmente; no se tienen en cuenta los rendimientos procedentes de otras fuentes (patrimonios, rentas, etc.). El nivel contributivo sólo puede modificarse por Ley. Las personas cuyo nivel de ingresos salariales ha superado, a lo largo de los tres años precedentes, una media de 4.012,50 Euros mensuales pasan a la modalidad privada del seguro.

ALEMANIA

- El importe de la cotización en el caso de la modalidad privada de seguro de cuidados de larga duración no se establece en función del nivel de ingresos sino en función de la edad de la persona en el momento de suscribir la póliza. Por otra parte, en esta modalidad, la cobertura de los hijos e hijas y de la pareja que se encuentran a cargo no quedan incluidas en la póliza principal, sino que también están sujetas a contribución.
- El Seguro cubre sólo una parte del coste de la atención. El resto se cubre a través de las tarifas de copago y, si la persona no dispusiera de ingresos suficientes para ello, recurriría a las prestaciones de asistencia social, de competencia municipal.

Coste

- El coste del Seguro de Atención a la Dependencia de la atención a la dependencia alcanzaba, en 2008, 31.450 millones de euros, de los cuales un tercio aproximadamente es directamente cubierto por las personas beneficiarias a través del copago. Los dos tercios restantes son cubiertos a través del Seguro de Cuidados de Larga Duración que representa casi un 57% del total y de la Asistencia Social que representa un 8,3% y que interviene con carácter subsidiario, cuando el nivel de ingresos de la persona no es suficiente para dar cobertura a la cuantía del copago correspondiente.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR FUENTES DE FINANCIACIÓN (2008)		
Fuente de financiación	Millones de euros	% del gasto total
Seguros:	21.610	68,7
- Seguro Público de Cuidados de Larga Duración	17.860	56,8
- Seguro Privado de Cuidados de Larga Duración	550	1,7
- Asistencia social	2.610	8,3
- Asistencia para víctimas de guerra	590	1,9
Copago de las personas beneficiarias*:	9.840	31,3
- Atención residencial	7.660	24,4
- Ayuda a domicilio	2.180	6,9
TOTAL	31.450	100

*Cuantías estimadas

- En términos económicos el balance del Seguro de Cuidados de Larga Duración ha sufrido un progresivo deterioro entre 1995 y 2004:
 - Entre 1995 y 1997 tuvo superávit (aunque decreciente) como resultado de dos factores: por un lado, las cotizaciones al Seguro se iniciaron varios meses antes de que se empezara a financiar servicios en el marco del mismo; por otro, fueron necesarios un par de años antes de que el funcionamiento se normalizara y la población recurriera a él de forma sistemática en situaciones cubiertas por el mismo.
 - Entre 1998 y 2001 el balance de ingresos y gastos se mantuvo equilibrado.
 - A partir de 2002, el sistema es deficitario, más debido a un bajo nivel de ingresos que a un alto nivel de gasto puesto que el ritmo de crecimiento de este último se sitúa en torno al 1,4% anual.

ALEMANIA

- El gasto en la prestación económica representa aproximadamente un 21% del gasto público del Seguro.

Balance del gasto del Seguro de Cuidados de Larga Duración 2001-2007 (en millones de Euros)							
Ingresos y gastos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ingresos	16.560	16.760	16.610	16.640	17.380	18.360	17.860
Cotizaciones al Seguro Público	13.660	13.570	13.300	13.280	13.980	14.940	14.440
Cotizaciones al Seguro Privado	2.900	3.190	3.310	3.960	3.400	3.420	3.420
Otros ingresos	250	220	250	230	120	130	160
Total	16.810	16.980	16.860	16.870	17.490	18.490	18.020
Gasto							
Gasto por servicios y prestaciones	16.030	16.470	16.640	16.770	16.980	17.140	17.450
Prestaciones económicas	4.110	4.180	4.110	4.080	4.050	4.020	4.030
Servicio de ayuda a domicilio	2.290	2.370	2.380	2.370	2.400	2.420	2.470
Servicio de respiro	110	130	160	170	190	210	240
Atención diurna/nocturna	70	080	80	80	80	90	90
Complemento por enfermedad mental		000	10	20	20	30	30
Cortas estancias residenciales	150	160	160	200	210	230	240
Cotizaciones a la Seguridad Social a favor de los cuidadores informales	980	960	950	930	900	860	860
Productos de apoyo	350	380	360	340	380	380	410
Atención residencial para personas mayores	7.750	8.000	8.200	8.350	8.520	8.670	8.830
Atención residencial para personas con discapacidad	210	210	230	230	230	240	240
Gastos del Medical Board	250	260	260	270	280	270	270
Gastos de gestión y administración	570	580	590	580	590	620	620
Otros gastos	20	10	60	70	0	0	0
Total	16.870	17.360	17.560	17.690	17.860	18.030	18.340

Fte. Ministerio Federal de Sanidad

- Con el fin de paliar esta situación se introdujo, en 2004, una contribución suplementaria para las personas mayores de 23 años, sin hijos (establecida en un 0,25 suplementario con respecto a la cotización estándar) y en 2008 se incrementó la cotización estándar para alcanzar su nivel actual, a saber un 1,9%. Ambas modificaciones han contribuido a restablecer el equilibrio en el balance económico del Seguro, lo que ha determinado que en 2006 y en 2008 haya dado cifras positivas; con todo, es necesario seguir observando su evolución, dado que también se introdujeron en 2008 algunas mejoras en el nivel de financiación de determinados servicios.
- Son diversos los factores que determinan que el nivel de ingresos del Seguro de Cuidados de Larga Duración no aumente:
 - Por un lado, el porcentaje de cotización no se aplica sobre el conjunto de los ingresos de una persona sino sólo sobre sus rentas de trabajo y sólo hasta una cuantía mensual máxima, como se ha indicado antes; por encima de esa cuantía mensual máxima, las rentas de trabajo no entran en el cómputo, como tampoco se computan los ingresos procedentes de otras fuentes, en particular del patrimonio.
 - Por otro, determinadas modificaciones normativas relacionadas con el mercado de trabajo están teniendo un impacto en las aportaciones al Seguro de Cuidados de Larga Duración: se ha reducido el nivel de aportación aplicado a las personas en paro; se ha fomentado la creación de puestos de trabajo de jornada laboral reducida con salarios comprendidos entre 400 y 800 euros mensuales y se ha eximido a estos trabajadores de hacer aportaciones al Seguro de Cuidados de Larga Duración; los muy limitados incrementos en los niveles salariales y

ALEMANIA

en las pensiones, también determinan un estancamiento en el nivel de aportaciones al Seguro.

Calidad de la atención

- El peso adquirido por el Seguro de Cuidados de Larga Duración ha determinado que la calidad de la atención prestada en el marco del Sistema adquiriera a su vez gran protagonismo. Este protagonismo ha tenido reflejo normativo:
 - En 2001, se aprobó la Ley sobre Garantía de Calidad (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz).
 - En la reforma del Seguro de Cuidados de Larga Duración que se introdujo en 2008, la garantía de la calidad de la atención fue uno de los ejes de la reforma. La reforma introdujo diferentes medidas:
 - la obligación para las entidades prestadoras de servicios de organizar periódicamente evaluaciones de la calidad de la atención prestada;
 - la elaboración de directrices y estándares de actuación por parte de expertos;
 - la puesta en marcha de una Comisión de Arbitraje para conflictos relacionados con la calidad de la atención;
 - la introducción de inspecciones de calidad por parte del Consejo Médico (Medical Review Board) y la publicación de los resultados obtenidos en dichas inspecciones, referidas tanto a los servicios residenciales, como a los servicios de día y de noche, y a los servicios de asistencia domiciliaria. A contar de 2011, cada servicio residencial será objeto de inspección con carácter anual. Las inspecciones se hacen sin aviso previo y se centran en la valoración de la situación de la persona atendida: estado de salud y grado de adecuación de las medidas adoptadas
- En el caso de las personas que opten por la prestación económica para cuidados a domicilio, adquieren la obligación de someterse a la supervisión y control de un profesional de la atención acreditado al efecto por el Sistema de Cuidados de Larga Duración por lo menos dos veces al año en el caso de las personas valoradas en Grados I y II, y tres veces al año en el caso de las personas valoradas en Grado III, quien elaborará un informe dirigido al Fondo de Cuidados de Larga Duración al que esté adscrita la persona beneficiaria indicando si en su opinión las necesidades de atención están bien cubiertas por la atención informal. Si no cumplen con su obligación de solicitar las visitas de supervisión, corren el riesgo de sufrir una disminución en la cuantía de la prestación económica o incluso una suspensión de la misma. En el marco de esta visita, se verifica también si realmente existe la disponibilidad de un cuidador informal.

Tendencias futuras

- La mencionada reforma de 2008 se centró en los siguientes aspectos:
 - Fomentar la rehabilitación. Hasta esa fecha, a las entidades aseguradoras no les interesaba, en términos económicos, promover actuaciones tendentes a la rehabilitación de las personas atendidas en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración porque cualquier actuación de ese tipo, al ser de carácter sanitario, corre a cargo del Fondo de Seguro de Enfermedad mientras que el beneficio derivado de aplicar dicha actuación no redundaba en beneficio del Fondo de Seguro de Cuidados de Larga Duración directamente dependiente de ese Fondo de Seguro de Enfermedad sino que beneficia al conjunto de los fondos de cuidados de larga duración. En 2008, para romper esa dinámica, se introdujo una prima de 1.536 € destinada a los centros residenciales que, como resultado de su acción rehabilitadora, consiguieran bajar el grado de dependencia de una persona; esa prima se concede por cada residente que baje de Grado. También se estableció una multa de 2.072 € aplicable a los Seguros de Enfermedad que no financiaran la rehabilitación de una persona cuando la misma hubiera sido prescrita en el marco de la valoración.
 - Crear una red de centros de información y asesoramiento cuya función sería asesorar a las personas dependientes y a sus familias en relación con el procedimiento, la elección de los servicios y prestaciones que mejor se ajusten a la situación. Si bien inicialmente se preveía la creación de entre 3.000 y 4.000 centros de este tipo, los Länder vetaron esta medida argumentando que esas funciones podían ser desempeñadas por las estructuras de información y apoyo ya existentes. Finalmente, el Gobierno alemán puso 60 millones de euros a disposición de los Länder para contribuir a la financiación de dichos centros, pero hasta la fecha se ha programado la creación de unos 600 centros, y en abril de este mismo año 2010 sólo habían entrado en funcionamiento unos 250. Con todo, salvo dos Länder, todos los demás se han unido al programa de creación de centros, lo que sin duda reforzará la infraestructura del Seguro de Cuidados de Larga Duración.
 - Mejorar la calidad de la atención (véase apartado anterior).
 - La reforma de 2008 estableció la necesidad de ajustar las cuantías cubiertas por el Seguro de Cuidados de Larga Duración, mediante tres ajustes sucesivos que se introducirían entre el año de la reforma y el año 2015, con un ritmo de crecimiento aproximado del 1,4% anual. Esta subida, si bien permite compensar los incrementos que

ALEMANIA

experimentará el IPC a lo largo de esos años, no permiten recuperar las pérdidas de poder adquisitivo derivadas de la no actualización de las cuantías anteriores a esa fecha. Por otra parte, a partir de 2015, las actualizaciones no se establecen como obligatorias, sino que se introduce para la administración la obligación de determinar, con carácter trienal, si realmente es necesario actualizar las cuantías y si la situación macroeconómica lo hace posible.

- Reformas posteriores.
 - La definición de dependencia aplicada en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración ha sido objeto de críticas desde el principio, porque al centrarse en las limitaciones físicas para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, dejó fuera de su ámbito de actuación a las personas que, si bien no tenían limitaciones físicas para desarrollar dichas actividades, sí requerían, debido a sus limitaciones intelectuales, una supervisión constante para la organización de su vida diaria, y cubrían sólo parcialmente a aquéllas que tuvieran limitaciones de los dos tipos. Como se ha indicado se trató de paliar esta laguna, introduciendo un complemento para necesidades especiales. Esto no obstante no es una solución, puesto que permite dar cobertura en el marco del Seguro a personas que, según la definición de dependencia que éste adopta, no son dependientes. Se hace necesario, por lo tanto, elaborar una nueva definición de dependencia que sí incluya a ese colectivo. Para ello, en 2006 se creó una Comisión de Expertos con el encargo de elaborar una nueva definición y un nuevo instrumento de valoración. En enero de 2009, la Comisión de Expertos presentó su propuesta: distingue cinco grados de dependencia y un instrumento de valoración mejor adaptado y susceptible de valorar necesidades de carácter cognitivo y conductual. Esta nueva definición todavía no se ha empezado a aplicar, pero será sin duda el elemento protagonista de la política de cuidados de larga duración en la nueva legislatura.
 - Se plantea también la necesidad de encontrar nuevas fórmulas de financiación para garantizar la sostenibilidad económica del Seguro. Las principales vías que se debaten parecen ser la de financiar parcialmente el coste del Seguro por la vía impositiva (como ocurre en el caso de las pensiones o en el Seguro de Enfermedad) y la de incrementar las aportaciones de los asegurados, pero son cuestiones pendientes de debate.

AUSTRIA

Denominación	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Pflegegeld</i> - Prestación económica de cuidados de larga duración se denomina.
Contexto normativo	<ul style="list-style-type: none">▪ La atención a las personas dependientes se articula en Austria en torno al Sistema de Atención a Personas con Necesidades de Larga Duración, establecido a nivel federal y desarrollado e implementado a nivel provincial; su elemento nuclear es precisamente la prestación económica destinada a contribuir al coste de los cuidados. El referente normativo es la Reforma de 1993 sobre Cuidados de Larga Duración. Se articula como derecho para las personas que reúnan los requisitos de acceso.▪ Complementariamente, las administraciones provinciales asumen la obligación de desarrollar una red de servicios sociales en el conjunto del territorio austriaco, variada en su gama de servicios tanto domiciliarios, como de atención diurna, nocturna o residencial, y respetuosa de unos estándares mínimos de calidad. El referente normativo es el artículo 15^a B-VG del acuerdo establecido en 1993 para el cuidado de las personas con necesidades de atención).▪ Así como la prestación económica en el marco del Sistema de Atención a Personas con Necesidades de Larga Duración constituye un derecho para todas las personas que presenten necesidades de atención (más de 50 horas mensuales), no existe un derecho equivalente en especie: en otros términos, la persona tiene derecho a la prestación económica y si lo desea puede utilizarla para contribuir a la financiación de una plaza residencial, pero no tiene derecho a una plaza residencial.▪ La prestación austríaca para cuidados de larga duración está poco regulada, lo que determina que su utilización resulte muy flexible y su aplicación muy variable en los diferentes ámbito provinciales y que la supervisión de su utilización sea prácticamente inexistente.
Características de la prestación	<ul style="list-style-type: none">▪ La prestación económica puede utilizarse para cubrir los gastos que ella considere pertinentes, siempre que esten asociados a sus necesidades de atención.▪ Los diferentes tipos de gasto son:<ul style="list-style-type: none">- realización de adaptaciones en la vivienda;- compra de ayudas técnicas;- acceso a servicios sociales de la red formal: servicios residenciales, centros de día, ayuda a domicilio, teleasistencia, etc.- contratación directa de trabajadores domiciliarios, mediante contrato de trabajo;- pago a familiares para compensar la atención que le prestan, pudiendo incluso contratar al familiar (si bien esta es una fórmula poco frecuente en la práctica).▪ El pago de la prestación económica se hace directamente a la persona que presenta necesidades de larga duración, salvo en el caso de que decida destinar la prestación económica a pagar una plaza residencial, en cuyo caso la cuantía se transfiere directamente al servicio elegido.▪ Para acceder a la prestación no se tiene en cuenta la circunstancia que ha causado la situación de dependencia.▪ Su concesión no está sujeta al nivel de ingresos y la cuantía de la misma tampoco lo está.▪ La prestación se configura como una “contribución” a la cobertura de gastos asociados a la dependencia, lo que significa que la parte de gastos no cubierta por la misma corresponde a la persona usuaria. Si la persona usuaria no dispone de medios económicos para ello, debe cubrirlo la familia y, en su defecto, el sistema de garantía de ingresos.
Distribución competencial	<ul style="list-style-type: none">▪ La competencia en relación con la prestación económica se distribuye en dos niveles:<ul style="list-style-type: none">- La administración federal es competente para garantizar la prestación económica a las personas con necesidades de cuidados de larga duración que sean beneficiarias de una pensión de acuerdo con las leyes federales (en particular, personas mayores).- La administración provincial es competente en relación con los demás grupos de población que pueden presentar necesidades de cuidados de larga duración: en particular, personas con discapacidad.▪ La competencia normativa también se da en dos niveles:<ul style="list-style-type: none">- A nivel estatal, se regula la prestación económica como parte del sistema de atención a la dependencia, definiendo los criterios de acceso a la misma.- a nivel provincial, se procede al desarrollo reglamentario del marco general estatal, en relación con la aplicación de la prestación económica y en relación con la implementación de la red de servicios sociales.

AUSTRIA

- La competencia ejecutiva recae en el nivel provincial, quien delega la gestión de la prestación (valoración de necesidades, asignación en función de dicha valoración a uno de los siete niveles de cuantía previstos para el pago de la prestación) en las entidades o mutuas de seguro.

Objetivos de la introducción de la prestación

- En el momento de su introducción, la prestación económica para cuidados de larga duración perseguía diversos objetivos explícitamente formulados:
 - Favorecer la autonomía de las personas usuarias, en respuesta, en particular, a las reivindicaciones del movimiento de vida independiente liderado por las personas con discapacidad.
 - Contribuir a la cobertura de los gastos ocasionados por las necesidades de atención.
 - Facilitar el acceso a los servicios sociales.
 - Proporcionar un incentivo económico a la atención informal en el entorno familiar.
 - Favorecer la permanencia en el domicilio habitual y en su medio social y comunitario.
 - Contener el gasto público dedicado a la atención de las personas con necesidades de cuidados de larga duración.
 - Ofrecer una vía alternativa, dada la insuficiencia de la red de servicios de atención existente.

Población destinataria

- La prestación económica se dirige a las personas que tienen necesidades permanentes de cuidados de larga duración. Los requisitos básicos de acceso son:
 - Presentar una discapacidad física, intelectual o sensorial asociada a una enfermedad, a una deficiencia o a la edad.
 - Necesitar, a consecuencia de dicha condición, ayuda para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
 - Pronosticarse un periodo mínimo de 6 meses durante los cuales será necesaria dicha ayuda.
 - Requerirse un nivel de apoyo mínimo de 50 horas mensuales (algo más de hora y media diaria). En la actualidad, se encuentra en discusión la posibilidad de subir ese límite a 60 horas.
- En la siguiente tabla se ofrecen los datos de la población beneficiaria por niveles de necesidad, diferenciando la prestación económica federal de la prestación económica provincial, de acuerdo con lo indicado en la distribución competencial:

POBLACIÓN BENEFICIARIA				
Nivel	Necesidades (horas mensuales)	Nº Personas Beneficiarias		
		Prestación económica federal	Prestación económica provincial	Total
1	>50 horas	76.444	12.565	89.009
2	>75 horas	119.086	19.426	138.512
3	>120 horas	57.372	11.263	68.635
4	>160 horas	53.942	7.730	61.672
5	> 180 horas – necesidad ocasional de un nivel de apoyo de alta intensidad.	28.397	4.668	33.065
6	>180 horas – necesidad de cuidados a intervalos regulares tanto de día como de noche, o necesidad de atención permanente día y noche por existir riesgo de que la persona se cause daños a sí misma o a terceros.	9.732	3.295	13.027
7	>180 horas – personas con incapacidad para mover los brazos o las piernas.	6.084	1.972	8.056
		351.057	60.919	411.976

AUSTRIA

Valoración de necesidades

- Para acceder a la prestación económica es necesaria una previa valoración de necesidades.
- No se aplica un instrumento común en el conjunto del territorio austriaco, sino que cada administración provincial organiza y estructura la valoración como considera oportuno. Por lo general, la valoración se hace en el domicilio y recae en un médico, aunque es frecuente que profesionales de otras disciplinas (enfermería, trabajo social o psicología) también participen en la misma con el fin de garantizar la elaboración de un diagnóstico integral de necesidades.
- La valoración de necesidades no se expresa en grados de dependencia, sino en volumen de atención requerida por la persona atendida, expresado en horas de atención. En función de ese número de horas de atención se establece la cuantía de la prestación, aplicándose al efecto una escala que clasifica a las personas en siete grupos, de menor a mayor necesidad.
- En el caso de las personas con discapacidad, con el objeto de garantizar cierta homogeneidad, se aplican algunos criterios comunes de clasificación:
 - Las personas con graves problemas de visión se clasifican como mínimo en el nivel 3.
 - Las personas ciegas se clasifican como mínimo en el nivel 4.
 - Las personas sordo-ciegas se clasifican como mínimo en el nivel 5.
 - Las personas con problemas de movilidad que utilizan de forma permanente una silla de ruedas se clasifican como mínimo en el nivel 3.
- Por lo general, la prestación se atribuye cuando se estima que la situación va a ser permanente, de modo que no se hace ninguna nueva valoración hasta que la propia persona lo solicita. Si se atribuyera en una situación de previsible larga duración pero no necesariamente permanente, se establecería una fecha para una nueva valoración.

Cuantía económica

- Las cuantías establecidas para la prestación económica son las siguientes:

CUANTÍAS MENSUALES (2007)		
Nivel	Cuantía mensual (€)	Necesidades (horas mensuales)
1	154,20	>50 horas
2	284,30	>75 horas
3	442,90	>120 horas
4	664,30	>160 □ horas
5	□ 02,30	> 180 horas – necesidad ocasional de un nivel de apoyo de alta intensidad.
6	1.242,00	>180 horas – necesidad de cuidados a intervalos regulares tanto de día como de noche, o necesidad de atención permanente día y noche por existir riesgo de que la persona se cause daños a sí misma o a terceros.
7	1.655,80	>180 horas – personas con incapacidad para mover los brazos o las piernas.

Utilización de la prestación económica

- La introducción de la prestación económica no ha determinado un aumento sustancial del recurso a la red formal de servicios, en buena medida debido al hecho de que el aumento de recursos económicos aportado por dicha prestación se ve anulado por un aumento en la proporción del copago establecido en los servicios residenciales y de atención diurna.
- Por otra parte, y a pesar de en el marco del sistema de atención a la dependencia que se puso en marcha en 1993, las provincias adquirieron la responsabilidad de mejorar la red de servicios sociales de atención residencial, de atención diurna y de atención domiciliaria, y a pesar de que se han hecho esfuerzos en esta dirección, todavía la red de servicios es insuficiente para dar respuesta a las necesidades y existen considerables diferencias interprovinciales.
- Lo anterior ha contribuido a la permanencia en el domicilio, mediante la contratación de entidades de servicios para la prestación de servicios (servicios de enfermería a domicilio, servicios de cuidados a domicilio), la contratación de cuidados profesionales y la compensación a cuidadores familiares.
- La contratación directa de cuidadores profesionales no integrados en entidades prestadoras de servicios sociales ha aumentado muy considerablemente desde la puesta en marcha de la prestación, con un claro predominio de la contratación de trabajadores inmigrantes procedentes de países centro europeos fronterizos (República Checa, Eslovaquia y Hungría). Un esquema muy habitual es que la persona contrate a dos trabajadores extranjeros que alternan semanal o quincenalmente su estancia en el domicilio: son trabajadores que entran en el país con un visado turístico y permanecen en él legalmente con ese visado, pero aprovechan su estancia para trabajar quince días seguidos (sin días de descanso), por un salario muy superior al que obtendrían en su país de origen; al cabo de quince días vuelven a su país, permanecen allí otros quince días y vuelven a Austria. Trabajan por salarios inferiores al mínimo correspondiente al

AUSTRIA

sector y sin protección social, viven en casa de la persona atendida, permanecen disponibles de forma continuada y realizan las tareas que se les encarguen tanto de cuidado y atención personal, como domésticas, estructurándose así como una fórmula flexible y asequible de disponer de cuidados durante todo el día. Esta disponibilidad sería inviable en el mercado laboral legal y los costes de las contrataciones superan con creces el nivel de recursos garantizado por la prestación económica.

- La existencia de este mercado gris de trabajo ejerce un fuerte impacto en la red formal, por cuanto afecta al valor que se otorga a la atención personal en el mercado de trabajo y al reconocimiento social de este tipo de empleos.
- En cuanto a la atención prestada por familiares, esta relación de cuidado puede, desde la puesta en marcha de la prestación económica, estructurarse como un contrato de trabajo entre la persona atendida y la persona cuidadora. De hecho, uno de los objetivos de su introducción era precisamente profesionalizar estas relaciones y garantizar a las personas cuidadoras un estatus laboral que diera cobertura a su protección social. En la práctica, sin embargo, esta vía es pocas veces la elegida, por diversas razones: a muchas personas, tanto cuidadoras como atendidas, les resulta difícil proceder a una formalización de una relación que, en buena medida, consideran natural; por otra parte, la formalización de un contrato de trabajo supondría, debido a la aplicación de la normativa laboral y de seguridad social, un coste superior al que la mayoría de las personas beneficiarias pueden permitirse, dado que una parte de la prestación económica es utilizada para dar cobertura a gastos asociados a su dependencia diferentes de los cuidados de atención directa. Con la intención de favorecer la formalización de la relación, la provincia de Salzburgo optó por promover a mediados de los ochenta, la sistematización de las contrataciones. Para ello, optó por una fórmula indirecta: designó a una entidad sin ánimo de lucro que actuaría como contratante y formalizó contratos con todas las personas que, en ese momento, actuaban como cuidadores informales de sus familiares o allegados. Una trabajadora social, contratada por la entidad sin ánimo de lucro, realizaba periódicamente visitas a domicilio para supervisar la relación de cuidado y ofrecer apoyo a la persona cuidadora. Dado que la cuantía de las prestaciones económicas era insuficiente para garantizar un salario digno, la administración provincial complementaba esas cuantías. Esta fórmula estuvo vigente durante unos años, pero dejó de aplicarse cuando, en 1998, una modificación de la normativa estatal de seguridad social permitió la cotización a la Seguridad Social de las personas que actuaban como cuidadoras informales y estableció cuotas de bajo importe, condicionando el acceso a esta fórmula a las personas que hubieran abandonado un empleo para atender a un familiar con necesidades de apoyo, que hubieran sido valoradas como mínimo de nivel 3.

Gasto público

- El gasto en prestaciones económicas se indica en la siguiente tabla por niveles de necesidad. No incluye gastos de gestión del sistema, sino únicamente las sumas correspondientes a prestaciones abonadas:

GASTO 2007			
Nivel	Cuantía mensual (€)	Nº de personas beneficiarias	GASTO TOTAL
1	154,20	89.009	164.702.253
2	81,30	138.112	472.547.539
3	442,90	68.635	364.781.298
4	664,30	61.672	491.624.515
5	902,30	33.065	358.014.594
6	1.242,00	13.027	194.154.408
7	1.655,80	8.056	159.992.160
		411.976	2.205.816.767

Control de la calidad de la atención

- Dada la flexibilidad en la utilización de la prestación, y dadas las características de los cuidadores (profesionales autónomos con frecuencia en situación irregular, y cuidadores familiares) resulta más difícil establecer fórmulas orientadas a garantizar y a controlar la calidad de la atención que cuando son entidades de servicios las encargadas de la atención ya que están sujetas al cumplimiento de determinados requisitos de calidad por ejemplo, ratios y cualificación de su personal.
- Por otra parte, en ese contexto, también el contacto con el sistema de servicios sociales es más limitado, puesto que las diferentes necesidades tratan de resolverse por vías informales, que para la persona usuaria resultan más flexibles, menos burocráticas, y son capaces de dar respuestas más rápidas a las nuevas necesidades.
- En el año 2007, se aplicó un proyecto piloto de visitas a domicilio a las personas atendidas por la red informal en el marco del Sistema de Cuidados de Larga Duración y funcionó muy bien de modo que cada año se repite la experiencia: en el año 2009, se hicieron unas 66.000 visitas de este tipo (aproximadamente un 16% de la población beneficiaria); la

AUSTRIA

visita la realiza un profesional de enfermería y el objetivo es ofrecer asesoramiento, información y supervisar si la atención es adecuada y suficiente. Parte del éxito del programa está en que estas visitas ponen el énfasis en la función de apoyo y no en la de control. La visita se anuncia con carácter previo a la persona usuaria, por correo; a continuación, la enfermera o el enfermero que va a realizar la visita mantiene una conversación telefónica con la persona cuidadora; finalmente, se realiza la visita.

FRANCIA

Antecedentes y contexto normativo

En Francia, la atención a las personas dependientes se enmarca en dos sistemas específicos de atención, uno dirigido desde mediados de los 90 a las personas mayores y otro dirigido desde el 2001 a las personas con discapacidad. Con anterioridad, en el ámbito de los cuidados de larga duración, la única prestación específicamente destinada a la necesidad de apoyo para las actividades de la vida diaria destinada a las personas con limitaciones en su autonomía que existía en Francia era la Prestación Compensatoria por Ayuda de Tercera Persona, inicialmente diseñada para las personas con discapacidad y extendida con posterioridad a las personas mayores dependientes, sin ajustarse del todo a las necesidades de estas últimas.

Atención a personas mayores dependientes.

- En 1997, la Ley 97/60 de 24 de enero (*Loi 97/60, du 24 janvier, tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*), supuso un primer intento de construcción de un sistema de atención a la dependencia en el ámbito de las personas mayores. Introdujo la denominada "Prestación Específica de Dependencia" (*Prestation Spécifique Dépendance*) que pasó a sustituir a la Prestación Compensatoria por Ayuda de Tercera Persona para las personas mayores de 60 años.

En el año 2000, el balance de su aplicación resultó decepcionante: de las 800.000 personas mayores con limitaciones en su autonomía que, según las estimaciones oficiales, residen en Francia, sólo 135.000 eran beneficiarias de la prestación, debido a unos requisitos de acceso muy restringidos.

A ello se sumaba una gran diversidad y desigualdad interterritorial en la cuantía de la prestación, cuya fijación recaía en la competencia de los departamentos.

- En el año 2001, la Ley de 20 de julio de 2001 (*Loi du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*), introdujo una nueva prestación que, a partir del 1 de enero de 2002, sustituyó a la Prestación Específica de Dependencia:

- La edad de acceso a la prestación se mantiene en 60 años.
- Es de carácter universal, de modo que el acceso no queda condicionado al nivel de recursos, aunque este último sea un factor determinante de la prestación económica del usuario y, por lo tanto, de la cuantía de la prestación.
- La prestación se destina a personas valoradas en los grados 1 a 4 de la escala AGGIR, ampliando así su cobertura a las situaciones de dependencia moderada, hasta entonces excluidas de la prestación.
- La cuantía de la prestación se determina mediante criterios comunes aplicables en todo el territorio estatal, evitando así las desigualdades observadas en los importes definidos por los departamentos para la prestación anterior, y ello a pesar de que la gestión de la prestación sigue recayendo en la competencia de dichas administraciones.

Atención a personas con discapacidad.

- En el año 2005, la Ley de 11 de febrero, la Prestación Compensatoria por Ayuda de una Tercera Persona todavía vigente para las personas con discapacidad fue sustituida por la denominada Prestación Compensatoria de la Discapacidad (*Prestation de Compensation du Handicap*) que entró en vigor el 1 de enero de 2006. Esta prestación se configura como una ayuda económica destinada a financiar las necesidades ligadas a la pérdida de autonomía de las personas con discapacidad de edad inferior a 60 años.

Distribución competencial

- La competencia normativa es de ámbito estatal tanto en la Prestación Personalizada de autonomía como en la Prestación Compensatoria de Discapacidad.
- En ambos casos, la gestión de la prestación recae en la competencia de los departamentos.

Utilización

Atención a personas mayores dependientes

- La Prestación Personalizada para la Autonomía es una prestación finalista destinada a cubrir los gastos previamente identificados en un plan individual de atención.
- Cuando el plan de atención prevé la permanencia de la persona beneficiaria en su domicilio, la prestación puede destinarse a cubrir los siguientes gastos:
 - Contratación de personal de apoyo domiciliario. Esta contratación puede consistir en:

FRANCIA

- Contratar directamente a uno o varios trabajadores domiciliarios, pudiendo tratarse de un familiar con la excepción del cónyuge o pareja de hecho.
- Contratar a una entidad prestadora del servicio de ayuda a domicilio, autorizada en el marco de la normativa reguladora de los servicios a las personas.
- Pagar los servicios de la persona que le acoge en su domicilio a título oneroso (el acogimiento de personas mayores es una alternativa de atención que se mantiene en Francia).

La elección de la modalidad corresponde a la persona mayor beneficiaria, si bien la administración trata de dar prioridad a la segunda. De hecho en los casos de gran dependencia, si la persona opta por permanecer en su domicilio, la administración, salvo oposición expresa de la persona beneficiaria, asocia el pago de la prestación económica a la remuneración de un servicio de ayuda a domicilio autorizado. También la cuantía de la prestación varía en función de la modalidad adoptado.

- Pago de un centro de día
 - Pago de un servicio residencial de respiro
 - Alquiler o compra de productos de apoyo (ayudas técnicas)
 - Realización de obras en la vivienda habitual
 - Contratación de servicios que contribuyan a evitar el aislamiento: apoyo psicológico, grupos de autoayuda, actividades de ocio, transporte.
- Cuando la persona vive en un centro residencial con carácter permanente o cuando el plan de atención prevé esta alternativa, la prestación se destina a la financiación de los gastos residenciales.

Atención a personas con discapacidad.

- La Prestación Compensatoria de la Discapacidad puede utilizarse para dar cobertura a gastos asociados a los siguientes conceptos:
 - Contratación de servicios de apoyo o asistencia personal para:
 - realización de las actividades de la vida diaria
 - supervisión y orientación
 - desempeño de actividades profesionales o asimiladas.
 - Compra o alquiler de productos de apoyo (ayudas técnicas).
 - Realización de obras de adaptación de la vivienda habitual.
 - Realización de obras de adaptación del vehículo habitual.
 - Gastos de una plaza residencial.
 - Cobertura de las denominadas cargas específicas, es decir, de los gastos permanentes y previsibles directamente asociadas a la discapacidad, no incluidas en conceptos anteriores. Por ejemplo, compra de alimentos específicos destinados a mejorar la calidad de una dieta, gastos de mantenimiento de una prótesis auditiva o de una silla de ruedas. El importe máximo de estas ayudas está preestablecido para los diferentes tipos de gasto.
 - Cobertura de las denominadas cargas excepcionales, es decir gastos puntuales directamente asociados a la discapacidad y no incluidos en los conceptos anteriores. Por ejemplo, gastos de reparación de una cama articulada. El importe de estas ayudas asciende como máximo a 1800 € por cada periodo de 3 años.
 - Gastos de adquisición y mantenimiento de un perro que contribuya al mantenimiento de la autonomía de la persona con discapacidad (perro-guía, perro de apoyo).

FRANCIA

Población destinataria

Atención a personas mayores dependientes.

- La Prestación Personalizada para la Autonomía se destina a la población mayor de 60 o más años que cumpla los requisitos de acceso. Pueden solicitarla tanto las personas mayores que residen en su domicilio como las que viven en un servicio residencial.
- Los últimos datos disponibles en relación con la población beneficiaria corresponden al año 2009:

	En su domicilio		En servicios residenciales		Total	
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
GIR 1	18.000	2,6	70.000	16,2	88.000	7,9
GIR 2	125.000	18,2	189.000	43,9	314.000	28,1
GIR 3	149.000	21,7	68.000	15,8	217.000	19,4
GIR 4	394.000	57,4	104.000	24,1	498.000	44,6
TOTAL	686.000	100,0	431.000	100,0	1.117.000	100,0

Fte. Etudes et Résultats, n°710, novembre 2009. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Atención a personas con discapacidad.

- La Prestación Compensatoria de la Discapacidad se destina a la población con discapacidad de entre 20 y 59 años. Pueden solicitarla tanto las personas con discapacidad que residen en su domicilio como las que viven en un servicio residencial
- Los últimos datos disponibles son de 2009:

Datos básicos de la Prestación Compensatoria de Discapacidad		
Nº de beneficiarios en junio 2009	71.700	
Distribución por edad	Menos de 20 años	2%
	Entre 20 y 45 años	42%
	Entre 45 y 59 años	41%
	60 o más años	15%
Distribución por destino de la ayuda	Contratación o compensación de servicios de asistencia personal	91%
	Adquisición de productos de apoyo.	3%
	Adaptaciones en la vivienda o en el vehículo	10%
	Gastos específicos o excepcionales	18%
Nº de beneficiarios de la Prestación por Ayuda de Tercera persona	99.600 (Han preferido conservar la prestación económica por ayuda de tercera persona en lugar de pasar a ser beneficiarios de la nueva prestación)	

Fte. Etudes et Résultats, n°710, novembre 2009. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Requisitos de acceso

Atención a personas mayores dependientes

- El acceso a la Prestación Personalizada para la Autonomía está sujeto al cumplimiento de los siguientes requisitos:
 - Tener 60 o más años.
 - Tener una dependencia valorada entre los grados 1 y 4 de la escala AGGIR.
- El acceso a la prestación no está condicionado por el nivel de recursos

Atención a personas con discapacidad.

- El acceso a la Prestación Compensatoria de la Discapacidad está sujeto al cumplimiento de los siguientes requisitos:
 - Tener más de 20 años y menos de 60 con dos especificidades:
 - se puede acceder a la prestación hasta los 75 años siempre que se cumplan los criterios de acceso antes de cumplir los 60;
 - los niños y adolescentes pueden acceder a la prestación cuando cumplan los criterios de acceso a la prestación educativa para niños con discapacidad y ejerzan su derecho de opción entre ambas prestaciones.

FRANCIA

- Presentar una discapacidad que genere con carácter permanente (o por lo menos para una periodo previsible de 1 año) bien una dificultad absoluta para realizar una actividad básica de la vida diaria o una dificultad grave para desarrollar por lo menos dos actividades básicas de la vida diaria.
- El acceso a la prestación no está condicionado por el nivel de recursos.

Acceso: Valoración

Atención a personas mayores dependientes.

En el caso de la Prestación Personalizada de Autonomía:

- Si la persona solicitante reside en su domicilio:
 - La solicitud se presenta ante los Servicios Sociales Municipales, dirigida al Presidente del Consejo General del Departamento en el que la persona solicitante tiene su domicilio habitual.
 - La instrucción de la solicitud conlleva una valoración de necesidades. Esta valoración debe hacerse tanto si la persona reside en su domicilio como si la persona se encuentra en una residencia a fecha de la presentación de la solicitud.
 - La valoración compete a un equipo sociosanitario compuesto por personal propio de la administración departamental y por profesionales de las mutuas de seguro de enfermedad. Por lo general, el equipo de valoración está formado por dos personas (un médico y una trabajadora social), de las que por lo menos una debe visitar el domicilio de la persona solicitante para ver cómo se desenvuelve en él.
 - La valoración tiene por objetivo determinar el grado de dependencia de la persona de acuerdo con un instrumento de valoración aplicable a nivel estatal denominado Grille AGGIR. Este instrumento clasifica a las personas en 6 grados de pérdida de autonomía (de 1 a 6), de mayor a menor dependencia, pudiendo acceder a la prestación únicamente las personas clasificadas entre los grados 1 y 4.
 - Una vez realizada la valoración, el equipo debe:
 - bien elaborar con la persona un plan individual de atención en el que se incluyan los servicios de apoyo o de supervisión que requiera;
 - bien, cuando el grado de dependencia se sitúe en los grados 5 y 6, elaborar un informe de situación, con una serie de recomendaciones destinadas a la persona usuaria.
- Si la persona solicitante vive en un servicio residencial, la valoración de su situación recae en el equipo sociosanitario del servicio del que se trate, bajo la responsabilidad de un médico que actúa como coordinador del equipo. El grado de pérdida de autonomía de las personas residentes así valorado se revisa con una periodicidad preestablecida en el marco del convenio de concertación plurianual firmado por el responsable del centro, el presidente del Consejo General en representación del Departamento, y un representante de la Administración del Estado. La valoración realizada en el servicio residencial se remite para su supervisión y validación a un médico del equipo sociosanitario del propio departamento y a un médico asesor de la Mutua de Seguro de Enfermedad.

Atención a personas con discapacidad.

En el caso de la Prestación Compensatoria de la Discapacidad:

- La persona interesada debe presentar su solicitud ante el Centro Departamental para Personas con Discapacidad (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*) correspondiente al municipio en el que reside.
- Este organismo asume la instrucción de la solicitud y, al efecto, encarga a un equipo multidisciplinar la evaluación de las necesidades de compensación de la discapacidad de la persona solicitante. Esta evaluación se realiza en el curso de una entrevista con la persona solicitante, en cuyo marco el equipo, si lo estima necesario, puede visitar el domicilio habitual de la persona, ya sea su vivienda particular, o en un servicio de tipo residencial.
- Sobre la base de esa valoración, el equipo elabora un plan individual de atención, basado en el proyecto de vida que haya expresado la persona solicitante. Este plan incluye un conjunto de medidas de muy distinto tipo. Una vez elaborado, el plan se transmite a la persona solicitante quien dispone de un plazo de 15 días para dar a conocer sus observaciones al respecto.

FRANCIA

Concesión	<p><i>Atención a las personas mayores dependientes.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ En el caso de la Prestación Personalizada de Autonomía, la resolución de concesión corresponde al Presidente del Consejo General del Departamento. La fecha de devengo de la prestación es la fecha de presentación de la solicitud, acompañada de la documentación correspondiente; a contar de esa fecha, el departamento dispone de dos meses para adoptar y dictar su decisión. La prestación se concede para un periodo determinado y es objeto de una revisión periódica. El importe de la prestación puede revisarse en todo momento en caso de observarse cambios en la situación de la persona beneficiaria. <p><i>Atención a las personas con discapacidad.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ En el caso de la Prestación Compensatoria de la Discapacidad, la decisión de concesión de la prestación recae en la Comisión de derechos y de autonomía de las personas con discapacidad, quien debe fundamentar dicha decisión sobre lo indicado en el plan individual de atención. La persona solicitante es informada, por lo menos con dos semanas de antelación, de la fecha y del lugar de la sesión durante la cual la Comisión se pronunciará sobre su solicitud, y puede asistir a la misma, bien directamente, o bien con el apoyo o la representación de otra persona que ella misma elija. Una vez adoptada, la decisión es notificada a la persona interesada. La fecha de devengo de la prestación es la fecha de presentación de la solicitud.
Cuantía	<p><i>Cuantía de la prestación</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ El importe de la Prestación Personalizada de Autonomía se determina atendiendo a los siguientes criterios:<ul style="list-style-type: none">- En los casos de permanencia en el domicilio, el importe se determina en función de:<ul style="list-style-type: none">• El grado de dependencia de la persona beneficiaria.• El nivel de recursos de la persona beneficiaria.A igual grado de dependencia e igual nivel de recursos, la cuantía de la prestación será la misma en todo el territorio estatal.Las cuantías máximas se determinan por Decreto y se actualizan anualmente en función del IPC. En 2010 son las siguientes:<ul style="list-style-type: none">• 1.235,65 euros para el Grado 1 de la escala AGGIR.• 1.059,13 euros para el Grado 2.• 794,35 euros para el Grado 3.• 529,56 euros para el Grado 4.- En los casos de ingreso o permanencia en un servicio residencial, el importe de la prestación se determina en función del precio o tarifa de atención correspondiente al grado de dependencia que presente la persona beneficiaria.▪ El importe de la Prestación Compensatoria de la Discapacidad:<ul style="list-style-type: none">- Cuando la prestación se destina a la contratación de servicios de asistencia personal, su importe cubre entre el 130 y el 145% de la persona contratada, en función del tipo de contratación (contratación directa, contratación indirecta o contratación de un servicio de asistencia). Cuando un familiar se ve obligado a dejar de trabajar o a reducir su jornada laboral para prestar apoyo a la persona con discapacidad, la prestación económica asciende al 75% del SMI horario neto, no pudiendo en ningún caso sobrepasar el 85% del SMI mensual neto calculado sobre la base de una jornada laboral de 35 horas semanales. En casos excepcionales estos límites máximos pueden dejar de aplicarse para financiar una atención de 24 horas diarias.- Cuando la prestación se destina a la adquisición de productos de apoyo deben aplicarse las tarifas establecidas por decreto en relación con los diferentes productos, con un límite máximo trienal de 3.960€, que sólo puede rebasarse cuando se incluye alguna ayuda técnica de tarifa igual o superior a 3.000€.- Cuando la prestación se destina a la adaptación de la vivienda habitual equivale a una cuantía de 10.000 € para un periodo de 10 años.- Cuando se destina a la adaptación de un vehículo equivale a una cuantía de 5.000€; también equivale a esta cuantía cuando se destina a financiar los sobrecostes asociados

FRANCIA

Participación económica del usuario

- al transporte.
- Cuando la prestación se destina a la adquisición y manutención de un animal (perro guía o perro de asistencia) el importe de la ayuda equivale a 3.000€ para un periodo de 5 años.
- **En el caso de la Prestación Personalizada de Autonomía:**
- Cuando se concede para la permanencia en el domicilio la persona usuaria tiene que participar económicamente en la financiación de los servicios propuestos en el plan individual de atención elaborado por el equipo sociosanitario que le ha valorado o en la parte de los servicios que haya aceptado. Esta participación económica se determina en función del nivel de recursos de la persona, atendiendo a un baremo aplicable a nivel estatal:
 - Quedan exentas las personas cuyo nivel de recursos no alcance un determinado mínimo establecido para 2010 en 695,36 €, que equivale al 0,67% del importe del complemento de mejora por tercera persona, fijado en 1038,36€.
 - Las personas cuyo nivel de recursos mensual se sitúe entre un 0,67 y 2,67 veces la cuantía correspondiente al complemento de mejora por tercera persona, participan económicamente en función de un baremo progresivo.
 - Las personas cuyo nivel de recursos mensual se sitúe por encima de 2,67 veces la cuantía correspondiente al complemento de mejora por tercera persona participan económicamente en función del nivel de recursos, sin que en ningún caso pueda superar el 80% de las cuantías utilizadas de las previstas en el plan individual de atención.
 - Cuando se concede para el ingreso o la permanencia en un servicio residencial, la participación económica se determina en función del nivel de recursos de la persona usuaria atendiendo a un baremo establecido a nivel estatal:
 - Si sus ingresos mensuales son inferiores a 2.294,78€ (equivalente a 2,21 veces el importe de la cuantía correspondiente al complemento de mejora por tercera persona), la participación económica será equivalente a la tarifa que tienen que pagar las personas cuya dependencia se sitúa en los grados 5 y 6 de la escala AGGIR atendidas en esa misma residencia (los grados 5 y 6 no quedan cubiertos por la prestación).
 - Si sus ingresos mensuales son superiores a 2.294,78 €, el importe de su participación se determina obedeciendo a un criterio de progresividad establecido mediante una fórmula de cómputo aplicable a nivel estatal.

Prestación Compensatoria de la Discapacidad.

Los importes señalados en el apartado anterior se financian en su cuantía máxima si la persona tiene un nivel anual de ingresos inferior a 2 veces el importe del complemento de mejora por tercera persona, es decir, 24.920,74 € y se financian en un 80% si los ingresos de la persona son superiores a dicha cuantía.

Pago de la prestación

- En el caso de la Prestación Personalizada de Autonomía:
- Cuando se concede para el mantenimiento en el domicilio, el pago de la prestación adopta diferentes modalidades:
 - Es realizado directamente por la administración a la entidad prestadora del servicio de ayuda a domicilio.
 - Si la entidad prestadora del servicio de ayuda a domicilio es una entidad autorizada y homologada por la Administración, el pago puede hacerse mediante un cheque-servicio.
 - En los demás casos, tanto cuando la persona utiliza la prestación para pagar a la persona que le acoge en su domicilio como cuando la utiliza para contratar a un trabajador domiciliario, la cuantía de la prestación le es transferida por la administración a la persona usuaria para que gestione ella la contratación y el pago.
 - También cabe la posibilidad de que la persona contrate a un servicio de

FRANCIA

intermediación laboral para que sea éste quien asuma las funciones de selección del trabajador, de contratación y de pago.

Cuando la prestación se utiliza para la financiación de la contratación de apoyo a domicilio (sea cual sea la modalidad adoptada) el pago de la prestación por parte de la Administración es mensual. Con todo, parte de la cuantía de la prestación podrá acumularse para ser abonada con otra periodicidad cuando se destine a financiar otros conceptos de gasto de los mencionados en el apartado referido a la utilización de la prestación.

- Cuando se concede para el ingreso o la permanencia en un servicio residencial, la cuantía de la prestación es abonada directamente por la Administración al servicio residencial del que se trate.

Tanto en unos casos como en otros, el pago directo de la Administración a la entidad prestadora del servicio requiere el consentimiento expreso de la persona beneficiaria.

- En el caso de la Prestación Compensatoria de Discapacidad, el pago de la prestación es realizado por la administración mensualmente a la persona usuaria. Cuando la prestación se destina al pago de una ayuda técnica, de una adaptación de la vivienda o del vehículo o para la adquisición o el mantenimiento de un animal de apoyo, la persona usuaria puede solicitar que el pago se fraccione hasta un máximo de 3 pagos.
- Si la entidad prestadora del servicio de ayuda a domicilio es una entidad autorizada y homologada por la Administración, el pago puede hacerse mediante un cheque-servicio.

Financiación

Financiación de la Prestación Personalizada de Autonomía:

- En la financiación de la Prestación Personalizada de Autonomía participan: por un lado, un fondo creado específicamente al efecto, denominado Fondo de Financiación de la Prestación Personalizada de Autonomía; por otro, los Departamentos.
- Los ingresos del Fondo de Financiación de la Prestación Personalizada de Autonomía proceden de dos fuentes:
 - Un 0,10 puntos de la Contribución Social Generalizada, hasta la fecha atribuidos al Fondo de Solidaridad Vejez.
 - Una contribución de los regímenes obligatorios de base del seguro de vejez.

Financiación de la Prestación Compensatoria de la Discapacidad:

- La financiación de la prestación recae.
 - En el Estado, mediante fondos procedentes de la denominada “Jornada nacional de solidaridad”, que la Caja Nacional de Solidaridad y Autonomía transfiere a los Centros Departamentales para Personas con Discapacidad (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*).
 - En el Departamento, mediante el Fondo Departamental de Compensación que gestiona cada Centro Departamental para Personas con Discapacidad, y a cuya dotación contribuyen el propio Departamento, las administraciones locales, el Estado, las mutuas de seguro de enfermedad, las cajas de prestaciones familiares, entre otros.

Control de la calidad de la atención a domicilio

Prestación Personalizada de Autonomía:

- Como se ha indicado en el apartado referido a la utilización de la prestación, la elección de la modalidad corresponde a la persona mayor beneficiaria, si bien la administración trata de dar prioridad a la segunda. De hecho en los casos de gran dependencia, si la persona opta por permanecer en su domicilio, la administración, salvo oposición expresa de la persona beneficiaria, la administración asocia el pago de la prestación económica a la remuneración de un servicio de ayuda a domicilio autorizado.
- Esta prioridad obedece a varios objetivos:
 - Por un lado, garantizar la calidad de la atención prestada, en la medida en que las personas contratadas por el servicio autorizado de ayuda a domicilio deben tener una cualificación mínima específica que acredita su formación para la prestación de apoyo a domicilio a persona mayores dependientes.
 - Por otro, evitar el desarrollo de una mano de obra paralela, poco cualificada, y dispuesta a aceptar contrataciones muy flexibles y de bajo salario.
 - Por último, evitar que las personas mayores se vean en la necesidad de ejercer ellas mismas funciones asociadas

FRANCIA

a la contratación directa.

- En acuerdo con esto, la normativa reguladora prevé, como se ha visto, un sistema por el que el importe de la Prestación personalizada de Autonomía quedaría modulado en función de la experiencia y de la cualificación de la persona contratada o del servicio de ayuda a domicilio contratado”.
- La contratación efectiva del servicio de ayuda a domicilio o del trabajador domiciliario (indicando, en su caso, si existe algún lazo de parentesco) debe ser comunicada por la persona beneficiaria a la administración que concede la prestación en el plazo de un mes a partir de la fecha de concesión de la prestación.
- La persona beneficiaria tiene la obligación de aportar los justificantes de todos los gastos que realiza y que son financiados con cargo a la prestación. La Administración puede proceder, cuando lo estime pertinente, a la revisión y verificación de la documentación justificativa y puede verificar *in situ* la existencia de los productos de apoyo o de las adaptaciones realizadas, o la existencia de los apoyos de asistencia personal declarados. Con todo, estas verificaciones no parecen producirse más que en un 30% de los casos.

Prestación Compensatoria de la Discapacidad

- En el caso de la Prestación Compensatoria de la Discapacidad, la persona beneficiaria tiene la obligación de aportar los justificantes de todos los gastos que realiza y que son financiados con cargo a la prestación. El Centro Departamental para las Personas con Discapacidad puede proceder, cuando lo estime pertinente, a la revisión y verificación de la documentación justificativa y puede verificar *in situ* la existencia de los productos de apoyo o de las adaptaciones realizadas, o la existencia de los apoyos de asistencia personal declarados.

HOLANDA

Denominación	“ <i>Persoonsgebonden Budget</i> ”–PGB – Prestación económica de cuidados de larga duración.
Contexto	<ul style="list-style-type: none">▪ La prestación económica se enmarca en la normativa reguladora de los cuidados de larga duración, ámbito de la atención en el que Holanda fue pionera mediante la aprobación de su normativa reguladora en 1968. Este sistema, más conocido por sus siglas AWBZ, tiene carácter universal, y se constituye como un sistema diferenciado del sistema de protección sanitaria (ZFW) y del sistema de servicios sociales (AWO). Los dos primeros son sistemas de protección basados en el reconocimiento de derechos, mientras que el de servicios sociales no lo es. Es un sistema de seguro obligatorio, como el sanitario, lo que significa que cada ciudadano tiene la obligación de estar asegurado y de cotizar al sistema mediante primas de seguro.▪ Inicialmente, el sistema ofrecía únicamente servicios en especie, ampliándose la gama ofertada progresivamente:<ul style="list-style-type: none">- a su entrada en vigor, cubría enfermería domiciliaria, atención residencial para personas con discapacidad intelectual, atención hospitalaria de larga estancia (superior a 1 año);- en 1980, se incluyeron algunos servicios sanitarios a domicilio, por ejemplo servicios de rehabilitación tras un alta hospitalaria y atención hospitalaria para personas mayores;- en 1982 extendió su cobertura a la atención sanitaria ambulatoria para personas con enfermedad mental;- en 1989 se extendió a la atención doméstica domiciliaria en el ámbito familiar en casos específicos (desestructuración familiar; depresión postparto, por ejemplo).- en 1997, se extendió finalmente a la atención residencial de personas mayores.▪ En términos generales, por lo tanto, es un sistema de carácter sociosanitario.▪ La introducción de la prestación económica es mucho más reciente: se introdujo por primera vez, y a título experimental, en 1991, y se afianzó en 1995, conformándose a partir de ese momento en uno de los elementos constitutivos del sistema.▪ En 2003, el Seguro de Cuidados de Larga Duración sufrió una importante reforma orientada a la contención de costes; esa reforma afectó también a la prestación económica. En 2007, el sistema sufrió otra importante reforma orientada al mismo objetivo. Los contenidos de cada una de estas reformas y su impacto en la prestación económica se describen al detallar las características de la prestación.
Distribución competencial	<ul style="list-style-type: none">▪ La normativa de cuidados de larga duración es de ámbito estatal, si bien su aplicación estructura a nivel regional, a través de las mutuas de seguros sanitarios. En la práctica, estas mutuas delegan las funciones que les corresponden en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración en la mutua que mayor cobertura tenga en la cada una de las 32 regiones en las que se divide el territorio holandés en materia sanitaria: esa entidad se denomina Oficina Regional de Atención. Sus principales funciones son: contratar a las entidades prestadoras de servicios de atención para dar respuesta a las personas que opten total o parcialmente por la atención en especie y recaudar las primas de seguro.▪ La prestación económica se encuentra en Holanda muy reglamentada; dicha reglamentación se ha ido reforzando con las sucesivas reformas, con la finalidad de garantizar que las cuantías se destinen a financiar la atención domiciliaria o la asistencia personal enmarcada siempre en una relación laboral, contractualmente formalizada, con el doble fin de evitar situaciones de empleo irregular en los domicilios y de promover el reconocimiento social de este tipo de actividad, a la vez que el esfuerzo de la red informal de atención.
Modalidades	<p>Se configuró como una alternativa a los servicios en especie: cualquier persona que, tras el proceso de valoración de sus necesidades, se ve reconocido el derecho a ser atendida en el marco del sistema, tiene asignado un fondo personal de atención. La persona usuaria puede elegir entre ser atendida con el paquete de servicios que diseña para ello el servicio social correspondiente, accediendo a la prestación mediante la red formal de servicios de responsabilidad pública (compuesta, esencialmente, por servicios privados concertados) o verse atribuida una prestación económica que le permite definir cómo desea ser atendida y recurrir a servicios formales, cuidadores profesionales o cuidadores informales a los que prefiriera acceder. También puede optar por una fórmula combinada, utilizando parte del fondo mediante el acceso a servicios en especie, y cobrar la otra parte del fondo en forma de prestación económica para acceder a otros servicios o para compensar económicamente a un miembro de la red informal.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ En sus orígenes, la prestación no se diseñó para dar cobertura o compensación económica a la atención ofrecida en el marco familiar sino para posibilitar la contratación directa por parte de la persona atendida de cuidadores profesionales o de servicios formales de ayuda a domicilio o asistencia personal; la posibilidad de utilizar la prestación para compensar económicamente al cuidador familiar se introdujo en 1997, a resultas de la presión social.
Objetivos de la introducción de la prestación	<ul style="list-style-type: none">▪ La prestación económica se introdujo con diversos objetivos explícitos que, posteriormente, han ido evolucionando en función de las circunstancias económicas y políticas:<ul style="list-style-type: none">- Empoderar a los usuarios ofreciéndoles una oportunidad real de elegir y organizar la atención requerida con la combinación de cuidados formales y/o informales que les pareciera más ajustada a sus necesidades y circunstancias.

HOLANDA

- Motivar a las entidades prestadoras de servicios para que ajustaran mejor su oferta a las necesidades y preferencias de los usuarios y, a tal efecto, establecer condiciones capaces de promover mayor competitividad entre entidades.
- Promover la creación de empleo mediante la contratación de cuidadores profesionales autónomos y de cuidadores informales.
- Promover el recurso a la atención informal, como alternativa más flexible y más barata a la atención prestada desde los servicios formales, y potenciar el reconocimiento social del esfuerzo realizado por las familiares y su compensación económica.

Población destinataria

- Como parte del Seguro de Cuidados de Larga duración, la prestación económica tiene carácter universal, quedando abierta a todas las personas que presenten necesidades de atención de larga duración asociadas a:
 - una discapacidad intelectual, física o sensorial;
 - limitaciones o trastornos mentales, psicogeríatricos o somáticos.
- Aunque el sistema está, en principio, pensado para dar cobertura a las necesidades de larga duración, no establece ningún requisito específico relacionado con el carácter permanente de la necesidad de apoyo ni establece tampoco ningún periodo mínimo. De hecho, en la práctica, se aplica a cualquier persona que tenga necesidades de ese tipo.
- El acceso al Seguro de Cuidados de Larga Duración no está sujeto a ninguna condición de edad ni de nivel de ingresos. El nivel de ingresos sólo afecta a la determinación de la cuantía de la prima de seguro y del importe del copago.

Acceso: Valoración y opción por la prestación económica

Condición de acceso.

- Para acceder a la atención cubierta por el Seguro de Cuidados de Larga Duración, es necesario pasar por un proceso de valoración que determina si la persona solicitante tiene o no derecho a acceder a dicha atención y, en caso afirmativo, qué tipos de apoyos necesita y de qué intensidad.
- Este proceso de valoración se aplica tanto cuando la persona opta por acceder a servicios en especie como cuando prefiere optar por la prestación económica.

Entidad competente para valorar.

- Si bien inicialmente existía una diversidad de entidades valoradoras –esa función recaía en las entidades prestadoras de servicios de atención, lo cual planteaba el problema de su parcialidad a la hora de valorar– muy pronto se modificó esta fórmula, asignándose esa función a partir de 1997 a entidades independientes de ámbito regional únicamente dedicadas a la valoración de necesidades.
- Desde 2005, y a efectos de garantizar una mayor homogeneidad en la aplicación de los criterios de valoración, la función de valoración se ha atribuido a una única organización de ámbito estatal, con oficinas distribuidas por todo el territorio del estado, denominada Centro de Valoración de Necesidades (CIZ).

Contenido de la valoración

- Hasta el año 2003, el resultado de la valoración era una definición del tipo de atención requerida, designándose también el tipo de entidad prestadora susceptible de ofrecer esa atención. A partir de 2003, y con el fin de promover la innovación, las alternativas de elección de la persona usuaria y la eficiencia, se optó por un modelo en el que el resultado de la valoración se expresa en siete categorías funcionales de cuidados: atención doméstica; atención personal; atención de enfermería; apoyo para la organización de las actividades de la vida diaria; intervención educativa para enseñar a la persona a desarrollar determinadas funciones o para modificar sus hábitos o conductas; tratamiento; estancia residencial temporal o permanente. La posibilidad de optar por una prestación económica queda cerrada cuando la valoración consideraba que la atención requerida era un tratamiento o un ingreso residencial.
- Desde el año 2007, con el fin de contener el gasto público, se han producido importantes recortes en las funciones de atención domiciliaria cubiertas en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración:
 - En 2007, se excluyó la atención doméstica, que pasaba a ser competencia de los municipios en el marco del sistema de servicios sociales, dejando así de constituir un derecho.
 - En 2009, se restringió el acceso a la modalidad de atención domiciliaria de apoyo para la organización del hogar y de acompañamiento a gestiones y actividades sociales, y se ha sometido a copago (con anterioridad era el único tipo de atención excluido del copago).
 - En 2010, se ha excluido la intervención familiar asociada a situaciones de desestructuración familiar o a situaciones de exclusión social.
- Hasta el año 2003, la valoración comprendía el volumen total de necesidades de atención y el importe de la prestación económica se determinaba en función de dicho volumen, sin descontar de ese cómputo la parte de la atención habitualmente prestada por la red familiar de apoyo, al considerarse que se trataba de una dedicación voluntaria que, como tal, podía cesar o disminuir en cualquier momento y que convenía tratar de favorecerla.

HOLANDA

A partir de 2003, en cambio, se empezó a cuestionar que hubiera que pagar o compensar económicamente a determinados miembros de la familia por ofrecer una atención que ofrecerían de todos modos aunque no hubiera compensación económica. Se estableció que la familia, en los casos de convivencia con la persona beneficiaria, tenía obligatoriamente que prestar determinados niveles de atención y que el Sistema sólo cubriría las necesidades que superaran esos límites. En la valoración, por lo tanto, el volumen de necesidades a computar para determinar el derecho ya no es el volumen global de necesidades sino el resultado de restar de ese volumen global la parte de la atención que recae en la responsabilidad familiar.

La determinación del volumen de atención exigible a la red informal y la determinación del grado de parentesco al que se aplica esa obligación obedece a unas directrices de aplicación complejas (*Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010, Bijlage 3, Gebruikelijke zorg*), que si bien no son normativas, sí constituyen parámetros de referencia a nivel estatal.

La prestación económica sólo puede utilizarse para compensar económicamente al otro miembro de la pareja u otro familiar que convive con la persona beneficiaria cuando la intensidad de los apoyos requeridos supera los límites.

- No obstante lo anterior, en determinados supuestos, no se aplica la obligación de atender a un familiar: así se exime de esa obligación a las personas mayores de 75 años, a las personas con limitaciones intelectuales o trastornos mentales y a las personas con limitaciones en su movilidad. La obligación tampoco afecta a las familias que no conviven.

Instrumento de valoración

- La valoración no consiste en clasificar a las personas solicitantes en grupos diferenciados atendiendo a su grado de dependencia, sino que consiste en una valoración completa, que tiene en cuenta tanto las limitaciones, trastornos o discapacidades existentes, como las circunstancias y condiciones de vida y, en su caso, el grado de utilización, en el momento de la valoración, de otros servicios de atención.
- Si se considerara necesaria la intervención desde el Seguro de Cuidados de Larga Duración, se definen las necesidades a cubrir, el periodo de validez de la valoración emitida y las condiciones de provisión de la atención, entendiéndose por tal las condiciones específicas en que debe prestarse:
 - si se trata de intervenciones puntuales y programadas en determinados momentos del día o de la semana;
 - si es posible que se den episodios ocasionales, no previsibles, en los que se requiere atención;
 - si es necesario prever la existencia de un apoyo de forma permanente en las proximidades;
 - si es necesario que haya un cuidador presente de forma permanente.
- Una vez definidas estas necesidades, el equipo valorador trata de delimitar el papel que podría jugar la atención informal más allá de la que se considera obligatoria (o exigible). Los cuidados que se presten más allá de ese nivel de atención tienen carácter voluntario (en el sentido de no obligatorio), tanto para la persona atendida como para la persona cuidadora, lo que significa que se considera incluida en el Seguro de Cuidados de Larga Duración y tiene que poder compensarse mediante la prestación económica, excepto cuando ambas partes prefieran que dicha atención siga siendo voluntaria y no retribuida, en cuyo caso se descuenta del volumen total de atención necesaria.
- Con el fin de sostener a la red informal y de mantener su contribución en los cuidados de larga duración, cuando se realiza la valoración de necesidades, el centro de valoración puede derivar a las y los cuidadores informales a centros de apoyo de ámbito regional, encargados de desarrollar programas de apoyo y respiro adaptados a las necesidades individuales. Esos programas pueden recurrir a fórmulas de atención diurna, cortas estancias residenciales, cobertura de periodos vacacionales bien mediante un servicio intensivo de atención domiciliaria, bien mediante cortas estancias residenciales, programas de información, asesoramiento y formación.
- El equipo de valoración debe determinar si el volumen de atención requerida implica la necesidad de ingresar en un servicio residencial o si es posible que la persona se mantenga en su domicilio con los apoyos pertinentes. Si la persona requiere un entorno residencial protegido o terapéutico o requiere supervisión permanente, la valoración considerará la opción residencial. En tales casos, si la persona usuaria sigue prefiriendo permanecer en su domicilio, esto le será permitido en dos supuestos:
 - cuando se encuentre en fase terminal y desee permanecer en su casa;
 - cuando consiga un paquete de cuidados a domicilio que le ofrezca el mismo nivel de atención que la opción residencial y al mismo coste para el Seguro. Esta modalidad de atención se denomina “Paquete completo a domicilio”, pero es difícil conseguirlo salvo a base de mucha intensidad de atención informal no remunerada y constituye, de hecho, una opción poco frecuente.
- Finalmente, el Centro de Valoración emite una decisión en la que se refleja el o los tipos de atención requeridos así como su intensidad. Dicha decisión puede ser recurrida.

HOLANDA

Utilización

- La prestación económica debe destinarse a financiar los tipos de cuidados cuya necesidad se haya determinado en el marco de la valoración.
- En los casos en los que la valoración considere la permanencia de la persona beneficiaria en su domicilio, la persona usuaria puede optar entre diferentes usos del fondo personal de atención que le ha sido asignado:
 - Acceder los servicios en especie, es decir acceder a la red formal de servicios con la que cuente su mutua de seguro para ofrecer la atención prevista en la valoración.
 - Cobrar el fondo en metálico, en forma de prestación económica, y decidir qué servicios formales o informales desea contratar para dar cobertura a sus necesidades:
 - puede recurrir a servicios prestados por entidades privadas con o sin ánimo de lucro,
 - puede recurrir a la contratación de cuidadores profesionales que trabajan por su cuenta;
 - puede optar por compensar económicamente a un cuidador informal, incluso a un familiar.
- En el caso de que opte por compensar económicamente a un familiar tal caso, la relación de cuidado debe formalizarse, como se ha indicado, en el marco de un contrato de trabajo:
 - Si el familiar convive con la persona beneficiaria de la prestación, la contratación genera sólo algunos de los derechos de protección social propios de la contratación laboral (protección por desempleo, y jubilación), pero genera otros derechos como las vacaciones remuneradas o las cotizaciones al seguro de enfermedad.
 - La situación es distinta cuando la atención es prestada por un familiar que no convive con la persona beneficiaria. En este caso, el contrato sí genera los derechos propios de cualquier contratación laboral (vacaciones remuneradas, cotizaciones al seguro de enfermedad, cotizaciones al seguro de jubilación, al seguro de desempleo, etc.). Con todo, sólo pueden acceder este conjunto de derechos, los cuidadores familiares que dediquen a la atención más de 3 días a la semana.
 - Hacer uso del fondo mediante una combinación de las dos alternativas anteriores: en parte en especie, en parte en metálico.
- Los datos de 2008 indican que el número de beneficiarios de la prestación económica era de 106.000 personas (en 2006, eran 88.000):
 - 43% de los titulares utilizan la prestación para contratar una combinación de servicios profesionales (prestados por entidades o cuidadores profesionales autónomos) e informales.
 - 36% de los titulares utilizan la prestación únicamente para contratar servicios profesionales.
 - 21% la utiliza para contratar únicamente atención informal.
- En 2006, 88.000 personas disfrutaban de una prestación económica del Seguro de Cuidados de Larga Duración.

Cuantía

Cuantía de la prestación

- La cuantía del fondo personal se establece atendiendo a los diferentes tipos de atención requeridos por la persona usuaria y equivale a la suma de los importes previstos para los diferentes tipos de atención, una vez restado el importe correspondiente al copago.
- La cuantía de la prestación económica equivale, aproximadamente a un 75% del coste de los servicios en especie. Esta diferencia obedece a dos razones:
 - Se considera que la posibilidad de contratar a cuidadores profesionales e informales directamente por parte de la persona usuaria abarata los costes ya que se eliminan los gastos de tramitación, gestión y estructurales propios de la prestación en especie.
 - Se considera que la persona usuaria es la más interesada en hacer un uso eficiente de la cuantía de su prestación ya que cuanto más la aproveche más atención o apoyos obtendrá.
 - Según datos de 2008, el importe medio de la prestación económica es de 17.000 € anuales (unos 1.400 € mensuales). En el caso de las personas mayores de 70 años, esa media es más baja y ronda los 12.500€ anuales.
- De media, los cuidadores familiares perciben unos ingresos de 650 € mensuales por la vía de la contratación en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración.

Estructura de la prestación

- El Fondo Personal cobrado en forma de prestación económica se estructura en tres partes:
 - La prestación económica propiamente dicha, que debe gastarse en adquirir la atención definida en el marco de la valoración de necesidades, debiendo justificarse todos los gastos realizados. En caso de que haya un excedente porque la persona ha conseguido adquirir el nivel de atención previsto en condiciones más económicas que las previstas al realizar la valoración, debe proceder al reintegro de la cuantía sobrante.
 - El importe correspondiente al copago, que la persona debe utilizar para la adquisición de cuidados, pero cuyo excedente, en caso de existir, no está sujeto a reintegro. Esto significa que la persona tiene interés en gestionar eficientemente esta cuantía, ya que el sobrante es para ella y no tendrá que justificar los gastos realizados.
 - Una cuantía de libre disposición, que la persona puede utilizar en lo que considere oportuno sin necesidad de justificar el gasto realizado; esta cuantía se concede para cubrir gastos generales de gestión, pequeños pagos en metálico, gastos imprevistos. Esta cuantía equivale al 1,5% de la cuantía total de la prestación económica, con un mínimo de 250€ anuales y un

HOLANDA

<i>Pago de la prestación</i>	máximo de 1.250 € anuales.
	<ul style="list-style-type: none">▪ La prestación económica se ingresa, por adelantado, en la cuenta corriente de la persona beneficiaria.▪ La periodicidad del pago de la prestación varía en función del importe:<ul style="list-style-type: none">- hasta 2.500 euros anuales, el pago es anual (de una sola vez);- entre 2.500 y 5.000 euros anuales, el pago es semestral;- entre 5.000 y 25.000 euros anuales, el pago es trimestral;- por encima de 25.000 euros anuales, el pago es mensual.
Gestión de la prestación	<ul style="list-style-type: none">▪ Cuando se introdujo la prestación económica en el Seguro de Cuidados de Larga Duración, pasada la fase experimental inicial, se estableció que la cuantía económica atribuida en cada caso debía ser gestionada a través del Banco de Seguro Social (SVB), con la única excepción de la denominada cuantía de libre disposición que se ingresaba directamente en la cuenta corriente de la persona usuaria para que esta le diera libremente el uso que prefiriera (ayudas técnicas, adaptaciones en la vivienda, etc.). El resto de la cuantía de la prestación se reservaba necesariamente a la contratación de cuidadores o de servicios de atención; no se le entregaba a la persona usuaria sino que quedaba depositada a su nombre en el Banco de Seguro Social quien se encargaba de abonar a cada cuidador profesional o informal o a cada servicio contratado por la persona usuaria la cuantía correspondiente, y de realizar las correspondientes retenciones (cotizaciones a la Seguridad Social, primas de contribución Seguro de Cuidados de Larga Duración, IRPF). El Banco de Seguro Social ofrecía asimismo un servicio de asesoría para ayudar a las personas a formalizar los contratos. Las personas usuarias eran las que determinaban el salario, dentro de los límites marcados por la normativa laboral, en particular por el Salario Mínimo Interprofesional.▪ Con la reforma del 2003, esta forma de funcionamiento se modificó. La intervención del Banco de Seguro Social dejó de ser obligatoria: las personas usuarias podían, si lo deseaban, recibir la totalidad de la cuantía en su cuenta, con la condición de justificar todos los gastos realizados con ese importe ante la Administración y de presentar los justificantes que acreditaran la existencia efectiva de los contratos de trabajo con sus cuidadores o los contratos de servicio con las entidades; si lo preferían, podían seguir utilizando los servicios del Banco de Seguro Social para la gestión de los contratos de trabajo que realizaban con sus cuidadores. En la actualidad también es posible contratar a otras entidades para que se encarguen de las tareas más administrativas asociadas a la gestión de la prestación: contratación, pagos mensuales a cuidadores, cotizaciones a la Seguridad Social, retención tributaria, y justificación de gastos. El 8% de las personas beneficiarias recurren al Banco de Seguro Social o a otras entidades de gestión. Para evitar fraudes, en fechas recientes, la normativa ha establecido que las entidades que se dedican a la gestión de prestaciones no pueden, a la vez, dedicarse a la prestación de servicios de ayuda a domicilio o de asistencia personal.
Financiación	<ul style="list-style-type: none">▪ Al ser parte integrante del Seguro de Cuidados de Larga Duración, la financiación de la prestación económica procede de las mismas fuentes:<ul style="list-style-type: none">- Un 68%, procede de las primas de seguro aportadas por las y los ciudadanos, como contribución específicamente destinada a la cobertura de este seguro y determinadas en función del nivel de ingresos.- Un 24 % procede de la contribución del Estado, procedente de la tributación general.- Un 9% del copago.En otros términos, la financiación procede en más de un 75% de aportaciones individuales, vía primas de seguro y tarifas de copago. Las cuantías procedentes de estas tres fuentes constituyen un Fondo General, de carácter finalista, es decir, exclusivamente destinado a la cobertura de los gastos del Seguro de Cuidados de Larga Duración.▪ Hasta el año 2001, se establecía un presupuesto máximo destinado a la cobertura de la prestación económica. Una vez alcanzado ese límite, las personas tenían que acceder necesariamente a servicios en especie o apuntarse a una lista de espera para acceder a la prestación económica. Con todo, la rápida evolución de las necesidades determinó que la disponibilidad de servicios en especie alcanzara sus límites, con lo que se tuvieron que crear listas de espera para ambas vías de acceso. Esa incapacidad del sistema para responder a las necesidades generó un gran descontento social, hasta que en 1999 una sentencia judicial confirmó que el Estado tenía la obligación de dar respuesta a las personas que cumplieran los requisitos que daban acceso al reconocimiento del derecho.▪ Esa sentencia fue el detonante que determinó que, en 2001, el gobierno optara por eliminar la limitación presupuestaria a la que hasta entonces quedaba sujeta la prestación económica, quedando así totalmente abierta para dar respuesta a todas las personas que tuvieran derecho a ser atendidas a través del Seguro de Cuidados de Larga Duración. Esta apertura determinó un radical aumento de la cuantía de las primas de seguro y, a partir de 2003, también se incrementaron los porcentajes aplicados al copago. Aunque en fechas recientes se ha vuelto a proponer esta fórmula para frenar el creciente gasto de la prestación económica, no se ha impuesto esta alternativa.

HOLANDA

Coste

- El coste de la prestación económica representa en torno al 4% del gasto total imputable al Seguro de Cuidados de Larga Duración y permite responder a las necesidades de un 15% de las personas usuarias del Seguro, lo que parece indicar que la prestación, a pesar de su rápido crecimiento, está resultando muy eficiente.
- La evolución del gasto en la prestación económica es creciente. Según datos de 2008, el gasto se ha triplicado entre 2002 y 2007, y ello a pesar de los sucesivos recortes (en particular, a pesar de haberse excluido del Seguro la atención doméstica):

Evolución de la prestación económica del Seguro de Cuidados de Larga Duración						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Evolución del gasto en la prestación económica (millones de euros)	413.000.000	653.200.000	721.700.000	921.800.000	1.136.000.000	1.309.000.000
Evolución del número de titulares de la prestación económica	42.235	61.979	64.818	76.627	87.642	76.561

- Según los datos disponibles, la población mayor de 70 años representa el 18% de las personas titulares.
- La mayor tasa de utilización de la prestación económica y su mayor crecimiento parece observarse en el ámbito de la discapacidad y de la salud mental.

Control de la calidad de la atención informal

- En principio, la filosofía del fondo personal en Holanda es precisamente que la responsabilidad en relación con la calidad de la atención es asumida por la persona usuaria; si optara por servicios en especie, en cambio, esa responsabilidad recaería en el propio servicio, primero, y en los servicios sociales públicos que han orientado hacia el acceso a ese servicio.
- Antes de conceder la prestación económica, no obstante, se verifica si la persona que asume la atención informal es capaz de asumirla en términos de capacidad mental y/o física. Una persona con discapacidad intelectual o problemas mentales o una persona con limitaciones en su movilidad no se consideraría una persona susceptible de asumir esas funciones.
- Una vez concedida la prestación económica, no existe ninguna supervisión dirigida a verificar si la atención prestada es suficiente y adecuada. Con todo, dado que la concesión suele ser temporal y que es necesario volver a valorar la situación, esa valoración suele utilizarse para verificar el grado de adecuación de esa modalidad de atención.
- En los casos en los que se observa una sobrecarga en el cuidador, por ejemplo, debido a que compatibiliza sus funciones de cuidado con una actividad profesional a tiempo completo, la entidad valoradora optaría, en la siguiente valoración, por suspender la modalidad de prestación económica total o parcialmente y suplirla con servicios en especie.
- La utilización de la prestación económica se ha sometido, desde su introducción, a importantes estudios de evaluación de carácter global. Los dos más recientes: *PGB in perspectief* (2007) y *PGB in ontwikkeling* (2008).
- En la actualidad, se está barajando la posibilidad de articular un sistema de acreditación de la calidad en el marco de la prestación económica, sistema que, en principio, debería afectar a las entidades que desarrollan funciones de asesoramiento y de gestión, así como a la propia prestación de la atención en el domicilio, no ya sólo cuando la misma es prestada por entidades, sino también cuando recae en cuidadores profesionales o familiares.

Tendencias

- Inicialmente y hasta 2003, los resultados de la aplicación de la prestación económica parecían satisfacer a todas las partes:
 - las personas usuarias tenían mayores posibilidades reales de incidir en la atención recibida, eligiendo a sus cuidadores y tomando parte directa en la organización de su atención; por esta vía, tenían posibilidades reales también de permanecer en su domicilio, en lugar de ingresar en un centro residencial;
 - los cuidadores informales obtenían una compensación económica, en forma de salario, a la que antes no accedían, y los trabajadores autónomos veían abrirse un mercado de atención que antes les quedaba vetado;
 - la administración conseguía limitar los costes, por un lado porque la atención domiciliaria prestada por estas vías resulta más económica que la atención prestada a través de las entidades de servicio contratadas en el marco del Seguro, y, por otro, porque favorecía la permanencia en el propio domicilio, evitando ingresos en centros residenciales que resultan más onerosos.
 - la única parte que se consideraba perjudicada por el nuevo modelo eran las entidades contratadas en el marco del Seguro de Cuidados de Larga Duración para la prestación de servicios domiciliarios, que veían que, por esta vía, se les escapaba un gran potencial de usuarios.
- La principal desventaja tenía que ver con la incidencia que el pago de la atención informal podía tener en el mercado de trabajo de la atención domiciliaria y la asistencia personal, y en particular en el reconocimiento social de la profesión.
- Con el tiempo, no obstante, como en la mayoría de los modelos europeos de atención a la dependencia, en Holanda se plantean dudas en relación con la sostenibilidad del Seguro de Cuidados de Larga Duración, si se mantienen sus

HOLANDA

características actuales, máxime teniendo en cuenta que su creciente número no se ve compensado por una disminución el gasto en los servicios en especie.

- De ahí que desde 2007 se estén barajando diversas propuestas: algunas muy extremas, que se inclinan por la total eliminación del Seguro de Cuidados de Larga Duración como sistema diferenciado del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios sociales; otras, dirigidas a su modificación. Son estas últimas las que han obtenido mayor respaldo.
- La reforma se prevé a partir del 2012 y afectará al conjunto del Seguro, no únicamente a la prestación económica. Las principales líneas de cambio que parecen imponerse son:
 - Mayor especificidad en la delimitación del derecho, con el fin de restringir su cobertura.
 - Mayor control sobre la valoración de necesidades.
 - Reducción de la cobertura prestacional mediante la transferencia de los servicios de rehabilitación de corta duración al sistema sanitario, así como parcialmente las funciones de enfermería especializada, y transfiriendo algunos elementos propios de servicios sociales a la competencia municipal en el marco de la Ley de Servicios Sociales.
 - En el caso de la atención residencial, exclusión de las prestaciones complementarias, en particular de los costes de alojamiento, de la cobertura del Seguro, salvo en el caso de las personas con bajo nivel de ingresos que podrían acceder a una ayuda para costear dichos gastos.
 - Desarrollo de un modelo de financiación que obligue a las entidades prestadoras de servicios a competir no sólo en términos de coste sino sobre todo en términos de calidad de la atención ofrecida en relación al coste.

REINO UNIDO

- Denominación**
- Prestación económica a la persona usuaria – *Direct payment*
 - Fondo personal/fondo individual – *Personal budget/Individual budget*
 - Prestación económica a cuidadores – *Carer's allowance*

Antecedentes y contexto

Fórmulas de asignación económica individual.

- Las fórmulas de asignación económica individual (*direct payments*) se introducen y regulan en el Reino Unido en 1996 y entran en vigor en 1997. Hasta entonces, la concesión de prestaciones de esta naturaleza estaba formalmente prohibida en el ámbito de los servicios sociales personales, quedando esta fórmula reservada a los ámbitos de la seguridad social y de la garantía de ingresos.
- Su introducción respondió a la conjunción de varios factores de evolución:
 - Por un lado, la normativa reguladora de la atención comunitaria (*NHS and Community Care Act*) de 1990 puso el énfasis en la necesidad de promover las posibilidades reales de elección para las personas atendidas, y por lo tanto defendió una mayor diversidad en la red de servicios y en las formas de atención, lo que llevó al desarrollo de lo que se dio en llamar un mercado mixto de servicios, lo que suponía una verdadera novedad y un gran giro en la política social británica hasta entonces dominada por servicios sociales de gestión pública.
 - Por otro, y apuntando en esa misma dirección, el movimiento de defensa de las personas con discapacidad, y en particular el movimiento de vida independiente, habían defendido, desde mediados de los 80, una posición más activa para las personas con discapacidad, más autónoma, sobre la base de principios de justicia social y empoderamiento. 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. Esta defensa llevó a que, incluso antes de la introducción de las prestaciones económicas sustitutivas de servicios, algunas administraciones locales optaran por experimentar esta vía de modo indirecto, con la intermediación de organizaciones sin ánimo de lucro que si bien formalmente aparecían como beneficiarias directas de una subvención para el desarrollo de programas de vida independiente, en la práctica actuaban como transmisoras de esas cuantías económicas a las personas con discapacidad, actuando además como servicio de información y asesoramiento. Inicialmente, las principales dudas u objeciones que planteaba la introducción de las prestaciones económicas sustitutivas de servicios se centraban en si eran o no eficientes en términos de coste y en las dificultades asociadas a la responsabilidad sobre el uso de fondos públicos. La evaluación de estas experiencias y del nivel de satisfacción de sus usuarios y su comparación con el nivel de satisfacción de quienes seguían accediendo al sistema por la vía tradicional, así como sobre todo la comparación de los costes asociados a una y otra fórmula que señalaba un coste entre un 30 y un 40% inferior a favor del modelo de prestaciones económicas (verificado en un estudio encargado en 1994 por el *British Council of Disabled People*) llevaron al ejecutivo británico a considerar esta vía y a regularla.
- Se dio entrada a esta fórmula en la *Community Care (Direct Payments) Act de 1996*, que entró en vigor el 1 de abril de 1997 y otorgó a las autoridades locales la posibilidad de responder a las necesidades de su población con discapacidad de entre 18 y 65 años mediante la articulación de este tipo de prestaciones. Con todo, la opción por esta vía era discrecional, es decir que cada administración local podía decidir si efectivamente recurría o no a esta fórmula.
- Estas personas no podían exigir una prestación económica de estas características, y tampoco podían verse obligadas a aceptarla cuando les fuera ofrecida en lugar de la prestación directa de servicios. Por otra parte, era posible, en caso de haber optado por la prestación económica, desistir de la misma y pasarse a la prestación de servicios en especie.
- Al enmarcarse en la normativa reguladora de la atención comunitaria, las prestaciones económicas articuladas por esta vía podían utilizarse para adquirir servicios de atención comunitaria: servicios de ayuda a domicilio y asistencia personal; ayudas técnicas; adaptaciones en el domicilio; atención diurna; servicios de respiro. Podía tratarse de servicios prestados por entidades con o sin ánimo de lucro, o, en el caso de la ayuda a domicilio y de la asistencia personal, mediante la contratación de cuidadores profesionales. No era posible utilizarlas ni para adquirir servicios residenciales que no fueran de respiro, ni para adquirir servicios comunitarios propios de la administración local, ni para contratar o compensar económicamente a familiares o allegados que convivieran con la persona beneficiaria.
- Para acceder a una prestación económica de estas características era necesario en aquel momento cumplir los siguientes requisitos:
 - Tener calificación de discapacidad en los términos previstos por la *National Assistance Act* de 1948.
 - Tener entre 18 y 64 años en el momento de la solicitud.
 - Disponer de una valoración de necesidades en la que se reconozca que la persona cumple los requisitos de acceso a los servicios de atención comunitaria.
 - Estar dispuesto y tener capacidad para gestionar la prestación económica con vistas a la adquisición de la atención necesaria.

Quedaban incluidas las personas con discapacidad física, sensorial e intelectual, las personas con enfermedad mental y las personas con VIH-SIDA.

Quedaban excluidas las personas que, aun cumpliendo esos requisitos se encontrarán en las siguientes situaciones:

- personas con problemas de salud mental sujetas a determinadas medidas de vigilancia;

REINO UNIDO

- personas sujetas a medidas penales.
- En el año 2000, la Ley de reforma de las prestaciones económicas (*Community Care (Direct Payments) Amendment Regulations*) extendió esa fórmula a las personas mayores de 65 años, también como respuesta a la presión ejercida desde el sector, en particular por el *National Centre for Independent Living* y por *Age Concern*, que consideraban injusto que las prestaciones económicas fueran una fórmula únicamente abierta a las personas con discapacidad.
- También en el año 2000, la Ley sobre Cuidadores y Niños con Discapacidad (*Carers and Disabled Children Act*) extendió el acceso a las prestaciones económicas sustitutivas de servicios a los cuidadores informales, a los padres de niños con discapacidad menores de 16 años y a los jóvenes con discapacidad de 16 y 17 años.
- A contar de 2001, la Ley de Salud y Servicios Sociales (*Health and Social Care Act*) estableció la obligatoriedad de las prestaciones económicas sustitutivas de servicios que hasta entonces habían dependido del poder discrecional de las administraciones locales. A partir de 2001 las administraciones locales tienen la obligación de ofrecer a todas las personas que tienen derecho a servicios comunitarios la posibilidad de acceder a la prestación económica.
- Tras su informe de 2005, titulado *“Improving the life chances of disabled people”*, el Gobierno puso el énfasis en la necesidad de personalizar las respuestas ofrecidas a las necesidades de las personas con discapacidad y con esa finalidad, un año más tarde, en su Libro Blanco sobre Servicios Comunitarios anunció su deseo de introducir en el sistema la modalidad de fondos personales y poco después lanzó su puesta en marcha con carácter experimental en 13 proyectos piloto desarrollados en diferentes municipios. Con todo, hasta la fecha, la introducción de estos fondos se ha realizado únicamente por vía de documentos programáticos, sin incluirse en la legislación.

Modalidades

Fórmulas de asignación económica individual:

En principio, existen tres modalidades de prestaciones económicas destinadas a la persona atendida en relación con los cuidados de larga duración:

- Prestaciones económicas. Constituyen la modalidad básica y puede integrarse en las otras dos modalidades. Consiste en la concesión a la persona beneficiaria de una prestación económica por una cuantía calculada en base al nivel de apoyo que requiere y equivalente al coste que tendría la prestación en especie de ese mismo nivel de apoyo.
- Fondos personales. Un fondo personal es 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:
 - la cuantía calculada en base al nivel de apoyos que requiere y equivalente al coste que tendría la prestación en especie de ese mismo nivel de apoyo;
 - otras cuantías derivadas de otras prestaciones o servicios propias del ámbito de los servicios sociales comunitarios (ayudas técnicas, adaptación del medio, otras prestaciones económicas).

Contrariamente a la prestación económica, para acceder a dicho fondo y para utilizarlo la persona tiene varias opciones: puede decidir cobrarlo en forma de prestación económica, puede decidir cobrarlo en servicios en especie, o puede combinar ambas opciones, lo que le permite acceder a los servicios sociales que dependen de la administración local.

- Fondos individuales. Un fondo individual es, como el fondo personal, la asignación a la persona de un importe equivalente a las cuantías que la Administración le destinaría, pero, contrariamente al fondo personal, 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. Con todo, las dificultades inherentes a la confluencia de fondos procedentes de diferentes administraciones ha determinado que esta modalidad no se aplique como tal.

En la actualidad, los términos “fondos personales” y “fondos individuales” se utilizan indistintamente, aunque para referirse a lo que hemos definido como fondos personales, es decir como fondos que reúnen las diferentes cuantías disponibles para una determinada persona dentro del ámbito de los servicios sociales, de modo que en esta descripción se aludirá sólo a 2 medidas: la prestación económica y los fondos personales.

Prestaciones económicas directas a la persona cuidadora.

- Al margen de las modalidades de asignación económica directa, que también pueden tener por beneficiario directo a la persona cuidadora con el fin de permitirle adquirir servicios de respiro o de cubrir gastos asociados a la función cuidadora, existe también en el Reino Unido una prestación económica cuyo destinatario directo es el cuidador informal, que se articula como una compensación económica por la pérdida de ingresos derivada de su dedicación a la prestación de cuidados y de su no dedicación o dedicación parcial a una actividad en el mercado de trabajo.

Competencias

- En el Reino Unido, la atención a la dependencia o los cuidados de larga duración se estructuran como un sistema en el que intervienen diferentes ámbitos de protección: los servicios sociales, los servicios de salud, los servicios de vivienda y las prestaciones de Seguridad Social. Si bien las directrices generales vienen determinadas a nivel estatal, por el Gobierno central, las competencias de desarrollo normativo y las competencias ejecutivas de organización y provisión de servicios sociales, son competencia de las cuatro regiones autónomas: Inglaterra, Gales, Escocia e

REINO UNIDO

Irlanda del Norte, lo que ha determinado que existan notables diferencias entre unos y otros territorios.

- Por otra parte, las regulaciones establecidas a nivel estatal no se definen en relación con el Sistema de Cuidados de Larga Duración sino en relación con cada ámbito de actuación.

Población destinataria

Fórmulas de asignación económica individual: prestaciones económicas y fondos personales.

- La población destinataria de estas fórmulas ha ido ampliándose con los años:
 - En los primeros años de aplicación, entre 1996 y 2000, se destinaban únicamente a las personas con discapacidad, mayores de 18 y menores de 65 años.
 - A partir de 2000, se extendieron a las personas con discapacidad o dependientes mayores de 65 años, a personas con enfermedad mental, a jóvenes con discapacidad (16 y 17 años), a padres de hijos con discapacidad menores de 16 años y a personas cuidadoras que, por la intensidad de la atención que ofrecen, requieren a su vez acceder a servicios de apoyo o de respiro.
- En términos cuantitativos, el grado de utilización de la prestación económica ha sido bastante limitado, en comparación con el número de personas que siguen optando por los servicios en especie, pero su ritmo de crecimiento es rápido. Los datos correspondientes a 2007-2008 indican una población beneficiaria de 87.000 personas: 67.000, entre personas mayores y personas adultas con discapacidad y 20.000 niños con discapacidad. Entre ese año y el año 2010, la cifra se ha duplicado.

Prestación económica directa a cuidadores

- En 2009, se computan 423.400 beneficiarios de la prestación económica para cuidadores.

Acceso: Valoración y opción por la prestación económica

Condición de acceso

Fórmulas de asignación económica individual: prestaciones económicas y fondos personales

- Para acceder a prestación económica o al fondo personal es necesario pasar por una valoración de necesidades que recae en los servicios sociales municipales y que en esa valoración se compruebe la necesidad de acceder a servicios de atención comunitaria.
- La valoración se expresa en tipos de apoyo requeridos y en horas de atención o asistencia personal para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como en cuantía económica.
- Cuando la prestación económica o el fondo personal sea solicitado por una persona cuidadora para adquirir servicios de apoyo o respiro que faciliten el ejercicio de su función cuidadora – alternativa posible desde el año 2000 como se ha indicado en el apartado descriptivo del contexto–, se procede también a una valoración de necesidades, que debe considerar el grado en el que la capacidad de una persona cuidadora para mantener su función cuidadora se ve comprometida o amenazada en el presente o en el corto o medio plazo por la ausencia de apoyo apropiado.
- Con todo son pocas las personas cuidadoras que realmente acceden a la valoración de sus necesidades.

Prestaciones económicas directas a personas cuidadoras

- Para acceder a la prestación económica destinada al cuidador es necesario cumplir los siguientes requisitos:
 - dedicar a las funciones de atención informal un mínimo de 35 horas semanales;
 - no dedicarse a actividades académicas a jornada completa;
 - tener unos ingresos derivados de la actividad laboral inferiores a 100 libras semanales (unos 118 euros semanales).

Entidad competente para valorar

- La valoración de necesidades recae en los servicios sociales municipales.
- En estos servicios se designa a una persona que actúa como responsable de caso, diseña un paquete de cuidados y coordina su implementación, salvo que la persona opte por acceder a una prestación económica en cuyo caso sería ella quien decidirá qué servicios o cuidados contrata, las contrataciones y la organización de su intervención.

Instrumento de valoración

- Tradicionalmente, cada autoridad local ha establecido los criterios de acceso a los servicios sociales de su competencia. No obstante, una creciente preocupación por las desigualdades territoriales existentes –llegó a hablarse de la “lotería del código postal”– llevó al Gobierno a publicar, en 2002, unas directrices generales para regular el procedimiento de acceso a los servicios sociales de atención personal.
- Estas directrices, conocidas con el nombre de *Fair Access to Care* (FACS), establecen, en términos

REINO UNIDO

muy generales, que el acceso a los servicios debe basarse en la valoración de las necesidades de las personas y en una estimación del riesgo que podría suponer para ellas la desatención de esas necesidades. Los servicios sociales municipales deben juzgar, en función de la situación actual de la persona y de su previsible evolución, si el riesgo para su autonomía se puede considerar crítico, sustancial, moderado, o leve.

- Las administraciones locales pueden decidir, en función de su capacidad presupuestaria, qué nivel de cobertura pueden ofrecer, es decir, a cuáles de los cuatro grupos pueden atender, dando siempre prioridad a las personas que presentan un riesgo crítico o sustancial. Los datos disponibles indican que, desde la introducción de estas directrices, aumenta anualmente el número de administraciones locales que deciden que no tienen capacidad para atender las necesidades de los dos grupos de menor riesgo (leve o moderado).
- Desde la introducción de las directrices adoptadas han recibido numerosas críticas por parte de los grupos de personas usuarias. También los principales organismos de supervisión y control (*Commission on Social Care Inspection* y *Audit Commission*) han informado de que la aplicación de los criterios marco no han resuelto la variabilidad entre municipios y muestran su preocupación por la falta de atención a las personas con necesidades moderadas y por la falta de intervenciones preventivas que, a medio y largo plazo, determinarán la necesidad de atender a esas personas con intervenciones de mayor coste. Estas críticas llevaron al gobierno en 2007, en el marco de un acuerdo interministerial titulado “*Putting people first*”, a orientar las prioridades del sistema hacia la intervención temprana y la prevención; en la actualidad, se encuentra en curso una modificación de las directrices *Fair Access to Care Services*, para adaptarlas a esta nueva orientación.

Contenido de la valoración

- Para determinar el número de horas de apoyo a las que la persona tiene derecho en el sistema, se deduce del número total de horas que requiere, la intensidad de apoyo que le presta su red informal. Esta forma de proceder crea desigualdades, lógicamente, en la medida en que las personas recibirán más o menos apoyo público en función de la red informal de la que dispongan.
- El acceso a la atención tiene en cuenta la disponibilidad de atención informal lo que determina que personas que presentan el mismo nivel de discapacidad o dependencia no acceden al mismo grado de apoyo por parte del sector público. El sistema inglés centra su atención en las personas con mayor grado de discapacidad o dependencia y dentro de este grupo en quienes viven solas y no disponen de apoyo informal. El hecho de que la disponibilidad de atención desde el sector público tenga en cuenta la existencia o no de atención informal ha sido objeto de numerosas críticas.
- Una vez que se han valorado las necesidades, se procede a la valoración económica para determinar si efectivamente accede a la financiación pública y en caso afirmativo en qué proporción podrá hacerlo.

La determinación de la participación económica en la financiación de los servicios comunitarios, en particular de la ayuda a domicilio y de la asistencia personal, recae en la administración local, si bien existen algunas directrices de ámbito nacional que definen los principios o criterios comunes a los que las administraciones municipales deben obedecer a la hora de determinarlo. El principal criterio al que deben ajustarse es que deben excluir del cómputo de recursos una suma equivalente como mínimo a un 125% del importe correspondiente a la prestación económica de garantía de ingresos de la Seguridad Social (*Social Security Income Maintenance Benefits*).

En relación con este aspecto, el caso de Escocia es particular, ya que, ajustándose a las recomendaciones de la *Royal Commission on Long-Term Care*, introdujo la gratuidad de los cuidados de atención personal y de atención de enfermería para todas las personas que tuvieran necesidades de larga duración, y ello tanto cuando fueran atendidas en el medio residencial como cuando fueran atendidas en su domicilio.

Elección de la modalidad de atención

- Si en base a la valoración de necesidades y de recursos económicos la persona tiene acceso a la financiación pública tiene dos opciones:
 - acceder a los servicios en especie;
 - acceder a una de las dos fórmulas de asignación económica individual: la prestación económica o el fondo personal.

Utilización

Prestación económica.

- Por lo general, la prestación económica se utiliza para contratar a un asistente personal cuya función es prestar atención y apoyo personal. En principio, la prestación económica puede utilizarse para cubrir prácticamente

REINO UNIDO

cualquier tipo de servicio incluido en el plan individual de atención, incluidas actividades de ocio y relacionales, pero en la práctica la mayoría de las prestaciones se utilizan para adquirir servicios de atención personal y doméstica.

La prestación económica no puede utilizarse para los siguientes fines:

- Para contratar a un familiar que viva en el mismo domicilio, salvo supuestos excepcionales.
- Para contratar servicios sociales públicos.

La Administración determina el precio aplicable a sus propios servicios y negocia con las entidades privadas concertadas, con y sin ánimo de lucro, la tarifa aplicada a los servicios concertados. Esta tarifa sólo será aplicable a las personas que accedan a dichas plazas cuando opten por la prestación del servicio en especie; si, en cambio, optan por acceder a la prestación económica deberán negociar por sí mismas, o a través de un intermediario, la tarifa aplicada. La negociación de la tarifa también recae en el usuario cuando decida acceder a un servicio privado no concertado.

Fondos personales.

- Los fondos personales son una modalidad más flexible. En su marco, la persona puede, dentro de los límites económicos definidos en dicho fondo, cobrarlo en todo o sólo en parte en forma de prestación económica; puede, si lo desea, destinar otra parte o la totalidad del fondo a acceder directamente a servicios en especie en el marco de un plan individual diseñado desde los servicios sociales municipales. Además, no es necesario limitar el uso del fondo a la contratación de servicios de apoyo personal, sino que pueden tener un uso más amplio, orientado a garantizar, en términos generales, el bienestar de la persona: ayudas técnicas, equipamientos, adaptación de la vivienda o del vehículo, actividades de participación social, etc.

Cuantía

Cuantía de la prestación

Fórmulas de asignación económica individual: prestación económica y fondo personal

- 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 (1.555 euros anuales).
- En el caso de las personas con discapacidad, de entre 16 y 65 años, si requieren un apoyo de mayor intensidad pueden recurrir al Fondo de Vida Independiente (*Independent Living Fund*), siempre que disponga de un patrimonio inferior a unos 26.000 euros (no incluyéndose en este cómputo ni el patrimonio del cónyuge o pareja de hecho ni el valor de la vivienda habitual). El Fondo de Vida Independiente puede completar la prestación económica concedida por los servicios sociales hasta alcanzar un máximo semanal entre ambas prestaciones de 927 euros semanales (3.708 euros mensuales).
- En términos de intensidad, la evaluación desarrollada por la *Personal Social Services Research Unit* de la *London School of Economics and Political Science* en 2007 (últimos datos globales disponibles) indica en relación con Inglaterra (región en la que más se ha desarrollado esta modalidad de atención):
 - Cerca de un tercio de los beneficiarios con discapacidad física percibieron una prestación económica de cuantía equivalente a una intensidad de apoyo de 31 horas semanales y tres cuartos de los beneficiarios con discapacidad física percibieron una prestación equivalente a un apoyo de alta intensidad (más de 10 horas semanales). En otros territorios del Reino Unido, la intensidad del apoyo asignado a este colectivo es todavía mayor.
 - En relación con la población mayor, la proporción de prestaciones económicas equivalentes a un apoyo de alta intensidad (más de 10 horas semanales) en Inglaterra es muy superior a la media nacional en relación con la intensidad media del apoyo a domicilio (70% versus 26%). La proporción de prestaciones de muy alta intensidad, en cambio, es muy inferior a la indicada en relación con las personas con discapacidad física.
 - La mayoría de las prestaciones económicas asignadas a personas con discapacidad intelectual equivalen a un apoyo de alta o muy alta intensidad: en Inglaterra, por ejemplo, el 68% ofrecían una intensidad superior a 10 horas semanales y el 24% una intensidad superior a 31 horas semanales.
 - La intensidad media de las prestaciones económicas a personas con enfermedad mental es notablemente inferior: menos de la mitad equivalían a un apoyo de alta intensidad.
- La cuantía de la prestación económica equivale, por lo general, al número de horas semanales atribuidas por el servicio social municipal para responder a sus necesidades multiplicado por la tarifa horaria correspondiente. Existen cuatro tarifas horarias:
 - Tarifa diurna: aplicada a las horas de atención comprendidas entre las 8:00 y las 19:00.
 - Tarifa nocturna: aplicada a las horas de atención entre las 19:00 de un día y las 8:00 del día siguiente.
 - Tarifa de fin de semana: aplicada a las horas de atención comprendidas entre las 19:00 del viernes y las 7:00 del lunes.

REINO UNIDO

- Tarifa de día festivo.
- Pueden existir otras tarifas: por ejemplo, una tarifa que cubra todas las horas nocturnas; una tarifa que cubra atención diurna y nocturna (asimilable al régimen interno en el trabajo doméstico).

Estas tarifas varían entre las cuatro regiones, y dentro de ellas, entre municipios. También varían en función del colectivo, pero cada región recurre a diferentes criterios: en Inglaterra, la tarifa más alta se reserva a las personas con discapacidad intelectual (la tarifa diurna se sitúa en 9,63 libras –11,47 €– frente a 8,70 –10,36– aplicada a personas mayores o a personas con discapacidad física); en Escocia, las tarifas más altas se aplican a la atención de personas con enfermedad mental y a niños con discapacidad (10,21 libras –12,16 €– frente a 8,96 –10,67 €– en personas mayores o 9,36 –11,15€– en personas con discapacidad física); en Gales, es al revés: las tarifas aplicadas a la discapacidad física e intelectual es inferior a la aplicada a mayores o a enfermedad mental: 5,95 libras –7,09 €– frente a 7,05 –8,40–.

- Con carácter orientativo, y tomando como referencia las intensidades de atención (nº de horas) y la tarifa diurna de Inglaterra, las cuantías de las prestaciones económicas se sitúan en torno a las siguientes cifras:
 - Una persona que requiere 31 horas semanales de atención, es decir, 124 horas mensuales, accedería, en Inglaterra, a una prestación mensual de 1.099 libras (1.276 euros). Como se ha visto al tratar la intensidad de la atención, aproximadamente un tercio de las personas beneficiarias con discapacidad física acceden a esa intensidad horaria o a una intensidad superior.
 - Una persona que requiere 10 horas semanales de atención, es decir, 40 horas mensuales, accedería, en Inglaterra, a una prestación de 354 libras (411 euros). Las personas que acceden a un servicio de alta intensidad –entre 10 y 30 horas semanales– acceden pues a una prestación económica de entre 411 euros y 1.235 euros. Es el caso de más de la mitad de los beneficiarios con discapacidad física y del 70% de las personas mayores.

Prestación económica directa al cuidador

- La cuantía de la prestación directa al cuidador es baja: 53,10 libras semanales (63,27 €).

Fórmulas de asignación económica individual: prestaciones económicas y fondos personales

- Una vez concedida, la gestión de la prestación o del fondo personal recae en la persona usuaria o en su representante legal. En fechas recientes además se ha introducido la posibilidad de que, en el caso de las personas con limitaciones intelectuales –personas con discapacidad intelectual, personas mayores con demencia y personas con trastornos mentales–, sea un grupo de personas de apoyo, allegadas y no necesariamente familiares, quienes asuman la responsabilidad de actuar en defensa de sus intereses y preferencias (*advocacy*).

Gestión de la prestación

Financiación

- La atención ofrecida por las administraciones locales en el marco de los cuidados de larga duración se financia con cargo a:
 - las tarifas de las personas usuarias;
 - los impuestos locales;
 - pero, sobre todo, con cargo a una asignación estatal, lo que significa que, en su mayor parte, la financiación procede de la tributación general.

Coste

- Sólo se dispone de datos en relación con Inglaterra que, por otra parte, es la región del Reino Unido que con mayor intensidad ha desarrollado la alternativa de las prestaciones económicas, aunque se observen importantes diferencias entre los municipios.

REINO UNIDO

- Los datos de gasto para 2008-2009 son los siguientes:

Colectivos atendidos	Gasto total en libras 2008-2009	Gasto medio semanal por usuario en libras 2008-2009
Personas mayores	182.440.000	137
Personas con discapacidad física	277.342.000	219
Personas con discapacidad intelectual	132.421.000	222
Personas con enfermedad mental	17.307.000	77
TOTAL	609.510.000	177

- El gasto medio semanal en prestaciones económicas asciende, para el conjunto de la población atendida, a 177 libras (unos 209 euros semanales), lo que equivale a un gasto medio mensual por beneficiario de 895 euros.

Calidad de la atención

- Una vez que una persona ha aceptado la prestación económica, la responsabilidad para organizar su atención y para contratar a la entidad o a la o las personas que van a desarrollar funciones de apoyo es suya y también es ella quien, al optar por la prestación, asume la responsabilidad sobre la calidad de la atención que adquiere.
- Con todo, los servicios sociales locales mantienen ciertas obligaciones:
 - Si se produce un problema y la persona deja de obtener el apoyo requerido, la administración local mantiene la misma responsabilidad que si la persona hubiera optado por acceder a la prestación directa de servicios. Esto significa que deberá ser capaz de responder en los casos de urgencia y de articular las medidas de apoyo que resulten necesarias en tales supuestos.
 - También tienen la obligación de hacer un seguimiento de la atención, de revisar el paquete de cuidados a intervalos semestrales y de reajustar el apoyo ofrecido.

Tendencias

- La financiación del Sistema de Cuidados de Larga Duración en el Reino Unido ha sido objeto de continuos debates y ha dado origen a reseñables informes elaborados por prestigiosas comisiones o entidades independientes:
 - El informe *"With Respect to Old Age"*, elaborado en 1999 por la *Royal Commission on Long Term Care*.
 - El informe *"A New Contract for Retirement"*, elaborado en 2002 por el *Institute for Public Policy Research*.
 - El informe *"Paying for Long Term Care"*, elaborado en 2006 por la *Joseph Rowntree Foundation*.
 - El informe *"Securing Good Care for Older People: Taking a Long-Term View"*, elaborado en 2006 también, por el *King's Fund*, y conocido como Informe Wanless.
 - El informe *"A National Care Fund for Long-Term Care"*, elaborado en 2008 por el *International Longevity Centre*.
- El debate se centra, básicamente, en dos cuestiones:
 - la sostenibilidad del sistema en el medio y largo plazo;
 - la legitimidad de un sistema selectivo como el actual en contraposición a un sistema universal.Se han debatido diferentes propuestas:
 - La *Royal Commission on Long Term Care* proponía un modelo mixto de financiación en el que se garantizara el acceso universal y gratuito a la atención de enfermería y de la atención personal ofrecida en un servicio residencial u ofrecida en el marco de un servicio de ayuda a domicilio, sometiéndose únicamente a condición de recursos la financiación de los costes derivados de las prestaciones complementarias. Desde 2002, Escocia se acogió a esta propuesta, mientras que los demás territorios del Reino Unido no han asumido esa nueva propuesta, salvo en lo referente a la atención de enfermería ofrecida en el ámbito residencial. La Comisión proponía además que el acceso al sistema dejara de verse condicionado por la disponibilidad o no disponibilidad de atención informal.
 - La gratuidad de la atención personal también fue defendida por el *Institute for Public Policy Research* y por la *Joseph Rowntree Foundation*, en los informes ya mencionados.
 - El informe Wanless, en cambio, propuso un modelo de financiación diferente compuesto por:
 - Un nivel mínimo de atención garantizado y financiado con fondos públicos.
 - Un nivel de atención suplementario y optativo que se financiaría entre el estado y la persona usuaria.
 - Por último, el informe publicado por el *International Longevity Centre* proponía una alternativa consistente en la creación de un Fondo para Cuidados de Larga Duración, basado en un sistema de seguro, que se financiaría mediante las cotizaciones del conjunto de la población.
- Finalmente, sobre la base de esos informes y tras un proceso de consulta y participación, el ejecutivo británico anterior optó por la creación en Inglaterra de un Servicio Nacional de Atención. Esta iniciativa, no obstante, no ha tenido continuidad con el nuevo Gobierno.

SUECIA

Denominación	<ul style="list-style-type: none">▪ Prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad - <i>Assistansersättning</i>▪ Prestación económica de apoyo en el domicilio para personas mayores - <i>Anbörighidrag</i>▪ Prestación económica a cuidadores de personas mayores - <i>Anböriganställning</i>
Contexto y regulación	<ul style="list-style-type: none">▪ En Suecia, la atención a la dependencia se da en el marco de los sistemas generales de protección, sin que se haya creado un Sistema específicamente destinado a la atención de esta contingencia.▪ En este marco, existen en la actualidad tres modalidades de prestación económica:<ul style="list-style-type: none">- La prestación de asistencia personal para personas con discapacidad.- La prestación de apoyo en el domicilio a personas mayores.- La prestación económica para cuidadores familiares. <p><i>Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ La prestación económica para personas con discapacidad fue el resultado de un debate lanzado a comienzos de los años 80 por un pequeño grupo de personas con discapacidad inspiradas por el movimiento norteamericano de vida independiente. Se oponían a la tutela de los servicios de carácter colectivo y reivindicaban el derecho a disponer de medios económicos suficientes para organizar por sí mismas servicios mejor adaptados sus necesidades y preferencias individuales y más respetuosas de su autonomía. El primer proyecto piloto, lanzado en 1987 en forma de cooperativa, chocó contra la viva oposición de los servicios municipales que consideraban que era una fórmula elitista, de la izquierda que veía en esta alternativa una forma de privatización totalmente contraria al modelo sueco de bienestar, de los sindicatos que temían la explotación del personal y de las asociaciones de usuarios de corte más tradicional que apostaban por una extensión de la cobertura y de la diversidad de la red de servicios existente. En esa época ninguna ley obligaba a las administraciones a financiar este tipo de iniciativas de modo que sólo algunos municipios se lanzaron a intentarlo.▪ Todo cambia con dos leyes aprobadas en 1993, que intentan aportar respuestas y soluciones a las desigualdades que, según un informe de gran impacto titulado “Una sociedad para todos”, persistían entre las personas con discapacidad y el resto de la sociedad. La Ley sobre Apoyo y Servicios a Personas afectadas por Incapacidades Funcionales (<i>Lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS</i>) rompe con la tradición sueca de las leyes marco aplicables al conjunto de la ciudadanía y detalla diez medidas específicas cuyo objetivo es facilitar la integración social y profesional de tres grupos de personas con graves dificultades en su vida cotidiana que requieren una ayuda y una atención constantes, a saber las personas con discapacidad intelectual, las personas autistas, las personas con lesiones cerebrales y los grandes discapacitados físicos y psíquicos. Esta ley impone a las administraciones locales la obligación de garantizarles unas condiciones de vida dignas ofreciéndoles el apoyo y la ayuda que requieran pero también ofreciéndoles la posibilidad real de participar directamente en las decisiones sobre los tipos de servicios ofrecidos.▪ La más innovadora de esas medidas era la asistencia personal, que respondía a las reivindicaciones del movimiento de defensa de los derechos de las personas con discapacidad. Se definía como un apoyo individualizado, ofrecido por un número limitado de personas de apoyo o asistentes personales a personas que requieren ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria –asearse, vestirse, alimentarse, comunicarse. Dicho apoyo debía estar disponible en todo momento para ofrecer a la persona la posibilidad real de llevar una vida autónoma. Se incidía en la importancia de que la persona pudiera tomar parte activa en la elección de sus asistentes personales, sus horarios y el tipo de apoyo ofrecido.▪ Con el objeto de no imponer una carga económica excesiva a las administraciones locales, un segundo texto (<i>LASS Lag om assistansersättning</i>) estableció una prestación económica estatal destinada a cada persona beneficiaria de los servicios de apoyo previstos en la LSS que requirieran más de 20 horas semanales de atención para cubrir sus necesidades básicas. El pago de esta subvención corresponde al Régimen Nacional de Seguridad Social y su cuantía se determina sobre la base de la valoración de necesidades, en la que tienen en cuenta la situación familiar de la persona demandante y, si vive en pareja, las obligaciones de alimentos que figuran en el Código Civil.▪ Aunque la Ley no establece ninguna distinción entre las personas beneficiarias adultas y menores de edad, inicialmente el Servicio Nacional de Seguridad Social trató de imponer una regla según la cual la asistencia personal a las personas menores de edad recaía en el ámbito de la responsabilidad parental, considerándose que sólo cuando un niño sufriera de discapacidad múltiple y requiriera más de 12 horas diarias de atención personal

SUECIA

podía acceder a la subvención estatal. Esta regla, que fue objeto de numerosas preguntas parlamentarias, tuvo que dejar de aplicarse, de modo que, en la actualidad, la subvención estatal se da en todos aquellos casos en los que se considere que la intensidad del apoyo parental prestado va más allá del que correspondería prestar a un niño no discapacitado de la misma edad.

- Inicialmente, la Seguridad Social cubría la totalidad de la prestación para las personas con necesidad de más de 20 horas semanales de apoyo. A partir de finales de 1997, en cambio, el Estado sólo asume las horas de asistencia personal que superen el límite de 20 horas semanales señalado anteriormente; la financiación de las primeras 20 horas corresponde a las administraciones municipales. En síntesis: si una persona necesita una asistencia personal inferior a 20 horas semanales, accede a servicios locales de asistencia personal o a una prestación económica concedida por el Ayuntamiento para adquirir servicios de asistencia personal; si necesita más de 20 horas, accede a una prestación de asistencia personal de ámbito estatal, concedida por la Seguridad social, aunque las primeras 20 horas sean financiadas con cargo a la administración municipal.

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- La prestación económica de apoyo en el domicilio se destina a personas mayores de 65 años que requieren de apoyo en su domicilio para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Esta prestación está mucho menos extendida que la anterior; se utiliza sobre todo en zonas rurales remotas, en las que la red formal de servicios de ayuda a domicilio está menos extendida y diversificada. Con el fin de paliar la insuficiencia de la red de servicios, la persona atendida puede utilizar la prestación económica para compensar económicamente a un familiar por la atención prestada.
- Se encuadra en el marco de los servicios sociales.
- No está regulada a nivel estatal; cada administración local decide si quiere o no ofrecer esta prestación económica a su población, lo que determina que exista una gran variabilidad intermunicipal.
- Esta prestación existe en Suecia desde mediados del siglo XX: en los años cuarenta, se concedía para dar cobertura a la atención personal; a partir de la década de los 50 se extendió su aplicación para dar cobertura a la atención doméstica.

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- Es una prestación económica a la persona cuidadora, que, en realidad, adopta la forma de un salario. En efecto, cuando los cuidados ofrecidos por la persona cuidadora son bastante intensivos, existe la posibilidad de que la administración local contrate laboralmente a la persona cuidadora para que siga desarrollando las funciones de cuidado, compensando así parcialmente las pérdidas económicas derivadas de una interrupción total o parcial de su actividad profesional anterior.
- En los años 60 y comienzos de los 70, el giro hacia la atención domiciliaria y la insuficiencia de profesionales en ese ámbito de la atención, llevó a introducir esta posibilidad y a extenderla: de hecho, los datos indican que en esas fechas, las y los cuidadores informales familiares constituían un 25% del conjunto de trabajadores domiciliarios; en la actualidad, sólo constituyen el 1%.
- La contratación de cuidadores informales se encuadra también en el marco de los servicios sociales. No está regulada a nivel estatal y cada administración local decide si opta o no por esta fórmula.
- La única regulación existente a nivel estatal es la obligación impuesta a los municipios desde 1998 de contar con fórmulas de apoyo a las personas cuidadoras, sin mayores especificidades.

Población destinataria

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

La población destinataria de estas prestaciones son:

- Personas con discapacidad intelectual, autismo u otros trastornos del desarrollo.
- Personas con discapacidad física.
- Personas con discapacidad sensorial.
- Personas con dificultades intelectuales permanente resultantes de daño cerebral adquirido.
- Personas con grandes incapacidades físicas o mentales no asociadas a la edad y que causan importantes limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria.
- A finales de 2009, los datos sobre beneficiarios indicaban un total algo superior a 19.000 usuarios:
 - 15.710 beneficiarios de la Prestación de Asistencia Personal de Seguridad Social (estatal).
 - 3.500 beneficiarios de la Prestación de Asistencia Personal municipal.

SUECIA

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- Las personas destinatarias de estas prestaciones son las personas mayores con limitaciones en su autonomía y necesidades de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria.
- En 2005, había en Suecia en torno a 5600 personas beneficiarias de esta prestación. Desde esa fecha, este dato no se sigue recogiendo en las estadísticas estatales oficiales.

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- Las personas destinatarias de estas prestaciones son las personas cuidadoras de otras con necesidades de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria.
- En 2005, había en Suecia en torno a 1.900 personas cuidadoras familiares contratadas por la Administración en el marco de este programa. Desde esa fecha, este dato no se sigue recogiendo en las estadísticas estatales oficiales.

Requisitos de acceso

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- Edad: Tener menos de 65 años. Desde 2001, la prestación puede mantenerse tras cumplir 65 años, si bien no puede accederse a ella tras esa edad.
- Necesidad de apoyo: Requerir apoyo para la realización de por lo menos una de las actividades de la vida diaria: asearse, alimentarse, vestirse o desvestirse, comunicarse, u otras actividades específicas que requieren un apoyo especializado prestado por una persona que tenga un buen conocimiento de la discapacidad de la persona atendida.
- Recursos: La atribución de la prestación no está condicionada por el nivel de recursos de la persona.

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- Edad:
 - La persona mayor tiene que tener 65 o más años.
 - No se aplica ningún requisito de edad para el cuidador informal.
- Necesidad de apoyo: El grado de necesidad exigido para acceder a la prestación varía de unos municipios a otros, pero muchos de ellos sólo la conceden a quienes requieren más de 17 horas semanales de apoyo (a partir de ese límite se considera que la persona es dependiente).
- Recursos: El acceso a la prestación no está condicionado por el nivel de ingresos ni de la persona atendida ni de la persona cuidadora.

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- Edad:
 - La persona mayor tiene que tener 65 o más años.
 - La persona cuidadora tiene que tener menos de 65 años.
 - Situación laboral:
 - Intensidad del apoyo prestado: El acceso a la fórmula de contratación se reserva a supuestos en los que la intensidad de la atención prestada es elevada y en los que la persona cuidadora es de edad inferior a 65 años, porque por esta vía la persona cuidadora, al tener un salario, sigue cotizando a la Seguridad Social y no ve perjudicado su nivel de protección social actual o futuro.
 - Recursos: El acceso a la prestación no está condicionado por el nivel de ingresos ni de la persona atendida ni de la persona cuidadora.
-

Valoración

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- Las necesidades de apoyo de la persona con discapacidad son valoradas por los servicios sociales municipales, quien, en base a dicha valoración, le atribuyen las horas de atención susceptibles de responder a sus necesidades. No existe ningún máximo legal.
- Si esa primera valoración concluye que necesita más de 20 horas semanales de asistencia personal para cubrir necesidades básicas de la vida diaria, el expediente se remite a la Oficina de Seguridad Social para que proceda a una valoración detallada. La Seguridad Social dispone de unas directrices para determinar qué se entiende por necesidades básicas, pero estas directrices se han visto constantemente moduladas por apreciaciones jurisprudenciales resultantes de recursos contencioso-administrativos presentados por los usuarios en contra de las valoraciones (el hecho de que la función de valoración de las necesidades recaiga en las administraciones competentes para conceder y financiar la prestación, en lugar de recaer en un organismo independiente, ha sido objeto de numerosas críticas).
- La valoración consiste por lo general en una entrevista con la persona beneficiaria, en la que se hace un repaso de todas las actividades de su vida cotidiana, en casa, en el trabajo y en su tiempo de ocio, y en el curso de la cual la persona con discapacidad indica sus necesidades de apoyo. Sobre esta base se hace un cómputo de horas de asistencia, aunque en su determinación también intervienen los propios criterios del profesional que valora en términos de horas necesarias para realizar determinadas tareas. En la valoración no se incluyen únicamente las horas necesarias para la realización de actividades básicas, sino el conjunto de actividades propias de la vida cotidiana de esa persona. También se incluyen en la valoración tiempos suplementarios en previsión de periodos de enfermedad, periodos vacacionales de los hijos e hijas, o de la propia persona con discapacidad. No se incluyen en cambio tiempos para el apoyo en centros de día o en servicios de vivienda asistida, ni en centros escolares, por considerar que la asistencia personal forma parte de los servicios que se ofrecen en dichas estructuras.
- No existe ningún instrumento para realizar la valoración, ni tampoco ninguna lista cerrada de las actividades objeto de valoración. Recientemente, con el fin de paliar las diferencias observadas en las valoraciones realizadas entre las diferentes oficinas de Seguridad Social y entre los Servicios Municipales, se encargó al Instituto sobre Metodología en Trabajo Social integrado en el Instituto Nacional de Salud y Bienestar Social (*Socialstyrelsen*) la elaboración de un instrumento de valoración que garantizara mayor objetividad en las valoraciones y paliara las diferencias observadas; la idea de partida era que el instrumento se centrara sobre todo en los tiempos de ayuda activa, sin considerar los tiempos pasivos, es decir los tiempos que transcurren entre las actividades. Con todo, no parece que pueda prosperar debido a la presión ejercida por el movimiento de defensa de los derechos de las personas con discapacidad y al hecho de que se considere que la aplicación de un instrumento de estas características supondría la vuelta a una situación en la que las personas con discapacidad volverían a ser el objeto de la asistencia social en contraposición a un estatus de ciudadanía. La defensa de esta posición se basa en la Convención de la ONU sobre derechos humanos de las personas con discapacidad y en su Protocolo opcional, ratificados ambos por Suecia, considerándose que supondría una vulneración directa de su artículo 19, e indirecta de sus artículos 23 y 27.
- En la valoración intervienen, además de la persona con discapacidad: un profesional que realiza la valoración; ese profesional analiza y discute su valoración con otro profesional encargado de presentar el caso; ambos pueden tener la misma opinión o tener opiniones divergentes; en este último caso, la propuesta de decisión se basará en la del oficial que presenta la propuesta, aunque deberá dejar constancia de la opinión divergente del oficial responsable de la valoración; un tercer profesional es responsable de la toma de decisión. En principio, tras la entrevista de valoración, la persona usuaria no tiene derecho a intervenir en la fase de propuesta y decisión, pero lo habitual es que le permita intervenir. En cualquier caso, existe la posibilidad de recurrir la decisión emitida.
- La valoración no tiene en cuenta la situación familiar de la persona solicitante, es decir las posibilidades reales de apoyo informal que pudieran existir salvo en dos supuestos:
 - En el caso de las parejas, se considera que el cónyuge o pareja de hecho debe prestar apoyo a la persona con discapacidad, en particular en relación con las tareas domésticas, de modo que parte de las necesidades deben quedar cubiertas por esta vía.
 - En el caso de los padres de niños de edad inferior a 12 años, los padres deben prestar la asistencia propia de las responsabilidades parentales de un niño sin discapacidad de la misma edad.

SUECIA

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- La valoración recae en la administración municipal. Habitualmente, se designa a un responsable de caso que junto con la persona dependiente y la persona que actúa como cuidador o cuidadora informal diseña un paquete de servicios y prestaciones para responder a las necesidades de atención de la persona dependiente.
- La valoración de necesidades se hace mediante una visita al domicilio de la persona que requiere ser atendida.
- El instrumento de valoración varía entre los municipios.

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- La valoración recae en la administración municipal. Habitualmente, se designa a un responsable de caso que junto con la persona dependiente y la persona que actúa como cuidador o cuidadora informal diseña un paquete de servicios y prestaciones para responder a las necesidades de atención de la persona dependiente.
- La valoración de necesidades se hace mediante una visita al domicilio de la persona que requiere ser atendida.
- El instrumento de valoración varía entre los municipios.

Compatibilidad con otras prestaciones o servicios

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- Esta subvención es compatible con la prestación de atención en el domicilio a niños enfermos o con discapacidad.

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- Cabe combinar la prestación económica con otros servicios sociales, incluso con otros servicios domiciliarios.

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- Cabe combinar la prestación económica con otros servicios sociales, incluso con otros servicios domiciliarios.

Utilización

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- La persona puede utilizar la cuantía de la prestación para la adquisición de cualquier apoyo o servicio que considere necesitar, sin ninguna restricción, con la salvedad de los gastos de carácter sanitario o de rehabilitación que quedan cubiertos por el Seguro de Enfermedad y recae en la competencia de las administraciones provinciales (contrariamente a la prestación de asistencia personal que recae, como se ha indicado, en la competencia de las administraciones municipales).
 - Si la persona accede a la Prestación de Asistencia Personal de la Seguridad Social puede elegir libremente la forma de contratación del servicio de apoyo:
 - Contratar directamente a un asistente personal, pudiendo si lo desea contratar a un familiar.
 - Contratar a una entidad prestadora de servicios, ya sea una asociación o una cooperativa de usuarios o una entidad privada mercantil. Existen dos grandes cooperativas afiliadas al movimiento de vida independiente. Estas cooperativas asumen la responsabilidad patronal y las funciones administrativas asociadas a la misma, mientras que las personas usuarias, si su discapacidad se lo permite, eligen a sus asistentes personales, los formal y los supervisan; si su discapacidad no lo permite, estas funciones son asumidas por una persona de apoyo elegida con el acuerdo de la persona con discapacidad y su tutor legal.
 - Contratar servicios de asistencia personal públicos ofrecidos por los servicios sociales municipales.
- Si la persona accede a la Prestación de Asistencia Personal concedida por la Administración municipal puede:
- Acceder a servicios de asistencia personal públicos ofrecidos por los servicios sociales municipales (es decir, no cobrar la prestación en dinero sino en especie).
 - Cobrar la prestación en dinero y utilizarla para contratar bien directamente a un asistente personal, bien a una entidad prestadora de servicios, ya sea una asociación o cooperativa de usuarios o una entidad privada mercantil.
- Si la persona que actúa como asistente personal convive con la persona atendida, no puede contratarla directamente sino que tiene que hacerlo por medio de una entidad externa, a menos que la propia persona con discapacidad se constituya en una sociedad limitada, en cuyo caso podría proceder a la contratación de su pareja directamente.
 - En los casos en los que la persona con discapacidad opte por la contratación directa de un asistente personal, el número máximo de horas semanales contratables por cada asistente personal es de 52 horas.

SUECIA

- Según datos de finales de 2004, la utilización de la prestación era la siguiente:
 - Sólo el 3% de los beneficiarios optaban por la contratación directa.
 - Un 62% solicitaba los servicios sociales públicos municipales.
 - Un 12% contrataba los servicios de una cooperativa de usuarios.
 - El 23% restante optaba por entidades privadas de prestación de servicios.
 - Un número muy limitado de usuarios combina diferentes alternativas.
- Pero la forma de utilización evoluciona muy rápidamente. De los 15.710 usuarios de la Prestación de Asistencia Personal de Seguridad Social (estatal):
 - Un 2,8% optaba por la contratación directa.
 - Un 48,6% contrataba los servicios sociales públicos municipales.
 - Un 10,8% contrataba los servicios de una cooperativa de usuarios.
 - Un 37,7% recurría a entidades privadas de prestación de servicios.
- El número medio de horas de atención en 2009 ascendía a 110,24 horas semanales por persona.

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- La prestación económica debe utilizarse para compensar económicamente al familiar cuidador.

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- Lógicamente, tratándose de una contratación, la persona contratada tiene la obligación de dedicar la jornada contratada a la atención de la persona dependiente.

Cuantía

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- En 2009, la media semanal de horas de apoyo ascendía a 110,24 horas para la prestación de asistencia personal de la Seguridad social, lo que sitúa el importe medio de la prestación en 10.935 €/mes.
- La cuantía de la prestación no sólo incluye las horas de asistencia necesarias para la realización de las necesidades básicas de la vida diaria sino también las necesarias para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (tareas domésticas) o para la realización de funciones orientadas a la inclusión social de la persona con discapacidad (apoyo en el trabajo, cuidado de los hijos, apoyo durante desplazamientos, etc.). La cuantía de la prestación también puede verse incrementada cuando se produce una situación temporal de enfermedad, un periodo vacacional, por ejemplo. La persona con discapacidad también puede solicitar un complemento económico para costear el precio del acompañamiento de su asistente personal a eventos, comidas, hoteles o transportes. Si las necesidades de este tipo se dan con mucha frecuencia, puede solicitarse una nueva valoración de necesidades.
Desde 1996, la prestación de asistencia personal no cubre este tipo de asistencia en las guardería o en la escuela, salvo en casos excepcionales.
- No existe ninguna cuantía máxima para la prestación, sino que esta se determina en función de las horas de apoyo requeridas por cada persona beneficiaria. Desde 1997, se aplica una tarifa horaria estándar que asciende en 2010 a 24,8 €, tarifa que puede incrementarse en un 12% cuando la persona requiere un asistente personal con una formación muy específica.
- La cuantía de la prestación no depende del nivel de recursos de la persona. Tampoco se le exige ninguna participación económica en función de dicho nivel de recursos.
- La cuantía de la prestación no se considera un ingreso sujeto a tributación.

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- Aunque existen considerables diferencias de cuantía entre los municipios, de media, la cuantía de la prestación se sitúa en unos 560 Euros mensuales.
- No está sujeta a tributación, ni por parte de su beneficiario directo, ni por parte de la persona cuidadora que finalmente la percibe. Tampoco genera derechos asimilables a los derivados de las cotizaciones salariales.

SUECIA

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- Al considerarse en el marco de un contrato de trabajo, su importe es equivalente al nivel salarial garantizado por el municipio a los trabajadores domiciliarios profesionales.
 - Genera derechos de protección social, en términos de Seguridad Social y de Pensiones, asimilables a los de los trabajadores domiciliarios profesionales.
-

Pago

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- El pago de la prestación se realiza mediante una transferencia bancaria a su cuenta corriente, salvo en los supuestos en los que la propia persona con discapacidad solicite expresamente que la cuantía de la prestación se transfiera directamente, en concepto de pago, a la entidad o a la persona que presta el servicio de asistencia personal.
 - El pago se hace por adelantado, para un periodo de 6 meses, debiendo la persona usuaria presentar, semestralmente, sus justificantes de gasto. La previsión de horas se hace sobre la base de una media de horas necesarias mensualmente, pero la persona es libre de distribuir las horas como desee, con tal de que haga uso de las horas atribuidas en el periodo de 6 meses. El importe correspondiente a horas no gastadas debe reintegrarse a la Seguridad Social.
-

Financiación

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- La financiación de la prestación de asistencia personal recae:
 - En la administración local para dar cobertura al coste de las 20 primeras horas semanales de atención.
 - En la administración estatal, en el marco de la Seguridad Social, para dar cobertura a los costes de la atención por encima del límite de 20 horas semanales.

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- La financiación recae en el nivel municipal y procede de los impuestos locales (conviene tener presente que en Suecia la tributación local es muy elevada; de hecho, a través de ella se da cobertura al 80% del coste de los servicios de atención a personas mayores).

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- La financiación recae en el nivel municipal y procede de los impuestos locales (conviene tener presente que en Suecia la tributación local es muy elevada; de hecho, a través de ella se da cobertura al 80% del coste de los servicios de atención a personas mayores).
-

Coste

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- El coste de la Prestación de Asistencia Personal para Personas con Discapacidad no ha dejado de aumentar desde su puesta en marcha y ello por dos razones:
 - Por un lado, el aumento progresivo del número de beneficiarios, asociado 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 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).
 - Por otro lado, la cuantía de la prestación no ha dejado de aumentar, unida también a un incremento en la tarifa horaria aplicada. El número de horas concedido varía considerablemente en función del tipo de deficiencia que origina la dependencia: la media de horas mensuales para personas con daño cerebral que causa deficiencia intelectual es de 121 horas; la media de horas en personas con discapacidad intelectual o autismo o con graves discapacidades físicas o psíquicas es de 97 horas.
- Si en 1992 las estimaciones iniciales preveían 7000 beneficiarios con una prestación media de 40 horas semanales, doce años más tarde, las cifras era de 12.300 beneficiarios con una prestación media de 106 horas semanales, lo que representaba un coste de 90.453 € por persona, es decir, un gasto total de 1.112 millones de

SUECIA

euros. Estos datos sólo se refieren a la prestación estatal, de modo que deben sumársele los costes municipales correspondientes a la financiación de las 20 primeras horas de atención que ascienden a 274 millones de euros. En 2009, como se ha indicado, la media semanal de horas ascendía a 110,24 para la Prestación de Asistencia Personal de la Seguridad Social (estatal).

- En el año 2004, el Tribunal de Cuentas presentó un informe extremadamente crítico en relación con la implementación de la prestación en el que apuntaba:
 - La falta de homogeneidad en la aplicación de los criterios de cálculo y atribución, lo que vulnera la seguridad jurídica de los ciudadanos.
 - La contradicción entre el espíritu de la norma que pretendía reforzar la autonomía de las personas con discapacidad y el hecho de que más de la mitad de las personas beneficiarias sean personas con discapacidad intelectual o personas menores de edad, lo que limita en buena medida la independencia de sus decisiones.
 - La concentración del apoyo económico estatal en la asistencia personal, en detrimento de otras modalidades de atención como la vivienda asistida que resultan menos onerosas.
 - El desarrollo de un mercado privado de servicios prácticamente no sujeto a ningún control o supervisión público.
 - La prácticamente nula supervisión de la utilización de la prestación.
- Estas consideraciones concluían en la necesidad de desarrollar la normativa para concretar y especificar su aplicación, de restringir la población beneficiaria para ajustarla al espíritu y a la naturaleza de la prestación y de revisar los modos de financiación.
- En términos generales, el gasto se distribuye del siguiente modo:
 - El 85-87% del gasto corresponde a gastos salariales directos e indirectos para la contratación de asistentes personales.
 - Entre un 5 un 8% del gasto corresponde a gastos de administración de las entidades prestadoras de servicios de asistencia personal.
 - Entre un 2 y un 3% del gasto corresponde a gastos de formación para usuarios de asistencia personal, asistentes personales y personal de oficina.
 - Entre un 1 y un 2% en medidas de seguridad en el trabajo, vestuarios y otros equipamientos básicos.
 - Entre un 1 y un 2% en gastos de acompañamiento a la persona usuaria fuera de su casa (entradas a eventos, transporte, comidas, etc.).

Control

Prestación Económica de Asistencia Personal a Personas con Discapacidad

- El único control sobre la utilización de la prestación consiste en la obligación para la persona beneficiaria de remitir a los servicios municipales o, si cobra la subvención estatal, a las oficinas locales de la seguridad social los documentos justificativos de las horas de trabajo que mensualmente contrata a los asistentes personales.
- La persona con discapacidad puede contratar a quien desee para actuar como asistente personal, sin que se aplique ningún requisito de formación o cualificación, pero se observa, como en muchos países europeos, una clara escasez de personal para este tipo de empleo.
- Las personas beneficiarias han creado una agrupación que concede un label de calidad a las entidades privadas prestadoras de servicios de asistencia personal, al objeto de orientar la elección de los usuarios.
- Las condiciones de trabajo de los asistentes personales han sido objeto de muchas controversias. Los sindicatos, en particular el sindicato de funcionarios municipales al que están afiliados unos 27.000 asistentes personales (21.500 del sector público y el resto del sector privado) considera que las buenas intenciones del legislador de garantizar derechos y libertades a las personas con discapacidad se está haciendo en detrimento de los derechos de los asistentes personales a contar con buenas condiciones de trabajo y con un salario digno. Las administraciones municipales pueden contratar asistentes personales bien mediante contratos de duración indefinida, bien mediante contratos especiales, de carácter temporal, creados en su momento, en el marco de la implementación de normativa sobre asistencia personal, para permitirles la contratación de personas que no cumplieran con los requisitos de cualificación exigidos para acceder a la función pública, en particular para permitir la contratación de familiares y allegados de las personas con discapacidad. A finales de 2002, estos contratos afectaban a más del 30% de los asistentes personales al servicio de los municipios. Por su parte, el sector privado ofrece empleos muy precarios. Por último, los asistentes personal contratados directamente por la persona usuaria ni tan siquiera quedan sujetos al régimen general laboral sino al régimen especial aplicable a empleos domésticos.

SUECIA

Prestación Económica de Apoyo en el Domicilio a Personas Mayores

- El seguimiento es el mismo que el que haría en el caso de los servicios de atención domiciliaria de carácter formal y se produce en el marco de las funciones de gestión de caso, en particular, mediante visitas domiciliarias periódicas.

Prestación Económica para Cuidadores Familiares

- El seguimiento es el mismo que el que haría en el caso de los servicios de atención domiciliaria de carácter formal y se produce en el marco de las funciones de gestión de caso, en particular, mediante visitas domiciliarias periódicas.
- Desde el ámbito teórico, se considera que la fórmula de contratación de familiares resulta muy adecuada porque, por un lado, les garantiza los derechos de protección social asociados al trabajo (cotizaciones de Seguro de Enfermedad, Seguro de Desempleo y Pensión de Jubilación), y por otro abre la puerta del domicilio a la supervisión y al seguimiento de los servicios sociales que actúan como empleadores, lo que facilita el seguimiento de la situación tanto en relación con la persona atendida como en relación con la persona cuidadora.

Tendencias

- Dada la evolución del gasto en la prestación económica de asistencia personal para personas con discapacidad, se oyen voces de reforma del sistema, que en 2009 parecían anunciar un nuevo texto legal más restrictivo que las previsiones actuales. De momento, sin embargo, probablemente porque el año 2010 fue año de elecciones en Suecia, esta propuesta no se ha materializado.

ESTADOS UNIDOS

Antecedentes

- Estados Unidos fue pionero en la introducción de programas de atención personal a domicilio basados en la filosofía de la “atención dirigida por la persona usuaria” (“*consumer-directed care*”), consistentes en atribuir a la persona usuaria un fondo individual, valorado en horas de atención -o, en algunos casos, valorado en una cuantía económica correspondiente a las horas de atención asignadas-, siendo la propia persona usuaria quien decide el o los tipos de ayuda que desea utilizar, quien contrata a la o las personas que prefiere contratar para ejercer dicha función, cómo desea organizar esa atención, etc.
- Al margen de algunas experiencias –principalmente ideadas y desarrolladas en California– orientadas a apoyar económicamente a personas mayores o con discapacidades o enfermedades crónicas para que pudieran compensar económicamente la atención informal que les ofrecían familiares, amigos o vecinos y evitar así un ingreso residencial en una época –los años 50 y 60– en la que no existían servicios formales de asistencia domiciliaria-, la primera iniciativa de gran envergadura se sitúa en la década de los setenta, en la que este tipo de programas de atención dirigida por la persona usuaria, instrumentados a través de la concesión de una prestación económica, se puso en marcha para facilitar la atención de los veteranos de guerra.
- También en esa época, surgió el movimiento de vida independiente, principalmente liderado por el colectivo de personas con discapacidad física, que empezó a presionar a las administraciones para que estas permitieran una mayor participación y autodeterminación de la persona usuaria en el diseño y en la gestión de los servicios de atención personal prestados a domicilio, como alternativa al modelo tradicional de servicios en el que las decisiones organizativas recaen en las y los profesionales de los servicios sociales públicos que diseñan el paquete de cuidados y en las entidades privadas concertadas con la administración para la prestación de los servicios de atención contenidos en dicho paquete de cuidados.
- Esta presión, unida a la preocupación originada por los crecientes costes asociados a los cuidados de larga duración a personas con necesidades de carácter crónico (personas con discapacidad, personas mayores con problemas de autonomía, personas con enfermedad mental), llevó a diversos estados a ensayar soluciones alternativas al modelo tradicional ya referido, basadas en la asunción directa por la persona usuaria de las funciones de diseño, contratación de personal, organización de la atención, asociadas a sus necesidades.
- Con posterioridad, y en la línea de las experiencias inicialmente desarrolladas por diferentes estados –California, Maine, Oklahoma, Oregon, Nueva York y Washington–, la administración estatal abrió la puerta a estas fórmulas, a través de *Medicaid*, el Programa Federal de Seguro Público de Salud, cofinanciado entre los estados y la administración federal para dar cobertura a las personas con bajo nivel de ingresos. *Medicaid* era y es la vía de acceso para estos colectivos a los cuidados de larga duración. En su marco, siempre se habían ofrecido servicios de atención comunitaria tanto sanitarios como sociales, en particular un servicio de ayuda a domicilio que cubría tanto la atención de enfermería como la atención personal para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; y a partir de 2003, con la Ley de Apoyos y Servicios Comunitarios de Asistencia Personal (*Medicaid Community-based Attendant Services and Supports Act*) fue posible enmarcar en Medicaid programas de atención personal a domicilio en forma de fondos individuales.
- En la actualidad, la mayoría de estados ofrecen a sus usuarios la posibilidad de cubrir sus necesidades de atención o asistencia personal mediante la atribución de un fondo individual, coexistiendo siempre con la fórmula tradicional de prestación que todavía es la más extendida.
- En Estados Unidos, la atención personal financiada a través de *Medicaid* ofrece apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diarias (como levantarse, asearse, vestirse y alimentarse) y para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (limpieza doméstica, preparación de comidas, hacer compras).

Contexto normativo

Marco normativo

- Como se ha indicado, los fondos individuales de asistencia personal suelen enmarcarse en el Seguro Público de Salud *Medicaid*, destinado a personas con bajo nivel de ingresos. Con todo, *Medicaid* abre diferentes fórmulas de colaboración con los estados y la articulación de los programas de fondos individuales de asistencia personal puede acogerse a varias de ellas:
 - La más común es integrar el programa de fondos individuales de asistencia personal en el marco del plan que debe elaborar cada Estado para acceder a la financiación federal; en este caso, los fondos individuales no pueden adoptar la forma de una prestación económica.
 - Pero también cabe la posibilidad de integrarlo por otras vías más flexibles, que permiten, por

ESTADOS UNIDOS

<p><i>Ámbito competencial</i></p>	<p>ejemplo, asignar el fondo individual en forma de prestación económica o contratar a familiares para ejercer las funciones de asistencia personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La normativa marco aplicable a <i>Medicaid</i> y a la que tienen que ajustarse los estados cuando articulan programas en su marco es de ámbito federal, pero deja un amplio margen de discrecionalidad a los estados para definir y organizar los programas, lo que determina una gran variabilidad interestatal. ▪ Los diferentes programas deben ajustarse, en consecuencia, a la normativa federal y a la normativa estatal que corresponda.
<p>Objetivos de la introducción de la prestación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La introducción de este tipo de fórmulas perseguía diversos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer mayores posibilidades de elección y de autodeterminación a las personas para que organicen los servicios de apoyo personal como mejor se ajusten a sus necesidades tanto en relación con el tipo de apoyo, como en relación con el o los momentos del día en que mejor les viene contar con ese apoyo y con la o las personas que consideran más adecuadas para prestarlo. - Ensayar fórmulas alternativas de prestación de los apoyos de atención personal con el fin de encontrar vías que generen menores costes para el sector público que la fórmula tradicional de prestación de servicios. - Ensayar fórmulas de atención domiciliaria más flexibles para determinar en qué medida esas alternativas de organización pueden tener un mayor potencial de prevención y, en consecuencia, pueden contribuir a retrasar la articulación de medidas más pesadas y de mayor coste.
<p>Población destinataria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los programas estatales de asistencia personal domiciliaria no son universales, es decir no son accesibles a todas las personas que presentan necesidades de asistencia personal, sino únicamente a quienes, presentando dichas necesidades, tienen además bajos niveles de ingresos que les impiden cotizar a seguros privados. ▪ Se considera que requieren asistencia personal las personas con dificultades para desarrollar las actividades básicas (y algunas actividades instrumentales) de la vida diaria, que hayan sido valoradas como tales por los servicios sociales públicos. ▪ En algunos estados, la participación de las personas con discapacidad mental o de las personas con demencia queda condicionada a la existencia de una persona que actúe en su nombre.
<p>Acceso: Valoración y opción por la prestación económica</p>	<p><i>Entidad competente para valorar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración de necesidades y del nivel de apoyo requerido recae en los servicios sociales públicos locales (counties). <p><i>Contenido de la valoración</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración determina: <ul style="list-style-type: none"> - las limitaciones en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; - la intensidad del apoyo requerido, por lo general expresado en número de horas semanales; - algunos estados, no todos, incluyen también la valoración de la capacidad de la persona usuaria para asumir las funciones asociadas a la organización y gestión de los cuidados, por lo menos en el caso de las personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o demencia. <p><i>Elección de la modalidad de atención</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La elección de la modalidad de atención –atención dirigida por la persona usuaria o prestación de servicios en especie– recae en la persona usuaria, con la excepción de algún estado –California es el ejemplo más paradigmático– en donde es la única vía de acceso, es decir que las personas no pueden optar por la prestación de servicios en especie.

ESTADOS UNIDOS

Requisitos de acceso

- Varían según los Estados, pero algunos ejemplos pueden resultar orientativos:

Estado	Programa	Requisitos de acceso
California	<i>In-home supportive services</i>	- Preverse una necesidad de apoyo de larga duración: previsión mínima de 1 año.
Colorado	<i>Home care allowance</i>	- Tener reconocido un determinado nivel de dependencia en la escala estatal de valoración (es necesario alcanzar un nivel de 21 puntos).
Kansas	<i>Income-eligible program and home and community-based services for the frail elderly.</i>	- Necesitar apoyo para la realización de por los menos 2 ABVD y 3 AIVD y tener reconocido un determinado grado de discapacidad.
Maine	<i>Four programs with consumer-direction opportunities</i>	- Tener reconocido un determinado grado de discapacidad: moderada o severa.
Michigan	<i>Home help services</i>	- Tener necesidad de apoyo para la realización de 1 ABVD o de 1 AIVD.
Oregon	<i>Client employed provider program</i>	- Tener necesidad de apoyo para la realización de al menos 2 ABVD (cumplir los requisitos de acceso para ingreso residencial)
	<i>Oregon project independence</i>	- Tener necesidad de apoyo para la realización de al menos 1 ABVD
Washington	<i>Medicaid personal care program</i>	- Presentar riesgo de ingreso residencial - Necesitar cuidados personales.
	<i>Community options entry system</i>	- Necesitar apoyo para la realización de al menos 2 ABVD - En el caso de las personas con deterioro cognitivo, necesitar apoyo para la realización de al menos 1 ABVD
Wisconsin	<i>Community options program & Community integration program</i>	- Presentar graves problemas de salud - Presentar importantes problemas de salud que dificultan la realización de las AVD y no disponer de atención informal - Tener enfermedad mental crónica que dificulta la realización de las ABVD - Requerir apoyo para las ABVD tras un alta hospitalaria

Cuantía

Cuantía de la prestación

- La cuantía de la asignación individual varía muy considerablemente entre estados y es difícil disponer de datos comparativos. Algunos ejemplos, pueden orientar sobre el importe y las diferencias existentes:

Estado	Programa	Límites máximos
California	<i>In-home supportive services</i>	Apoyo máximo para personas con discapacidad severa: 283 horas mensuales. Apoyo máximo para personas con discapacidad moderada: 195 horas mensuales
Colorado	<i>Home care allowance</i>	Cuantía máxima: 1.396 \$ mensuales (1.017 € mensuales)
Kansas	<i>Income-eligible program</i>	Cuantía máxima: 1.445 \$ mensuales (1.052 € mensuales)
	<i>Home and community-based services for the frail elderly.</i>	Cuantía máxima: 1.965 \$ mensuales (1.431 € mensuales), que en casos excepcionales puede extenderse hasta un máximo de 2.760 \$ mensuales (2.010 € mensuales)
Maine	<i>Four programs with consumer-direction opportunities</i>	Cuantía máxima: el precio de una plaza residencial con un apoyo equivalente.
Michigan	<i>Home help services</i>	El único límite máximo aplicado es la exclusión de una atención de 24 horas.
Oregon	<i>Client employed provider program</i>	No se aplica ningún límite máximo.
	<i>Oregon project independence</i>	No se aplica ningún límite máximo.
Washington	<i>Medicaid personal care program</i>	Apoyo máximo: 184 horas mensuales.
	<i>Community options entry system</i>	Apoyo máximo: 184 horas mensuales.
Wisconsin	<i>Community options program & Community integration program</i>	No se aplica ningún límite máximo.

ESTADOS UNIDOS

Modalidad y gestión de la prestación

- Existe una variada gama de fórmulas y modelos, pero todos ellos pueden agruparse en tres grandes categorías que se diferencian por el mayor o menor grado de autonomía que se atribuye a la persona usuaria:
 - La primera modalidad incluye un considerable grado de supervisión profesional en la organización y gestión del fondo individual, por lo general enmarcada en el modelo de gestión o coordinación de caso. Este por ejemplo, es el modelo adoptado en Oregón, en el que el o la profesional responsable de la gestión de caso, además de realizar la valoración de necesidades y de determinar el número de horas de apoyo a las que puede acceder para cubrir dichas necesidades, apoya a la persona usuaria en la contratación de su asistente personal, en la definición de las tareas o servicios que desea contratar y en la supervisión o seguimiento de la prestación de forma periódica. En esta modalidad, la persona usuaria es la que contrata el o los servicios y la que finalmente decide su contenido, pero lo hace con un considerable nivel de apoyo y asesoramiento por parte del gestor de caso.
 - Una segunda modalidad, intermedia, agruparía los modelos en los que la función del gestor de caso se centra únicamente en la valoración de necesidades de la persona atendida y en la determinación del número de horas de apoyo a las que puede acceder, dejando en manos de la persona usuaria el conjunto de las decisiones y de las gestiones que afectan a la contratación y organización del servicio. En algunos programas, el gestor de caso puede derivar a la persona a un servicio de apoyo, por ejemplo a un centro de apoyo para vida independiente, gestionado por asociaciones de personas con discapacidad, en donde determinarán su capacidad y su deseo de asumir la dirección del servicio de atención personal y, en su caso, le ofrecerán formación para la contratación de un asistente personal y le ofrecerán una lista de trabajadores a los que puede contactar; si consideraran que no tiene posibilidades o deseos de asumir las funciones de gestión asociadas a la contratación y organización de su servicio de asistencia personal, le derivarán a un servicio de ayuda a domicilio, quien organizará la atención. En algunos estados –un buen ejemplo es Utah– han desarrollado soluciones innovadoras para personas con trastornos del desarrollo, en cuyo marco se pone el énfasis en la autodeterminación ofreciendo a la persona usuaria el apoyo de un equipo asesor que le ayudará en la toma de decisiones y en la organización y gestión de su servicio de asistencia personal.
 - Una tercera modalidad es la concesión del fondo individual en forma de prestación económica. Este tercer modelo se ha ensayado en diferentes estados. A finales de los noventa, se abrió esta posibilidad a título experimental en algunos estados –Arkansas, New Jersey y Florida–. Con los años se ha ido extendiendo a otros estados, y todos ellos siguen sosteniendo programas de este tipo: Alabama, Illinois, Iowa, Kentucky, Michigan, Minnesota, New Mexico, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Washington, y West Virginia. En su marco, la persona percibe mensualmente una prestación económica que puede utilizar para adquirir los servicios que considere necesarios para cubrir sus necesidades de apoyo pero también para adquirir bienes que considere esenciales para facilitar su autonomía (productos de apoyo o adaptaciones en la vivienda o en su vehículo), lo cual es una diferencia esencial ya que este tipo de adquisiciones sólo pueden quedar cubiertas por Medicaid por esta vía. Las personas beneficiarias tienen dos opciones de gestión: pueden encargarse directamente de la gestión de la prestación económica, o pueden contar con la ayuda de un asesor fiscal acreditado por Medicaid para gestionar la prestación; es muy habitual, que elijan esta segunda vía.

Financiación

- Cuando los programas se incluyen en los planes de atención integrados en los acuerdos bilaterales entre el estado y el gobierno federal, cuentan con la financiación de Medicaid.
- También cabe la posibilidad de que algunos estados opten por integrar otras fórmulas o programas en sus acuerdos con Medicaid, y que, en consecuencia, sus programas de atención dirigida por la persona usuaria (es decir, sus programas de financiación individual mediante la atribución de fondos personales o de prestaciones económicas) no cuenten con la financiación federal. También las administraciones locales (*counties*) participan en la financiación de algunos programas.
- En la siguiente tabla se ofrecen algunos ejemplos:

ESTADOS UNIDOS

Estado	Programa	Entidades financiadoras		
		Adm. Federal Medicaid	Administración estatal	Administración local
California	<i>In-home supportive services</i>	✓	✓	✓
Colorado	<i>Home care allowance</i>		✓	✓
Kansas	<i>Income-eligible program</i>	✓	✓	
	<i>Home and community-based services for the frail elderly.</i>	✓	✓	
Maine	<i>Four programs with consumer-direction opportunities</i>	✓	✓	
Michigan	<i>Home help services</i>	✓		
Oregon	<i>Client employed provider program</i>	✓	✓	
	<i>Oregon project independence</i>	✓	✓	
Washington	<i>Medicaid personal care program</i>	✓	✓	
	<i>Community options entry system</i>	✓	✓	
Wisconsin	<i>Community options program & Community integration program</i>	✓	✓	

Coste

- En términos de coste, los datos también son parciales, de modo que se ofrecen los correspondientes a los estados que se han tomado como referencia en apartados anteriores:

Estado	Programa	Nº de personas beneficiarias	Gasto	Gasto medio/usuario	% beneficiarios en opción de financiación individual
California	<i>In-home supportive services</i>	218.000	1.200.000.000	5.504	96%
Colorado	<i>Home care allowance</i>	5.786	16.000.000	2.765	100%
Kansas	<i>Income-eligible program</i>	12.132	38.900.000	3.206	37%
	<i>Home and community-based services for the frail elderly.</i>				
Maine	<i>Four programs with consumer-direction opportunities</i>	2.371	18.000.000	7.591	100%
Michigan	<i>Home help services</i>	37.000	160.000.000	4.324	100%
Oregon	<i>Client employed provider program</i>	13.440	85.000.000	6.324	100%
	<i>Oregon project independence</i>				Sin información
Washington	<i>Medicaid personal care program</i>	21.721	155.000.000	7.135	50%
	<i>Community options entry system</i>				
Wisconsin	<i>Community options program & Community integration program</i>	24.000	163.000.000	6.791	Sin información

ESTADOS UNIDOS

Control de la calidad de la atención

- En el caso del fondo individual asignado en forma de prestación económica, las evaluaciones del programa *Cash and Counseling Demonstration* -principal programa de este tipo aplicado en Estados Unidos-, señalan que se aplicaban los siguientes mecanismos de control y de garantía de calidad:
 - Por un lado, las personas beneficiarias debían justificar, mediante la presentación de facturas y recibos la totalidad de los gastos realizados para la adquisición de servicios y productos de apoyo, salvo un 10% de la cuantía que podían utilizar para gastos diversos sin necesidad de justificar su destino.
 - Por otro lado, la administración gestora del programa también estableció mecanismos para evaluar el nivel de satisfacción, el grado de seguridad y el nivel de calidad: visitas domiciliarias durante el primer mes de aplicación, llamadas telefónicas mensuales, revaloración semestral de necesidades y de adecuación de las soluciones de atención y apoyo articuladas gracias a la prestación económica, revisión de los planes de atención y de los calendarios de trabajo de los asistentes personales.
- En el programa “*Home Care Allowance*” aplicado en Colorado, el gestor de caso realiza cuatro contactos anuales con la persona usuaria, debiendo por lo menos dos de ellos consistir en una visita domiciliaria.
- En California, en el marco del programa “*In-home supportive services*”, se programa una visita domiciliaria anual que debe realizar el profesional responsable del caso de los servicios sociales del condado. Los condados tienen además la obligación de contar con líneas telefónicas de contacto permanente para que las personas usuarias puedan presentar quejas en cualquier momento del día; estas quejas deben responderse dentro de las 24 horas siguientes a su presentación. En algunos condados también se elaboran registros de trabajadores domiciliarios que las personas usuarias pueden contactar, se ofrece formación a las personas usuarias para que adquieran las habilidades necesarias para la contratación de profesionales, y se estructuran mecanismos de urgencia para dar respuesta a situaciones en las que, de forma imprevista, la persona usuaria se encuentra sin apoyo.
- En Wisconsin, los gestores de caso deben contactar a la persona beneficiaria todos los meses. Complementariamente, los servicios sociales públicos contratan con una entidad privada, por lo general un centro de recursos para la vida independiente que visita a domicilio a una muestra representativa de personas beneficiarias de la prestación.
- Otro elemento que empieza a introducirse en los programas de cuidados de larga duración, tanto en el ámbito sanitario (atención a enfermos crónicos) como en el ámbito de los servicios sociales es la valoración de la persona cuidadora, tanto para determinar su capacidad real para asumir la atención como para determinar sus necesidades y diseñar los apoyos más idóneos.

ANEXO II.

CORRESPONDENCIAS NORMATIVAS

**DE LAS MEDIDAS DE CONTROL, SUPERVISIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD PREVISTAS EN GIPUZKOA
EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO
Y CON LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL.**

**DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO**

Temporalidad	Medidas	Descripción	Referencias normativas
Medidas <i>ex ante</i>	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establece un requisito en términos de dedicación en horas, pero, al exigirse la convivencia, se estima que la dedicación va implícita. ▪ Se exige, para garantizar la continuidad de la atención, la disponibilidad de la persona cuidadora para asumir la función como mínimo durante un año seguido. ▪ En los casos de rotación familiar, el periodo mínimo de asunción de la función será de 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de 4 de febrero de 2010 por el que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD. Apartado 3.2 y 3.3.
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	
	3. Límites al número de personas atendidas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona cuidadora no podrá prestar sus servicios en el mismo domicilio o en otro como asistente personal a más de dos personas en situación de dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 14 e).
	4. Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El acceso a la prestación estará condicionado a la concurrencia de condiciones adecuadas de convivencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Artículo 14.4.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La convivencia en el mismo domicilio constituye un elemento referencial de condición adecuada. ▪ También lo será la proximidad física de los respectivos domicilios en la medida en que permita dispensar una atención pronta y adecuada a la persona en situación de dependencia. ▪ En el informe que se elabore por los servicios sociales correspondientes en el marco del PIA, debe quedar constancia de que se dan las adecuadas condiciones de convivencia y relación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de 4 de febrero de 2010 por el que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD. Apartado 5.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Acuerdo establece que la persona cuidadora conviva con la persona en situación de dependencia en el mismo domicilio. ▪ La convivencia no se exige cuando la persona sea atendida por cuidadores no profesionales que tampoco son sus familiares –supuesto excepcional que se daría cuando tenga su domicilio en un entorno rural caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención-. En esos casos, la persona cuidadora deberá residir en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y haberlo hecho durante el periodo previo de un año. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de 4 de noviembre de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I. Apartado quinto 2.2. y 2.4.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona cuidadora deberá convivir y estar empadronada con la persona dependiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 14 d).

**DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO**

Temporalidad	Medidas	Descripción	Referencias normativas
5.	Formalización de la relación de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de cuidado se da en el marco de la relación familiar y no se puede formalizar en un contrato. ▪ Con todo, es necesario que la persona cuidadora suscriba un convenio especial por el que queda en situación asimilada al alta en la Seguridad Social a efectos de las prestaciones de jubilación y de incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivadas de accidente o de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artículo 18.3 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. ▪ Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. ▪ Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. ▪ Resolución de 4 de febrero de 2010 por el que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD. Apartado segundo, 2 a).
6.	Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona cuidadora debe ser mayor de 18 años. ▪ Quedan excluidas de la función cuidadora las personas muy mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 14 d). ▪ Resolución de 4 de febrero de 2010 por el que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD. Apartado segundo, 2 b).
7.	Autonomía funcional de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona cuidadora debe contar con la capacidad física y psíquica suficiente para desarrollar por sí misma las funciones de cuidado y apoyo. En consecuencia, y como criterio general, quedan excluidas las personas en situación de dependencia y las personas muy mayores. ▪ La persona cuidadora no debe tener reconocida la situación de dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de 4 de febrero de 2010 por el que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD. Apartado segundo, 2 b). ▪ Resolución de 4 de noviembre de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I. Apartado quinto, 2.3.
8.	Valoración formal de la capacidad y de las necesidades de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. Aunque se exige el requisito de contar con capacidad física y psíquica, esa condición no se verifica con una valoración formal y específica de la situación y de las necesidades de la persona cuidadora, más bien se traduce en una exclusión, más o menos sistemática, de las personas muy mayores y de las personas con dependencia. 	

**DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO**

Temporalidad	Medidas	Descripción	Referencias normativas
	9. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El BVD valora la capacidad para tomar decisiones, aunque fundamentalmente en relación con las tareas y gestiones propias de la vida cotidiana y del presupuesto cotidiano. También incluye la toma de decisiones sobre sus relaciones interpersonales, tanto con personas conocidas como desconocidas. ▪ En la normativa reguladora de la prestación de cuidados en el entorno, en cambio, no se incluye, para acceder a la prestación, ningún requisito de capacidad para la gestión de una prestación económica y para la toma de decisiones asociadas a la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
	10. Valoración del riesgo de abuso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	
	11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	
	12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La adecuación de la prestación de cuidados en el entorno debe establecerse en el Plan Individual de Atención que hace el servicio social de base. ▪ Con todo, si se opta por esa prestación, no se define en el plan el conjunto de apoyos que deberá ofrecer el cuidador informal, aunque sí los demás servicios a los que, en su caso, podrá acceder la persona. 	Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Artículo 14.4.
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. 	
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se establece ninguna previsión para una revisión formal y periódica con carácter sistemático. 	
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consistirá en realizar las actividades de control de calidad de las prestaciones reconocidas así como verificar el cumplimiento de lo establecido en el PIA. ▪ El seguimiento es una actividad de carácter técnico que tiene por objeto comprobar que persisten las condiciones adecuadas de atención, de convivencia, de habitabilidad de la vivienda y las demás de acceso a la prestación, garantizar la calidad de los cuidados, así como prevenir posibles situaciones futuras de desatención. ▪ Para garantizar la calidad de los cuidados se tendrán en cuenta, entre otros criterios, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de la capacidad física y psíquica para desarrollar adecuadamente el cuidado y apoyo a la persona en situación de dependencia. - Tiempo dedicado a los cuidados de la persona en situación de dependencia. - Variaciones en los apoyos al cuidado que se vinieran recibiendo. - Modificación de la situación de convivencia respecto a la persona en situación de dependencia. - Acciones formativas de la persona cuidadora. - Periodos de descanso de la persona cuidadora. <p>En el seguimiento se proporcionará información, orientación y asesoramiento a la persona en situación de dependencia y a la persona</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de 4 de febrero de 2010 por el que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD. Apartado cuarto.

**DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO**

Temporalidad	Medidas	Descripción	Referencias normativas
		<p>cuidadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con carácter general, se realizará un seguimiento anual. No obstante, podrán establecerse criterios generales para la realización de seguimientos con una periodicidad inferior cuando concurren circunstancias específicas en las personas en situación de dependencia o en las personas cuidadoras. ▪ En cualquier caso, si antes de la fecha prevista para el seguimiento, el profesional responsable del mismo tuviese información acerca de la existencia de cambios sustanciales que pudieran afectar a la adecuación de esta prestación, podrá iniciar actuaciones de control sin tener que esperar al momento previsto para realizar el mismo. 	
16.	Visitas domiciliarias sin previo aviso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	
17.	Control económico del uso de la prestación económica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión de la utilización de la prestación, con la salvedad de la acreditación de que se ajusta a la normativa vigente sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 14 d).
18.	Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplicable. 	
19.	Formación personalizada domiciliaria para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión específica sobre formación personalizada a domicilio. ▪ Existen previsiones generales sobre formación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Artículo 18.4. ▪ Resolución de 4 de noviembre de 2009, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.
20.	Respiro domiciliario para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión específica sobre respiro domiciliario. ▪ Existe una previsión general sobre medidas de para atender los periodos de descanso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Artículo 18.4.
21.	Evaluación global de la calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna previsión. 	

**DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL**

Temporalidad	Medidas	Descripción	Referencias normativas	
Medidas <i>ex ante</i>	1. Dedicación de un número mínimo de horas de atención	<ul style="list-style-type: none"> No aplicable. Al tratarse de una contratación laboral, la persona que actúe como asistente personal dedicará las horas previstas en su contratación. 		
	2. Límites a la dedicación laboral, formativa o educativa	<ul style="list-style-type: none"> No aplicable. Al tratarse de una contratación laboral, la persona que actúe como asistente personal dedicará las horas previstas en su contrato, independientemente de que lo compatibilice con otra actividad fuera de las horas contratadas. 		
	3. Límites al número de personas atendidas	<ul style="list-style-type: none"> No aplicable. Al tratarse de una contratación laboral, la persona que actúe como asistente personal dedicará las horas previstas en su contratación. 		
	4. Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> No aplicable. 		
	5. Formalización de la relación de cuidado		<ul style="list-style-type: none"> Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Artículo 19.
			<ul style="list-style-type: none"> La prestación económica de asistencia personal está destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de asistentes personales que faciliten la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es facilitar el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 15.
			<ul style="list-style-type: none"> La persona que actúa como asistente personal deberá acreditar la existencia de un contrato para la prestación de los servicios, bien a través de una empresa, bien directamente entre la persona beneficiaria y la persona que actúa como asistente personal. 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 16 c).
	6. Edad mínima y/o máxima de la persona cuidadora		<ul style="list-style-type: none"> La persona asistente personal debe acreditar que se ajusta a la normativa vigente sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 16 c).
			<ul style="list-style-type: none"> Tener más de 18 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 15.
7. Autonomía funcional de la persona cuidadora		<ul style="list-style-type: none"> Ninguna previsión. 		
8. Valoración de la capacidad de gestión y toma de decisiones de la persona atendida		<ul style="list-style-type: none"> El programa guipuzcoano de vida independiente fija entre los requisitos de acceso que la persona debe ser capaz de controlar el programa y de gestionar su propia vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Vida Independiente de la Diputación Foral de Gipuzkoa. 	
9. Valoración formal de la capacidad de prestar cuidados (incluido el estrés) y de las necesidades del cuidador		<ul style="list-style-type: none"> Ninguna previsión. 		

**DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL**

Temporalidad	Medidas	Descripción	Referencias normativas
	10. Valoración del riesgo de abuso	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna previsión. 	
	11. Previsión de mecanismos de sustitución del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> El programa guipuzcoano de vida independiente exige para acceder al programa que la persona con discapacidad disponga de una red de apoyo suficiente para hacer frente a los imprevistos. 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Vida Independiente de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
	12. Intervención de los servicios sociales en el diseño del paquete de apoyos	<ul style="list-style-type: none"> La idoneidad de la prestación de asistencia personal debe hacerse en el Plan Individual de Atención que hace el servicio social de base. En el programa guipuzcoano de vida independiente, son las personas con discapacidad quienes presentan ante la Diputación Foral su proyecto de vida independiente en el que detalla sus necesidades de atención, los recursos de los que dispone y la solución que propone 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 16.a). Programa de Vida Independiente de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
	13. Acreditación y registro de trabajadores domiciliarios o asistentes personales	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna previsión. 	
Medidas ex post	14. Valoración periódica de la situación de la persona dependiente	<ul style="list-style-type: none"> No se establece ninguna previsión para una revisión formal y periódica con carácter sistemático. En principio, el mantenimiento de las condiciones que causaron la prestación se establece mediante una declaración anual de la persona beneficiaria. 	
	15. Visitas y entrevistas de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> No se establece ninguna previsión para una pauta formal y periódica de visitas a domicilio. 	
	16. Visitas domiciliarias sin previo aviso	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna previsión. 	
	17. Control económico del uso de la prestación económica	<ul style="list-style-type: none"> La persona asistente personal acreditará la existencia de un contrato mediante la presentación de contrato, facturas, nóminas que correspondan según los casos. La persona beneficiaria debe presentar, con carácter anual y en el primer trimestre del año, una declaración de que las condiciones que originaron el derecho a la prestación se mantienen, aportando los documentos necesarios y la justificación del gasto real realizado en el año inmediatamente anterior, que nunca podrá ser inferior a la cuantía de la prestación percibida. 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 16 c) y d).
	18. Servicios de asesoramiento y apoyo a la gestión de la prestación	<ul style="list-style-type: none"> Existe la posibilidad de que la contratación de la persona asistente personal se realice con una entidad de servicios. La normativa no dice nada con respecto a la necesidad de que existan servicios de apoyo a la toma de decisiones para el uso de la prestación, y de que estos servicios de apoyo no sean a la vez prestadores de servicios, para evitar conflictos de intereses entre unas y otras funciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Autonomía a las Personas en Situación de Dependencia. Artículo 16 c).
	19. Formación personalizada domiciliaria para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna previsión específica sobre formación personalizada a domicilio. 	
	20. Respiro domiciliario para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> No aplicable. 	

**DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN
DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL**

Temporalidad	Medidas	Descripción	Referencias normativas
	21. Evaluación global de la calidad de la atención	▪ Ninguna previsión.	

ANEXO III

Agradecemos su colaboración a las siguientes personas que, como expertas en la materia, han respondido a dudas y han enviado complementos de información:

- En Alemania:
 - Melanie Arntz. ZEW Centro de Investigación Económica Europea (*ZEW-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GMBH*). Mannheim.
 - Erika Schulz. Instituto Alemán de Investigación Económica (*DIW-Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*). Berlin.

- En Austria:
 - August Österle. Instituto de Política Social de la Universidad De Ciencias Económicas de Viena. *Institut für Sozialpolitik. WU Wirtschafts Universität Wien*. Viena.
 - Joseph Hörl. Instituto de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Viena. *Institut für Soziologie. Facultat für Sozialwissenschaften*). Viena.
 - Monika Riedel. Instituto de Estudios Avanzados. (*Institut für Höhere Studien*). Viena.

- En Holanda:
 - Esther Mot. Servicio Holandés de Investigación en Política Económica. (*Central Planbureau CPB*). La Haya.
 - Peter Huijbers. Instituto de investigación para la calidad y la innovación en Cuidados de Larga Duración. (*Programmamedewerker kwaliteit en innovatie ouderenzorg Vilans*).Utrecht.

- En Reino Unido:
 - Caroline Glendinning. Unidad de Investigación en Política Social. Universidad de Cork (*Social Policy Research Unit. University of York*). York.

- En Suecia:
 - Gerdt Sundström. Instituto de Gerontología. Universidad de Jönköping (*Institutet för Gerontologi. Högskolan i Jönköping*). Jönköping.
 - Lennarth Johansson. Servicio Nacional de Salud y Bienestar. (*Socialstyrelsen*) Estocolmo.

BIBLIOGRAFÍA

L'allocation personnalisée d'autonomie. Présentation générale. Dossier juridique. Travail Social Actualités, n° 838, juin 2001.

L'allocation personnalisée d'autonomie. Dossier juridique. Travail Social Actualités, n° 854, novembre 2001.

Régime et financement de l'allocation personnalisée d'autonomie. Dossier juridique. Travail Social Actualités, n° 869, mars 2002.

Arksey, H.; Morée, M. *Supporting working carers: do policies in England and The Netherlands reflect "doulia rights"?* Health and Social Care in the Community, Vol. 16(6), 2008: 649-657.

Arksey, H.; Glendinning, C. *Choice in the context of informal care-giving.* Health and Social Care in the Community, 15 (2), 2007: 165-175.

Arntz, M.; Saccheto, R.; Spermann, A.; Steffes, S.; Widmaier, S. *The German social long-term care insurance. Structure and reform options.* IZA Discussion Paper Series, Bonn, 2007.

Askheim, O.P. *Personal assistance-direct payments or alternative public service. Does it matter for the promotion of user control?* Disability & Society, Vol. 20(3), 2005: 247-260.

Benjamin, A. E. *Consumer-directed services at home: A new model for persons with disabilities.* Health Affairs, Vol. 20 (6), 2001:80-95.

Berthoud, R.; Hancock, R. *Disability benefits and paying for care.* University of East Anglia and Institute for Social & Economic Research. Essex, 2008

Blome, A.; Keck, W.; Alber, J. *Family and the welfare state in Europe. Intergenerational relations in ageing societies.* Ed. Edward Elgar, Cheltenham, 2009.

Bourke, J. *The hidden face of care: combining work and caring responsibilities for the aged and people with a disability.* Taskforce on Care Costs, Sidney, 2007.

Caldwell, J. *Consumer-directed supports: economic, health, and social outcomes for families.* Mental Retardation, Vol. 44 (6), 2006:405-417.

Carmichael, A.; Brown, L. *The future challenge for direct payments.* Disability & Society, Vol 17(7), 2002: 797-808.

Clark, H.; Gough, H.; Macfarlane, A. *"It pays dividends. Direct payments and older people".* Joseph Rowntree Foundation, Policy Press, Bristol, 2004.

Clements, L. *Individual budgets and irrational exuberance.* C.C.L.R. September 2008:412-430.

Clements, L. *Carers and their rights. The law relating to carers.* Carer's UK, London, 2010.

- Clevnert, U.; Johansson, L. *Personal Assistance in Sweden*. Journal of Aging and Social Policy, Vol. 19(3), 2007: 65-80.
- Coleman, B. *Consumer-directed services for older people*. Public Policy Institute, AARP Policy Institute, Washington, 2001.
- Comas-Herrera, A.; Wittenberg, R.; Pickard, L. *The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England*. Social Policy & Administration, Vol. 44 (4), 2010: 375-391.
- Comas-Herrera, A.; Pickard, L.; Wittenberg, R.; Malley, J. & King, D. *The English Long-Term Care System. ANCIEN project repor. PSSRU Discussion paper 2685*. Londres, 2010.
- Da Roit, B.; Le Bihan, B.; Österle, A. *Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes*. Social Policy & Administration, Vol. 41(6), 2007:653-671.
- Davey, V.; Fernández, J.L.; Knapp, M.; Vick, N.; Jolly, D.; Swift, P.; Tobin, R.; Kendall, J.; Ferrie, J.; Pearson, C.; Mercer, G.; Priestley, M. *Direct Payments: A national survey of direct payments policy and practice*. Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science. London, 2007.
- Debout, C.; Lo, S. *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. Etudes et Résultats n° 710, novembre 2009*. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Paris.
- De Lathouwer, L.; Debacker, M.; Bogaerts, K. *Les soins dans les états providences modernes et les politiques sociales : le cas du crédit-temps belge*. Revue Belge de Sécurité Sociale, 3^{ème} trimestre, 2006: 367-400.
- Deacon, A. *Civic labour or doulia? Care, Reciprocity and Welfare*. Social Policy and Society, Vol. 6 84), 2007: 481-490.
- Department of Health. *Carers at the heart of 21st century families and communities: a caring system on your side, a life of your own*. London, 2008.
- Department of Health. *Direct payments guidance. Community Care, Services for Carers and Children's Services (direct payments) Guidance England 2003*. HSO, London, 2003.
- Department of Health. *Recognised, valued and supported: Next steps for the Carers Strategy*. London, 2010.
- Doty, P.; Kasper, J.; Litvak, S. *Consumer-directed models of personal care: Lessons from Medicaid*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, Washington, 1996.
- Doty, P. *Consumer-directed home care: effects on family caregivers*. National Center on Caregiving, San Francisco, 2004.
- Duffy, S. *The economics of self-directed support*. Journal of Integrated Care, Vol. 15(2), 2007:26-37.

- Duffy, S. *Care management and self-directed support*. Journal of Integrated Care, Vol. 15(5), 2007: 3-14.
- Evers, A.; Pijl, M.; Ungerson, C. *Payments for care. A comparative overview*. Serie Public Policy and Social Welfare, Vol. 16. European Centre Vienna, 1994.
- Fernández Orrico, F.J. *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y Seguridad Social de cuidadores no profesionales*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, nº74, 2008: 79-104.
- Feinberg, L.F.; Newman, S.L.; Gray, L.; Kolb, K.N.; Fox-Grage, W. *The state of the states in family caregiver support: a 50-state study*. Family Caregiver Alliance. San Francisco, 2004.
- Foster, L.; Brown, R.; Phillips, B.; Schore, J.; Lepidus Carlson, B. *Improving the quality of Medicaid Personal Assistance through consumer direction*. Data Watch. Health Affairs, March 2003.
- Geron, S.M. *The quality of consumer-directed long-term care*. Generations, Vol. 24 (3), 2000.
- Gilbert, N. *Transformation of the welfare state. The silent surrender of public responsibility*. Oxford University Press, New York, 2004.
- Glasby, J.; Glendinning, C.; Littlechild, R. *The future of direct payments*. En Leece, J. & Bornat, J. "Developments in direct Payments", the Policy Press, Bristol, 2006.
- Glendinning, C. *Increasing choice and control for older and disabled people: a critical review of new developments in England*. Social Policy and Administration, Vol. 42, nº5, 2008: 451-469.
- Glendinning, C.; Kemp, A. *Cash and Care. Policy challenges in the welfare state*. Policy Press, Bristol, 2006.
- Glendinning, C.; Arskey, H.; Jones, K.; Moran, N.; Netten, A.; Rabiee, P. *The individual budgets pilot projects: impact and outcomes for carers*. Social Policy Research at the University of York and Personal Social Services Research Unit at the University of Kent. Working Paper, York, 2009.
- Glendinning, C.; Halliwell, S.; Jacobs, S.; Rummery, K.; Tyer, J. *Buying independence: Using direct payments to integrate health and social services*. Policy Press, 2000, Bristol.
- Glendinning, C.; Halliwell, S.; Jacobs, S.; Rummery, K.; Tyer, J. *New kinds of care, new kinds of relationships: how purchasing affects relationships in giving and receiving personal assistance*. Health and Social Care in the Community Vol. 8(3), 2000:201-211.
- Glendinning, C.; Halliwell, S.; Jacobs, S.; Rummery, K.; Tyer, J. *Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care*. Health and Social Care in the Community, Vol. 8(3), 2000:192-200.
- Glendinning, C.; Halliwell, S. *Evaluation of the Manchester Direct Payments Scheme*. National Primary Care Research and Development Centre, Manchester, 1998.

Greve, B. (ed). *Choice. Challenges and perspectives for the European welfare states*. Broadening Perspectives on Social Policy Series. A John Wiley & Sons, Ltd, Publication, Chichester, 2010.

Grootegoed, E., Knijn, T.; Da Roit, B. *Relatives as paid care-givers: how family carers experience payments for care*. *Ageing & Society*, 30, 2010: 467-489.

Gstrein, M.; Mateeva, L.; Schuh, U. *Social quality and the changing relationships between work, care and welfare in Europe*. WorkCare, 2007.

Hammer, E. & Österle, A. *Welfare State Policy and Informal Long-Term Care Giving in Austria: Old Gender Divisions and New Stratification Processes among Women*. *Journal of Social Policy*, Vol. 32 (1), 2003: 37-53.

Harris, J. *State social work and social citizenship in Britain: From clientelism to consumerism*. *British Journal of Social Work*, Vol. 29, 1999: 915-937.

Harris, J. *Customer-citizenship in modernised social work*. En *Modernising Social Work. Critical considerations*". Ed. Harris, J. & White, V. The Policy Press, Bristol, 2009.

Hoffmann, F. & Rodrigues, R. *Informal carers: Who takes care of them?* European Centre. Policy Brief, April 2010, Vienna.

Hörl, J. *Eurofamcare. Services for supporting family carers of elderly people in Europe: Characteristics, coverage and usage. National background report for Austria*. Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung. Hamburg, 2005.

House of Commons. Work and Pensions Committee. *Valuing and supporting carers*. London, 2008.

Interlinks. Health systems and long-term care for older people in Europe. *Quality management and quality assurance in long-term care. European Overview Paper*. Vienna, 2010.

Jegermalm, M. *Support for carers of older people: the roles of the public and voluntary sectors in Sweden*. *Social Policy & Administration*, Vol. 37(7), 2003:756-771.

Jensen, C. *Worlds of welfare services and transfers*. *Journal of European Social Policy*, Vol. 18(2), 2008: 151-162.

Johansson, L. *Eurofamcare. Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage*. National Board of Health and Welfare. Stockholm, 2004.

Karlsson, M.; Mayhew, L.; Plumb, R.; Rickaysen, B. *An international comparison of long-term care arrangements. An investigation into the equity, efficiency, and sustainability of the long-term care systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States*. 2004.

Keefe, J. *To pay or not to pay: examining underlying principles in the debate on financial support for family caregivers*. *Canadian Journal on Aging*, n° 26 (suppl.1), 2007:77-90.

Keigher, S. *Consumer-direction in an "Ownership Society": an emerging paradigm for home and community care in the United States*. En "Cash for Care in developed welfare states", ed. Ungerson, C. & Yeandle, S. Economic & Social Research Council, New York, 2007.

Kerger, A. *La asistencia a domicilio y el lugar del cuidador informal en el marco del seguro de dependencia en el Gran Ducado de Luxemburgo*. Inspección General de la Seguridad Social. Seguro de Dependencia. Célula de Evaluación y de Orientación Ponencia presentada en el seminario "Atención a persona mayores dependientes: retos y oportunidades". Segovia, septiembre 2004.

Kestenbaum, A. *What price independence? Independent living and people with high support needs*. Policy Press, Bristol, 1999.

Knijjn, T.; Verhagen, S. *Contested professionalism. Payments for care and the quality of home care*. Administration and Society, Vol. 39, 2007: 451-475.

Kodner, D.L. *Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care*. International Journal of Integrated Care. Vol.3, 2003: 1-7.

Kremer, M. *Consumers in charge of care: the dutch personal budget and its impact on the market, professionals and the family*. European Societies, Vol. 8(3), 2006: 385-401.

Kremer, M.

Leece, J. *Money talks, but what does it say? Direct payments and the commodification of care*. Practice, Vol. 16(3), 2004: 211-221.

Leece, J. *Direct payments and user-controlled support: the challenges for social care commissioning*. Practice, Vol. 19(3), 2007:185-198.

Leece, J. & Bornat, J. *Developments in direct payments*. University of Bristol, the Policy Press. Bristol, 2006.

Lloyd, J. *A National Care Fund for Long-Term Care*. The International Longevity Centre-UK, London, 2008.

Lundsgaard, J. *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?* OECD Health Working Papers, 2005.

Marquier, R. *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*. Etudes et Résultats, N° 728, juin 2010. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Paris.

Martin, C.; Le Bihan, B. *Cash for Care in the French welfare state: A skilful compromise?* En "Cash for Care in developed welfare states", ed. Ungerson, C. & Yeandle, S. Economic & Social Research Council, New York, 2007.

Mette, C. *Allocation personnalisée d'autonomie à domicile: une analyse des plans d'aide. Etudes et résultats, n° 293, février 2004*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Paris.

- Morel, N. *From subsidiarity to "free choice": Child and elder-care policy reforms in France, Belgium, Germany and The Netherlands*. *Social Policy and Administration*, Vol. 41(6), 2007: 618-637.
- Morris, J. *Independent lives? Community care and disabled people*. Basingstoke, 1993.
- Moulin, S. *Just Care? A fresh approach to adult services*. Institute for Public Policy Research, London, 2008.
- Mot, E.; Aouragh, A.; De Groot, M.; Mannaerts, H. *The Dutch system of Long-Term Care*. ENEPRI-European Network of Economic Policy Research Institutes Research. Report N° 90. ANCIEN-Assessing needs of care in European nations Project. The Hague, The Netherlands, 2010.
- National Audit Office. *Supporting carers to care*. Report by the Controller and Auditor General. Department for Work and Pensions, London 2009.
- Nolan, M.; Barber, L.; Edis, A.; Brown, J.; McKee, K. *Eurofamcare. National Background report for the United Kingdom*. Hamburg, 2004.
- Österle, A. *Equity choices and long-term care policies in Europe. Allocating resources and burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom*. Ashgate, Aldershot, 2001.
- Pearson, C. *Keeping the cash under control: what's the problem with direct payments in Scotland?* *Disability & Society*, Vol. 19(1), 2004:3-14.
- Pearson, C. *Money talks? Competing discourses in the implementation of direct payments*. *Critical Social Policy*, Vol. 20(4), 2000:459-477.
- Petite, S.; Weber, A. *Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées*. *Etudes et Résultats*, n° 459, janvier 2006. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Paris.
- Pickard, S., Jacobs, S.; Kirk, S. *Challenging professional roles: lay carers' involvement in health care in the community*. *Social Policy & Administration*, Vol.37(1): 82-96.
- Pijl, M. *When private care goes public. An analysis of concepts and principles concerning payments for care. En Payments for care. A comparative overview*. *Serie Public Policy and Social Welfare*, Vol. 16.
- Pijl, M. *Home care allowances: good for many but not for all*. *Practice*, Vol. 12(2), 2000: 55-65.
- Phillips, B., Mahoney, K., Simon-Rusinowitz, L., Schore, J., Barrett, S., Ditto, W., Reimers, T., & Doty, P. *Lessons from the implementation of cash and counseling in Arkansas, Florida, and New Jersey*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research. 2003.
- Priestley, M.; Jolly, D.; Pearson, C.; Ridell, S.; Barnes, C.; Mercer, G. *Direct payments and disabled people in the UK: supply, demand and devolution*. *British Journal of Social Work*, n°37, 2007: 1189-1204.
- Rankin, J. *A mature policy on choice*. Institute for Public Policy Research, London, 2005.
- Ridley, J.; Jones, L. *Direct what? The untapped potential of direct payments to mental health service users*. *Disability and Society*, Vol. 18(5), 2003: 643-658.

- Roulstone, A.; Morgan, H. *Neo-liberal individualism or self-directed support: are we all speaking the same language on modernising adult social care?* *Social Policy & Society*, Vol. 8(3), 2009:333-345.
- Saraceno, C.; Keck, W. *The institutional framework of intergenerational family obligations in Europe: A conceptual and methodological review*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin, 2008.
- Schut, F. T.; Van den Berg, B. *Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in The Netherlands*. *Social Policy and Administration*, Vol. 44(4), 2010: 411-435.
- Schwartz, A.E. *Societal value and the funding of kinship care*. *Social Service Review*, September 2002: 430-459.
- Scottish Government. *Caring together: The Carers Strategy for Scotland 2010-2015*. Edimburgh, 2010.
- Scourfield, P. *Social care and the modern citizen: client, consumer, service user, manager and entrepreneur*. *British Journal of Social Work*, n°37, 2007: 107-122.
- Scourfield, P. *Implementing the Community Care (Direct Payments) Act: Will the supply of personal assistants meet the demand and at what price?* *Journal of Social Policy*, Vol. 34(3), 2005: 469-488.
- Scruggs, L.; Allan, J. *Welfare-state decommodification in 18 OECD countries: a replication and revision*. *Journal of European Social Policy*, Vol. 16(1), 2006: 55-72.
- Secretary of State for Health. *Building the National Care Service*. HSO, London, 2010.
- Sims-Gould, J.; Martin-Matthews, A. *Family caregiving or caregiving alone: who helps the helper?* *Canadian Journal on Aging*, n°26 (suppl.1), 2007: 27-46.
- Spandler, H. *Friend or foe? Towards a critical assessment of direct payments*. *Critical Social Policy*, Vol. 24 (2), 2004:187-209.
- Simon-Rusinowitz, L.; Mahoney, K.J.; Loughlin, D.M.; DeBarthe, M. *Paying family caregivers: an effective policy option in the Arkansas Cash and Counseling Demonstration and Evaluation*. En *Challenges of aging on U.S. Families: Policy and Practice Implications*. The Haworth Press, 2005.
- Social Care Institute for Excellence. *Choice, control and individual budgets: emerging themes*. *Research briefing, n° 20, January 2007*.
- Socialtyrelsen. *Developments in the support of carers in Finland, England and The Netherlands 1998-2002*. Stockholm, 2003.
- Stanley, K. *Citizen-centred welfare: a single income-replacement benefit and personalised conditions and support*. *Benefits*, Vol. 16(1), 2008: 81-88.
- Steering Committee Responsible Care. *Quality Framework Responsible Care*. Utrecht, 2008.
- Stewart, K.; Hughes, J.; Challis, D.; Weiner, K. *Care Management for older people: access, targeting and the balance between assessment, monitoring and review*. *Research Policy and Planning Vol. 1 (21), 3, 2003: 13-22*.

Taylor, N.S.D. *Obstacles and dilemmas in the delivery of direct payments to service users with poor mental health*. Practice: Social Work in Action, Vol. 20(1), 2008: 43-55.

Tilly, J. & Wiener, J.W. *Consumer-directed home and community services programs in eight States: Policy issues for older people and government*. Journal of Aging & Social Policy, Vol.12(4), 2001: 1-26.

Tilly, J.; Wiener, J.W.; Cuellar, E. *Consumer-directed home and community services programas in five countries: Policy issues for older people and government*. The Urban Institute, Washington, 2000.

Tilly, J. & Wiener, J.W. *Consumer-directed home and community services: Policy Issues*. Occasional Paper 44, The Urban Institute, Washington, 2001.

Timonen, V.; Convery, J.; Cahill, S. *Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries*. Ageing & Society, 26, 2006: 455-474.

Tritz, K. *Long-term care: consumer-directed services under Medicaid*. CRS Report for Congress. Washington, 2005.

Ungerson, C. *Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on "cash and care" schemes*. Ageing & Society, Vol. 24, 2004: 189-212.

Ungerson, C. *Give them the money: Is cash a route to empowerment?* Social Policy and Administration. Vol. 31 (1), 1997: 45-53.

Ungerson, C. *Commodified care work in European labour markets*. European Societies, Vol. 5(4), 2003: 377-396.

Ungerson, C. *Social politics and the commodification of care*. Social Politics, Fall 1997:362-381.

Ungerson, C. *Morals and Politics in "Payments for Care": an introductory note*. En "Payments for care. A comparative overview", Ed. Evers, A.; Pijl, M.; Ungerson, C. Serie: Public Policy and Social Welfare, Vol. 16. European Centre Vienna, 1994.

Ungerson, C. & Yeandle, S. *"Cash for care in developed welfare states". The future of work series*. Economic & Social Research Council, New York, 2007.

Van den Berg, B.; Hassink, W.H.J. *Cash benefits in long-term home care*. Health Policy, Vol.88, 2008:209-221.

Urmeneta Sanromá, X. *La vida independiente en Gipuzkoa: una alternativa para las personas con discapacidad y dependencia*. Zerbitzuan 42, 2007: 87-92.

Van Exel, J.; Morée, M.; Koopmanschap, M.; Scheruder Goedheijt, J.; Brouwer, W. *Respite care – An explorative study of demand and use in Dutch informal caregivers*. Health Policy, Vol.78, 2006:194-208.

Visser-Jansen, G. & Dripscheer, C.P.M. *Eurofamcare. Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage. National background report for the Netherlands*. Vrije Universiteit, Amsterdam, 2004.

Wanless, D. *Securing good care for older people. Tacking a long-term view*. King's Fund, London, 2006.

Waterplas, L.; Samoy, E. *L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique*. Revue Française des Affaires Sociales, n° 2, 2005: 61-101.

Waterplas, L.; Samoy, E. *Attribution d'un budget personnalisé: nouvelle panacée ou cheval de Troie dans les dispositifs de services aux personnes handicapées?* Handicap-Revue de Sciences Humaines et Sociales, n°90, 2001: 1-25.

Weekers, S.; Pijl, M. *Home care and care allowances in the European Union*. NIZW-Netherlands Institute of Care and Welfare, Utrecht, The Netherlands, 1998.

West, R. *A right to care*. Boston Review, april-may, 2004.

Wiener, J.M.; Tilly, J.; Evans Cuellas, A. *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany*. AARP Policy Institute, Washington, 2003.

Witcher, S.; Stalker, K.; Roadburg, M.; Jones, Cl. *Direct Payments: the impact on choice and control for disabled people*. Scottish Executive Central Research Unit, Edimburgh, 2000.

Yeandle, S. & Buckner, L. *Carers, employment and services: time for a new social contract?* University of Leeds, Leeds, 2007.

Yeandle, S. & Stiell, B. Issues in the development of the Direct Payment Scheme for older people in England. En "*Cash for Care in developed welfare states*", ed. Ungerson, C. & Yeandle, S. Economic & Social Research Council, New York, 2007.

Yeandle, S. & Ungerson, C. Conceptualizing cash for care: the origins of contemporary debate. En "*Cash for Care in developed welfare states*", ed. Ungerson, C. & Yeandle, S. Economic & Social Research Council, New York, 2007.