

Modalidades de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia en Alemania. La gestión de casos.

MIGUEL MONTERO. Sociólogo experto en políticas europeas de atención a la dependencia.

INTRODUCCIÓN.

1. PRINCIPIOS Y ÁMBITO PROTECTOR DE LA LEY DE CUIDADOS EN ALEMANIA.

- 1.1. Los niveles de dependencia.
- 1.2. Estructura de los gastos.

2. LOS BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.

3. LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.

- 3.1. Prestaciones para los cuidados en el entorno domiciliario.

4. LA REFORMA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA DE 2008.

- 4.1. Prestaciones de la Ley de dependencia.
- 4.2. La excedencia para la atención de un familiar dependiente.
- 4.3. La gestión de caso (coordinación fina).
- 4.4. Coordinación de la dependencia / coordinación gruesa.
- 4.5. Críticas.
- 4.6. Situación actual.
- 4.7. Balance.

5. REFLEXIONES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

El seguro de dependencia alemán distingue básicamente entre dos ámbitos de prestaciones: la atención en el entorno domiciliario y la atención en residencias. En este capítulo se presentará de manera breve los principios que rigen el seguro de dependencia (definición de la dependencia, grados de dependencia, el principio de cobertura parcial y las prioridades en la atención a la dependencia) y sus datos estructurales (financiación privada y pública, el reparto de gastos, beneficiarios de las prestaciones y estructura del mercado de atención a la dependencia).

A continuación, se pasa a detallar el catálogo de prestaciones de la atención en el entorno domiciliario y las insuficiencias de dicho catálogo (falta de sistema de atención de baja intensidad, excesiva homogenización de los servicios de atención, falta de ofertas para cubrir las necesidades de personas mayores que sufren una demencia). La reforma del año 2008 intentó dar respuesta a algunos de estos aspectos flexibilizando el catálogo de prestaciones, incrementando las prestaciones relacionadas con la atención en el domicilio e intentando fomentar la creación de nuevas formas de convivencia de personas mayores en situación de dependencia. Esta reforma además introduce la gestión de casos y la gestión de la dependencia. Se presentan resultados de diversos estudios de evaluación que permiten valorar la eficacia de ambos instrumentos.

Por último, se situará al seguro de dependencia en el contexto de las familias de Estado de bienestar de nuestro entorno. El sistema alemán, anclado en una tradición familiarista y basado en el principio de la subsidiariedad, ha servido al menos parcialmente de modelo para la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (LAPAD). Cabe preguntarse si el sistema alemán ofrece elementos interesantes para seguir desarrollando el sistema español. Se finaliza con algunas reflexiones acerca de la transferibilidad de buenas prácticas en un contexto de desmantelamiento del Estado de bienestar como el que se está viviendo en la actualidad en España y acerca de los riesgos que puede encerrar la mercantilización de la atención a la dependencia.

1. PRINCIPIOS Y ÁMBITO PROTECTOR DE LA LEY DE CUIDADOS EN ALEMANIA.

El 11 de marzo de 1994 el Parlamento Federal aprobó la ley que regula el seguro de dependencia, poniendo fin a un debate que duró más de veinte años y en el curso del cual fueron presentados 17 proyectos de ley, todos ellos finalmente desestimados. El principal motivo de este debate fue la grave situación financiera a la que muchos municipios se vieron abocados por tener que asumir parte de los gastos que generaba la atención a la dependencia a través del subsidio social, una ayuda no contributiva a la que muchos dependientes tenían que recurrir por no disponer de ingresos o patrimonio suficiente para costear los cuidados.

Los órganos gestores del seguro de dependencia son los seguros de dependencia que pertenecen

orgánicamente a las cajas de enfermedad. La intención del legislador era evitar tener que crear un aparato administrativo paralelo.

El principio que rige el seguro de dependencia viene recogido en el artículo 20 del Tomo XI del Código Social *“el seguro de dependencia sigue al seguro de enfermedad”*. Por lo tanto, toda caja de enfermedad tiene su propio seguro de dependencia, las diferentes aseguradoras reembolsan los costes que ocasiona su administración. Al igual que las otras ramas de la Seguridad Social alemana, el seguro de dependencia se financia a través de las cuotas de sus asegurados que -al menos en sus inicios- se pagaban a partes iguales por empresarios y trabajadores.

El seguro privado de dependencia forma parte de la actividad empresarial de los seguros privados de enfermedad, las prestaciones son idénticas a las del seguro estatal de dependencia. Los artículos 110 y 111 del Tomo XI del Código Social regulan ciertos aspectos de las cotizaciones de los seguros privados, definiendo, por ejemplo, cuotas máximas, la gratuidad del seguro familiar así como la prohibición expresa de tomar en consideración enfermedades previas para determinar la cuantía de las cuotas.

Las prestaciones del seguro de dependencia se conceden en función de la asignación de un nivel de dependencia, la valoración es competencia del Servicio Médico de los seguros de enfermedad, organismo independiente si bien pertenece orgánicamente al seguro de enfermedad. El proceso de valoración por lo tanto es la puerta de entrada a las prestaciones del seguro de dependencia. Se trata de un procedimiento de valoración homogéneo para todo el país, en el que se aplican criterios idénticos. El legislador ha querido evitar que se produzcan desigualdades entre las regiones.

1.1. LOS NIVELES DE DEPENDENCIA.

La definición de la dependencia es decisiva. No se trata de un aspecto neutral ya que tiene importantes implicaciones a la hora de controlar y gestionar el gasto del seguro. Una definición amplia de la dependencia significa que el círculo de beneficiarios se extiende considerablemente mientras que una definición restrictiva excluirá a determinados colectivos de las prestaciones del seguro.

El artículo 14 del Tomo XI del Código Social define así la situación de dependencia: *“Son dependientes aquellas personas que, debido a una enfermedad o discapacidad física, psíquica o anímica no puedan valerse por sí mismas para realizar de forma regular las tareas de la vida cotidiana para un período previsiblemente no inferior a los seis meses y que por ello necesiten de forma considerable o importante de una ayuda.”*

El artículo 14 de la Ley de dependencia define tanto las causas que llevan a una situación de dependencia cubierta por los supuestos de esta ley como los ámbitos en los que el beneficiario puede recibir prestaciones.

Las enfermedades y discapacidades que están cubiertas por las prestaciones previstas por la ley son las siguientes:

1. Pérdida, parálisis u otras disfunciones en el aparato móvil o de apoyo.
2. Disfunciones de los órganos interiores o de los sentidos.
3. Disfunciones del sistema nervioso central como p. ej. disfunciones del impulso, de la memoria o de la orientación así como psicosis, neurosis o discapacidades mentales.

Las ayudas previstas por la ley consisten en prestar apoyo asumiendo parcial o totalmente las tareas de la vida cotidiana, en supervisar la realización de las mismas o, finalmente, en dar indicaciones que permitan realizarlas de forma independiente.

Para el desarrollo de la vida diaria el Tomo XI distingue entre cuatro ámbitos:

Aseo personal: lavarse, bañarse, limpiarse los dientes, peinarse, afeitarse, micción y defecación.

Alimentación: preparación de la comida y la capacidad de tomar la comida y la bebida.

Movilidad: levantarse de la cama, acostarse, vestirse y desnudarse, andar, subir y bajar escaleras, abandonar y retornar a la vivienda.

Tareas domésticas: realizar la compra, cocinar, limpieza de la vivienda, fregar, lavar la ropa o encender la calefacción.

Al igual que la LAPAD, la Ley para la dependencia alemana distingue tres niveles de dependencia, que a su vez determinan la cuantía económica de la prestación. En el proceso de valoración se diferencian, por una parte, entre los cuidados básicos, que engloban el aseo personal, la alimentación y la movilidad, y, por otra parte, las tareas domésticas.

Nivel I: Dependencia moderada.

Todas aquellas personas que precisen en una o más de las siguientes áreas de ayuda al menos una vez al día: aseo corporal, alimentación o movilidad. Deberán necesitar ayuda para las tareas domésticas varias veces a la semana. El volumen de los cuidados asistenciales por día no podrá ser inferior a 1,5 horas, debiendo recaer al menos 45 minutos en los cuidados básicos.

Nivel II: Dependencia severa.

Todas aquellas personas que precisen al menos tres veces al día cuidados asistenciales para su aseo corporal, alimentación o movilidad, a diferentes horas del día. Además deberán necesitar ayuda varias veces a la semana para realizar sus tareas domésticas. El volumen de cuidados

asistenciales por día no podrá ser inferior a las 3 horas, debiendo recaer al menos 2 horas en los cuidados básicos.

Nivel III: Gran dependencia.

Todas aquellas personas que precisen de cuidados asistenciales para su aseo corporal, alimentación o movilidad las 24 horas del día, además de precisar ayuda varias veces a la semana para las tareas domésticas. El volumen de cuidados asistenciales no podrá ser inferior a 300 minutos diarios, debiendo recaer en los cuidados básicos al menos 240 minutos.

Finalmente, la asignación de la categoría de especial necesidad tiene como requisito que al solicitante le haya sido reconocido el nivel III de dependencia, que precise ayuda en el ámbito de los cuidados básicos por al menos seis horas al día y tres veces por la noche.

Las prestaciones del seguro de dependencia se rigen por el principio de la prevalencia de la prevención y la rehabilitación sobre los cuidados a la dependencia. Las medidas de rehabilitación pertenecen al ámbito de los seguros de enfermedad y de pensiones. Sin entrar en mayores detalles conviene mencionar que la coordinación sociosanitaria sigue siendo uno de los problemas inherentes al seguro de dependencia.

La delimitación de las tareas cubiertas por el seguro de dependencia a los cuatro ámbitos ha sido motivo de un largo e intenso debate que aún no ha concluido. Desde un comienzo quedó claro que tanto los enfermos de demencia como las personas con discapacidad prácticamente quedaban excluidas de las prestaciones a pesar de tratarse de personas que presentan un elevado nivel de dependencia.

1.2. ESTRUCTURA DE LOS GASTOS.

Las prestaciones del seguro de dependencia fueron introducidas de forma gradual:

- El 1 de enero de 1995 los asegurados empezaron a pagar sus cotizaciones.
- El 1 de abril de 1995 comenzaron a prestarse los servicios correspondientes a los cuidados en el entorno domiciliario.
- El 1 de julio de 1996 se empezaron a prestar los servicios de la atención residencial.

Gracias a la recaudación de cuotas sin ofrecer prestaciones y a la concesión de las prestaciones de los Servicios de atención residencial con 1 ½ año de retraso el seguro de dependencia logró acumular un fondo de reserva.

En 1999 -cuatro años después de la introducción del seguro privado de dependencia- se registró por primera vez un déficit en el balance de ingresos y gastos del seguro de dependencia. En 2004

este déficit se elevó a 820 millones de euros debido al retroceso de la cifra de trabajadores sujetos a seguridad social y al moderado incremento salarial.

En 2010 el seguro de dependencia público contó con ingresos de 21.780 millones de euros frente a gastos de 21.450 millones de euros, lo que supuso un superávit de 340 millones de euros. El fondo de reserva ascendió a 5.130 millones de euros. Entre 2008 y 2010, podemos observar un importante incremento tanto de los gastos como de los ingresos, una ligera reducción del superávit y un fuerte aumento del fondo de reserva.

En 2010, el 95% de los gastos del seguro obligatorio de dependencia corresponde a servicios y prestaciones y el 5% a gastos administrativos. El 46,8% de los gastos se originó en el ámbito de la atención domiciliaria (2007: 50,6%), el 22,8% en concepto de compensación económica en el entorno familiar, el 14,8% en concepto de prestaciones en especie. Se observa una ligera caída del gasto residencial, mientras que en el ámbito de la asistencia a domicilio se nota un ligero incremento de las prestaciones en especie.

2. LOS BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.

A diciembre de 2011 un total de 2,5 millones de personas percibían prestaciones del seguro de dependencia, de las cuales el 70% residía en su propio domicilio. De éstas 1,76 millones de personas, un millón de personas recibían una prestación económica, la mayoría está siendo atendida por familiares cuidadores. Los 576.000 restantes contratan un servicio de atención domiciliaria (SAD) o combinan la atención profesional con los cuidadores de un familiar. El 30% de las personas en situación de dependencia (773.000 personas) son atendidas en una residencia.

En Alemania existen aproximadamente 12.300 residencias acreditadas para atender a asegurados del seguro de dependencia. El 54% de las residencias pertenecen al tercer sector (Caritas, Cruz Roja, Diakonie, etc.), el porcentaje del sector empresarial es del 40%, mientras que las residencias públicas suponen el 6% restante. En diciembre de 2011 las residencias empleaban a un total de 661.000 (85% mujeres), la equivalencia en puestos de trabajo a jornada completa fue de 480.000.

El 63% de los 12.300 SAD pertenecen al sector empresarial, el 36% pertenecen al tercer sector, teniendo el sector público una participación residual del 1%. En total trabajan 291.000 personas en los SAD (equivalencia en puestos de trabajo a jornada completa = 193.000), el 88% son mujeres. Los SAD experimentaron un incremento cuantitativo espectacular pasando de 4.000 en 1995 a cerca de 11.000 en 1999, una cifra que se ha mantenido prácticamente invariada desde entonces. Sin embargo, hay que mencionar que la puesta en marcha del seguro de dependencia supuso un cambio paradigmático para las prestaciones de los SAD. Hasta ese momento el principio que se aplicaba era el de proveer a la persona dependiente de todas las prestaciones necesarias mientras que el catálogo del seguro limita las prestaciones a los cuidados básicos, muy centrados

como hemos visto en necesidades de la atención corporal.

A pesar de la importante mejora cuantitativa de los servicios profesionales, la mayoría de los dependientes que residen en sus domicilios son atendidos, como se ha dicho anteriormente, por familiares cuidadores. El 78% de las personas que están siendo atendidas en sus domicilios son mayores de 65 años, siendo el 28% quienes cuentan con más de 85 años. El 38% de las personas viven solas, el 28% con su esposo o esposa. Las esposas, hijas, cuñadas y madres representan el 63% de los principales familiares cuidadores.

El 77% de los familiares cuidadores percibe la atención como una carga fuerte o muy fuerte. No extraña si tenemos en cuenta que la media que el familiar cuidador ha de dedicar a la atención es de 45,9 horas a la semana, ascendiendo esta intensidad en el nivel III a una media de 60,8 horas.

3. LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA .

El seguro de dependencia alemán básicamente distingue entre dos tipos de ámbito de prestaciones: la atención en el entorno domiciliario y la atención en residencias. Tanto las prestaciones económicas como las prestaciones en servicios no se rigen por la necesidad real sino que operan con cuantías determinadas con independencia del caso concreto y desde un inicio tienen carácter de cobertura parcial, es decir, que parten de un copago por parte del asegurado. El catálogo de prestaciones para la atención en el entorno domiciliario es mucho más amplio que el del ámbito residencial. El legislador ha querido dar cuenta con ello del principio que rige el Seguro de dependencia: dar prioridad a la atención en el entorno domiciliario.

3.1. PRESTACIONES PARA LOS CUIDADOS EN EL ENTORNO DOMICILIARIO.

La atención domiciliaria no implica necesariamente que el beneficiario viva en su propio domicilio. Puede tener acceso a la asistencia a domicilio residiendo en otro domicilio o incluso en una residencia de personas mayores. Únicamente están excluidos los centros asistenciales.

Hasta el año 2009 el seguro de dependencia preveía las siguientes prestaciones para la atención en el entorno domiciliario:

1. Las prestaciones y ayudas a través de personal cualificado (artículo 36 Tomo XI).
2. Prestaciones monetarias para familiares, amigos o personas contratadas directamente por los necesitados de asistencia (artículo 37 Tomo XI).
3. Combinación de prestaciones asistenciales por personal cualificado y las prestaciones económicas (artículo 38 Tomo XI).
4. Asistencia domiciliaria, cuando los familiares cuidadores temporalmente no puedan asumir los cuidados (artículo 39 Tomo XI).
5. Cuidados en un centro de día o un centro de noche (artículo 41 Tomo XI).

6. Cuidados por un corto periodo de tiempo en una residencia (artículo 42 Tomo XI).
7. Prestación complementaria para capacidades especialmente mermadas (artículo 45 Tomo XI).
8. Ayudas técnicas, aparatos ortopédicos así como ayudas técnicas para la reforma de la vivienda (artículo 40 Tomo XI).
9. Afiliación a los seguros de pensiones y de accidentes de los familiares cuidadores (artículo 44 Tomo XI).
10. Cursos de formación familiares cuidadores y voluntarios que prestan ayuda asistencial (artículo 45 Tomo XI).

Los familiares cuidadores tienen la posibilidad de participar de cursos de formación, bien en grupo o individuales en el propio domicilio. En 2010 solamente el 12% de los familiares hicieron uso de esta posibilidad (1998: 10%). Se insiste en este punto, porque permite tratar uno de los temas más espinosos de sistemas como el alemán, en los que los cuidadores familiares juegan un papel tan central. Precisamente el seguro de dependencia alemán ha creado un estrecho sistema de control de la calidad de la atención formal, tanto de las residencias como de los SAD. Sin embargo, resulta sumamente difícil garantizar un control similar para la atención que prestan los cuidadores familiares. La familia se convierte en cierta manera en una *black box*, es decir, un espacio inaccesible para cualquier forma de inspección o valoración que certifique la calidad de la atención que está recibiendo la persona en situación de dependencia.

La gran mayoría de las personas en situación de dependencia optó por la prestación económica, pero cuanto mayor es el nivel de atención aumenta la opción de combinar servicios profesionales con la atención de los cuidadores familiares. También es mayor el porcentaje de familiares de personas con un nivel III que han recurrido a las ayudas de respiro o sustitución. El porcentaje de personas que han recibido una ayuda técnica es muy elevado, destacando las ayudas para la adquisición de camas y sistemas de lavado. El 17% sobre el total ha recibido ayudas para una reforma de la vivienda, ascendiendo la media de esta ayuda a 2.382 euros (2.703 nivel III, 2.608 nivel II y 1.975 nivel I).

El 17% de las personas en situación de dependencia que son atendidas en su entorno domiciliario financian parte de esa atención a través de sus propios recursos, porcentaje que aumenta en función del nivel de atención. En el nivel I el porcentaje es del 12%, en el nivel II del 23% y en el III del 31%. El 56% destina los fondos propios a la atención básica, el 29% a las tareas domésticas, el 28% a tareas de apoyo, el 12% a servicios de comida a domicilio. El importe medio es de 247 euros, nivel I, 298 euros, nivel II, y 337 euros nivel III.

Hemos visto que la gran mayoría de las personas que están siendo atendidas en su entorno domiciliario solicitan solamente la prestación económica. Preguntadas por el motivo que les llevó a descartar otras ayudas, la mayoría responde que necesitan este dinero para cubrir los gastos de su atención, pero un porcentaje importante menciona la preferencia propia o del principal cuidador familiar a ser atendida por un persona conocida y, además, la mayor flexibilidad que

ofrece esta prestación. Llama la atención que el 22% reconoce utilizar esta prestación para cubrir los gastos corrientes de manutención, alojamiento, etc.

4. LA REFORMA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA DE 2008.

El Parlamento Federal aprobó el 14 de marzo de 2008 la reforma del seguro de dependencia, el último gran proyecto de reforma en el ámbito de la seguridad social. El Gobierno Federal fundamentó la necesidad de esta reforma con tres objetivos principales:

- dinamizar y actualizar los importes de las prestaciones, que en los últimos años habían experimentado una considerable desvalorización,
- ampliar las prestaciones para los enfermos de demencia senil, que hasta la fecha estaban prácticamente excluidos de las prestaciones del seguro de dependencia y, por último,
- garantizar la viabilidad financiera del seguro, especialmente afectado por el envejecimiento de la sociedad y la reducción del trabajo estable.

La reforma pretendía además reforzar el papel de los dependientes en el mercado de la dependencia, mejorando la transparencia de la información disponible y habilitando un sistema de asesoría y acompañamiento en las dos vertientes: el *case management* y el *care management* o la coordinación fina y la coordinación gruesa utilizando los conceptos introducidos por Casado.

La aprobación final de la Ley para el perfeccionamiento de la atención a la dependencia (Pflegerweiterentwicklungsgesetz) se retrasó considerablemente debido al debate suscitado por varios aspectos, en particular, la introducción de una excedencia para organizar la atención a familiares dependientes y la creación de puntos de asesoría con gestores de caso.

4.1. PRESTACIONES DE LA LEY DE DEPENDENCIA.

Esta reforma mejoró considerablemente las prestaciones en el entorno domiciliario incrementando el importe de las económicas, ampliando las prestaciones para la atención a domicilio de personas con capacidad limitada para las tareas domésticas, mejorando la atención de corta duración y de respiro, extendiendo las de asistencia de bajo nivel y fomento del voluntariado. Así, por ejemplo, el Gobierno incrementó hasta los 25 millones de euros anuales las ayudas para la creación de infraestructura para la atención de baja intensidad, a las que hasta entonces destinaba 15 millones de euros. Si se añade la cofinanciación de municipios y *länder*, esta partida cuenta con 50 millones de euros anuales, que además se pueden emplear para potenciar el voluntariado.

Un reciente informe del Ministerio de Sanidad (Bundesgesundheitsministerium) detalla las experiencias en varias regiones. Baviera ha creado 340 grupos de autoayuda para cuidadores (227 para cuidadores profesionales y 111 para voluntarios) y otros 145 para familiares cuidadores. En Berlín se ha creado la figura del centro coordinador de los grupos de autoayuda a nivel de

distrito. Estos doce centros apoyan la creación de estructuras locales de autoayuda y voluntariado. Renania, del Norte Westfalia, quiere reforzar sobre todo la oferta para personas que sufren una demencia. El gobierno regional ha creado 13 centros de servicios para la demencia, un punto de coordinación de demencia, 32 agencias de asesoría para temas relacionados con la vivienda y un centro regional para el apoyo de los familiares cuidadores.

A continuación se presentan tres aspectos de la reforma, que parecen más interesantes en este contexto: la excedencia para la atención de un familiar en situación de dependencia, la gestión de caso (coordinación fina) y la gestión de la dependencia (coordinación gruesa).

4.2. LA EXCEDENCIA PARA LA ATENCIÓN DE UN FAMILIAR DEPENDIENTE.

A partir del 01/07/2008 los familiares de personas con dependencia pueden solicitar una excedencia sin salario para atender a un familiar, conservando el puesto de trabajo y el alta en la seguridad social. La duración máxima será de 6 meses y tendrán derecho a esta excedencia todas las personas que trabajen en empresas de más de 15 trabajadores. Los seguros de dependencia asumen el pago de las cotizaciones a los seguros de pensiones y desempleo siempre y cuando el beneficiario dedique al menos 14 horas semanales al cuidado de su familiar. Las cuotas a los seguros de enfermedad y dependencia correrán a cargo del interesado siempre que no exista una afiliación en régimen familiar. En caso de urgencia, es decir, cuando un familiar pase a una situación de dependencia de forma inesperada, la reforma crea el derecho a una excedencia de 10 días laborales para organizar la atención.

Sin embargo, solamente el 6% de las personas que habría tenido derecho a la excedencia de 10 días, hicieron uso de ella, 9.000 de un total de 150.000. El porcentaje de personas que solicitaron una excedencia de seis meses también es sumamente bajo: solamente el 4% de las personas que reúnen los requisitos la solicitaron, 18.000 de un total de 480.000 personas. La mayoría de los encuestados afirman desconocer el derecho a una excedencia.

4.3. LA GESTIÓN DE CASO (COORDINACIÓN FINA).

La coordinación fina, la gestión de caso, viene regulada por el nuevo artículo 7a Tomo XI del Código Social. El 1-1-2009 la gestión de caso se ha convertido en un derecho subjetivo, la competencia para hacerla realidad recae en los seguros de dependencia e incluye las siguientes tareas:

- Evaluar las necesidades de la persona dependiente.
- Elaborar un plan individualizado que incluya las prestaciones sociales así como todo tipo de atenciones necesarias (médicas, cuidados dependencia, prevención, rehabilitación, etc.).
- Gestionar la aprobación de las prestaciones incluidas en el plan por parte de los organismos competentes.
- Supervisar la ejecución del plan y, en caso de necesidad, adaptarlo.

- En situaciones de especial necesidad, evaluar y documentar el proceso de atención.

En la exposición de motivos, haciendo referencia a experiencias en otros países y solamente a modo orientativo, el Gobierno Federal fija la ratio gestor de caso/personas dependientes en 1:100, si bien señala que parte del supuesto de que “no todas las personas dependientes precisarán de apoyo y asesoría en forma de gestión de caso”.

En 2008 la Federación de los seguros de dependencia aprobó un catálogo de recomendaciones con las que pretendía unificar la cualificación y el número de gestores de caso (GKV-Spitzenverband, 2008). En primer lugar se especificaban las profesiones que podrán ejercer preferentemente la gestión de casos en la dependencia: auxiliar de enfermería, auxiliar de geriatría, administrativo de la seguridad social y trabajo social, además de otras profesiones relacionadas con la materia.

El documento detallaba la cualificación que deberán presentar las personas que tienen encomendada la gestión de caso. A los gestores de caso se les exigía haber cursado una formación específica modular en materia de asistencia a la dependencia (100 horas), gestión de casos (180 horas) y derecho (40 horas). Además deberán realizar prácticas en un servicio de atención domiciliario (1 semana) y en una residencia (2 días).

4.4. COORDINACIÓN DE LA DEPENDENCIA / COORDINACIÓN GRUESA.

Por otra parte, la coordinación gruesa forma parte de las competencias de los puntos de coordinación, regulados por artículo 92c Tomo XI del Código Social, que tienen las siguientes funciones:

- Ofrecer asesoría e información acerca de los derechos y obligaciones de acuerdo a la normativa social así como acerca de las prestaciones y ayudas.
- Coordinar los servicios de atención y cuidados locales.
- Crear una red que coordine todas las ofertas de apoyo y atención a la dependencia.

Los puntos de asesoría para la atención a la dependencia pretenden reunir la asesoría, la gestión de casos y el mayor número posible de servicios dirigidos a personas dependientes. A instancias del *land* correspondiente, los seguros médicos crearán puntos de asesoría en el ámbito local, procurando que participen los municipios, los organismos locales encargados de la concesión del subsidio social, los seguros privados de dependencia y los servicios profesionales de atención a las personas dependientes. En la medida de lo posible facilitarán la participación de grupos de autoayuda y del voluntariado.

La novedad de estos puntos de asesoría es la introducción de la gestión de casos en el seguro de dependencia. A petición de la persona con dependencia o de sus familiares, los gestores de caso elaborarán un plan individualizado de atención. Además, los puntos de asesoría

coordinarán y gestionarán todas las ofertas y servicios de prevención, cura, medicación, etc., y tramitarán las solicitudes de prestaciones de los seguros de dependencia y enfermedad.

Dotadas con un presupuesto anual de 290 millones de euros anuales, desde la entrada en vigor de la Ley el 1 de julio de 2009, las regiones disponían de medio año para decidir si se sumaban a este proyecto. La gestión de caso estará ubicada en los puntos de asesoría. Estos puntos de asesoría contaban con una financiación inicial de 45.000 euros por cada punto de asesoría ampliable en 5.000 euros para implicar al voluntariado, siempre que se haya logrado una participación de los municipios y los organismos gestores del subsidio social. El Gobierno se comprometió a financiar los puntos de asesoría hasta 2011 con un total de 60 millones de euros.

A partir de 2011 la financiación de los puntos de asesoría corre a cargo de los seguros de enfermedad, los seguros de dependencia y los organismos locales encargados de la concesión del subsidio social y de la ayuda para la tercera edad. La ley especifica que estos tres actores son libres de acordar el reparto de gastos siempre y cuando la parte que corresponda a los seguros de dependencia no sea superior que la de los seguros de enfermedad.

4.5. CRÍTICAS.

En los debates previos a la aprobación de la ley tanto la gestión de caso como los puntos de asesoría a la dependencia han recibido críticas.

La gestión de caso prevista por el artículo 7a suscitó críticas por varios motivos. En primer lugar, la oposición parlamentaria consideraba problemático que la competencia de la gestión de caso radique en los seguros de dependencia, dado que podría no estar garantizada la debida neutralidad. Además pusieron en entredicho la independencia de los gestores de caso que, financiados por los seguros de dependencia, podrían anteponer al deseo de los afectados de disponer de una asesoría integral e independiente los intereses de los seguros de enfermedad de moderar los gastos a la hora de elaborar un plan individualizado de atención. En este mismo punto han insistido diferentes organizaciones representativas de personas en situación de dependencia, grandes organizaciones no lucrativas proveedoras de servicios sociales y expertos en la materia.

Otro punto de debate fue la cualificación de los gestores de caso. Diferentes expertos en la materia y las ONG señalaron que éstos debían seguir las recomendaciones elaboradas por la Sociedad Alemana de Gestión de Caso y Dependencia. También ha habido voces que reclaman una gestión de caso proactiva, no supeditada a que la persona en situación de dependencia acuda a un punto de asesoría.

La creación de los puntos de asesoría fue ampliamente criticada por diversos actores del sistema. Los seguros de dependencia y los proveedores privados de servicios sociales advirtieron del peligro que podría encerrar la creación de nuevas estructuras para la oferta ya consolidada.

Otro argumento que se ha hecho oír a menudo es el de la importante carga presupuestaria que podría suponer la creación de los puntos de asesoría.

El acuerdo ha sido muy criticado por parte de la oposición parlamentaria. Los Verdes argumentan que ceder a los länder la decisión de crear estos puntos integrales de asesoría podría ocasionar considerables desigualdades en la calidad de la atención.

Finalmente el proyecto de ley rebajó la obligatoriedad de crear un punto de asesoría para cada 20.000 personas, supeditándolo a las necesidades expresas de los respectivos länder. La dotación presupuestaria se redujo de tal manera que se ha pasado de los 4.000 puntos previstos inicialmente a 1.200.

4.6. SITUACIÓN ACTUAL.

El Ministerio de Sanidad informa que dos de los dieciséis gobiernos regionales optaron por no crear la estructura de centros de asesoría previstos por la ley. La ley preveía una financiación de 60 millones de euros para la financiación de hasta 1.200 puntos de asesoría. A 30.6.2011 habían sido creados solamente 353 centros de asesoría y se había utilizado 11.776.661 euros. 128 centros han hecho uso de la ampliación de su oferta a través del voluntariado, grupos de autoayuda o de la colaboración con entidades religiosas, de la sociedad civil u otras.

Los seguros privados de dependencia se han desvinculado de la creación de centros de asesoría iniciada por los seguros públicos. Han optado por crear una empresa conjunta, COMPASS, que ofrece asesoría telefónica y personalizada a domicilio.

En el actual informe sobre la situación del seguro de dependencia el Ministerio de Sanidad informa que si bien los seguros de dependencia han creado la figura del gestor de caso, presenta considerables diferencias en lo relativo a su encaje funcional. La mayoría de los gestores de caso han realizado la formación prevista de 400 horas.

Una encuesta representativa dio como resultado que el 45% de los hogares con una persona en situación de dependencia han recurrido a una asesoría individualizada, el 15% sobre el total ha recurrido a la gestión de caso, en su gran mayoría con un nivel de dependencia II, III o 0. El 83% de las personas en situación de dependencia que hacen uso de la gestión de caso tienen al menos dos citas con el gestor, el 76% tres y más. El 100% recurrió a la gestión de caso para elaborar un plan de atención individualizado, en el caso de los dependientes que recibieron una asesoría menos intensa fue el 47%. El 30% del conjunto hizo uso de la asesoría individualizada pero con una intensidad baja.

Por regla general son los familiares cuidadores los que acuden a la asesoría individualizada. En

el nivel I además acudió la persona en situación de dependencia, un porcentaje que bajó al 74% en el nivel II y al 57% en el nivel III.

La asesoría individualizada trata en su mayoría de la elaboración de un plan de asistencia individualizado, informar de interlocutores en diversos organismos y la puesta en contacto con los mismos. El 40% de los clientes de la asesoría individualizada se informó de ofertas de atención de baja intensidad y otras formas de apoyo (p. ej. grupos de autoayuda), el 39% de otras prestaciones sociales (ayudas para el alquiler, prestaciones sociales no contributivas). El 98% de los clientes de la gestión de caso afirma que la asesoría fue neutral.

Resulta preocupante que solamente el 25% de los cuidadores que recurren a la gestión de caso dice no tener problemas con la atención a sus familiares, el 56% dice poder asumir la atención más o menos bien, el 18% afirma tener serios problemas y el 1% dice no poder asumir la atención.

4.7. BALANCE.

Podemos constatar que la implantación de la gestión de caso ha sido un éxito relativo que se refleja en el alto grado de satisfacción de los usuarios y en una implantación que a primera vista parece ser aceptable, si bien resulta difícil de cuantificar.

Bien diferente son los resultados de la creación de los puntos de asesoría, cuyo número ha quedado muy lejos del inicialmente previsto. El fracaso de este aspecto de la reforma del 2008 es una prueba de la capacidad de resistencia de los principales actores del sistema, en especial de los seguros de dependencia y de los gobiernos regionales. Ha resultado imposible crear la igualdad de información de todos los actores en el mercado de la dependencia y no ha sido posible forzar la colaboración entre actores que compiten y tienen intereses divergentes. Por un lado, los puntos de asesoría pretenden institucionalizar elementos ajenos a la filosofía de la atención domiciliaria (estrategias individuales vs. redes de colaboración). Por otro lado, ha resultado un impedimento la voluntariedad de esta prestación ya que los puntos de asesoría no se consideran un derecho subjetivo de los asegurados.

5. REFLEXIONES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS.

El sistema alemán, anclado en una tradición familiarista y basado en el principio de la subsidiariedad, ha servido al menos parcialmente de modelo para la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Cabe preguntarse si este modelo puede contener elementos interesantes para seguir desarrollando el sistema español. En este sentido vemos que el sistema alemán es más cercano a los de los países mediterráneos que a los países de su entorno directo, los escandinavos o los anglosajones.

En relación con el aspecto de género, que resulta directamente del enfoque familiarista, hemos visto que también en Alemania la carga de los cuidados en el entorno domiciliario recae sobre todo en la mujer. Esto tiene un efecto directo sobre la tasa de natalidad. Alemania se sitúa en el grupo de países con una tasa muy baja, así como en la media de años de vida sana de las mujeres una vez cumplidos los 65 años. Pues bien, Alemania se sitúa a mucha distancia de los países escandinavos. Creo que valdría la pena reflexionar sobre el coste que tiene esta tradición familiarista para las mujeres ya que son ellas las que asumen el papel que el Estado y la sociedad se niegan a asumir de forma colectiva y solidaria.

En segundo lugar solamente unas breves reflexiones en lo relativo a la transferibilidad de buenas prácticas en un contexto de desmantelamiento del Estado de Bienestar como el que se está viviendo en la actualidad en España y en los riesgos que puede encerrar la mercantilización de la atención a la dependencia.

Se ha hecho referencia a varios proyectos de mejora de la atención en el entorno domiciliario; todos ellos conllevan un enorme gasto para el sistema. En otros capítulos de esta obra se ha insistido en que las buenas prácticas suelen ser costosas (véase el ejemplo holandés mencionado en el texto de Kai Leichsenring). Cabe preguntarse qué sentido tiene plantearse la transferibilidad de estos modelos, sumamente costosos, al contexto español. La LAPAD, como el resto de los sistemas del Estado de Bienestar están sufriendo enormes recortes. ¿Es legítimo y viable hablar de innovación en un momento de involución y de recortes?

¿No corremos el peligro de que esas innovaciones se conviertan en una estrategia de mercado del sector empresarial que pretende ofrecer mejores servicios a aquellas personas en situación de dependencia que dispongan de suficientes recursos para financiarlos?

¿En este panorama de recortes no supone la innovación renunciar a que estas buenas prácticas sean accesibles al conjunto de las personas en situación de dependencia? ¿Tienen las administraciones públicas y en especial el legislador la capacidad y/o la voluntad de impulsar o al menos asumir estas buenas prácticas e incorporarlas al catálogo de servicios y prestaciones de la LAPAD? ¿No existe el peligro de que en la coyuntura actual estas innovaciones se queden en los márgenes del sistema, creando de nuevo desigualdades territoriales o, peor aún, desigualdades sociales?

¿Es legítimo introducir buenas prácticas cuando el espíritu de la Ley, lograr la autonomía de las personas en situación de dependencia, ha pasado a un segundo plano?

¿Es sensato hablar de innovación cuando las contradicciones evidentes de esta Ley no han sido resueltas sino que se agravan con la crisis? A modo de ejemplo cabe mencionar la supuesta excepcionalidad de la prestación económica, que en algunas CCAA se ha convertido en la regla. O la escasa implantación del asistente personal, que podría haber sido una herramienta para lograr importantes cuotas de autonomía de las personas en situación de dependencia.

Citando a Gregorio Rodríguez Cabrero en su conferencia de presentación de la Fundación Pílares: *“No ha concluido aún el desarrollo del Estado de Bienestar en España y los desafíos futuros hacen que sea una institución a defender ya que su impacto en el bienestar alcanza a la gran mayoría de la población española.”*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung München, Berlín, 2011.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlín, 2011.

CASADO, DEMETRIO. Acercamiento a los métodos gestores centrados en el individuo, ponencia en las VII Jornadas del SIPOSO, Madrid, 2008 (mimeografiado).

DEUTSCHER BUNDESTAG. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordnete Hilde Mattheis, Dr. Karl Lauterbach, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 17/9203 – Ausbau der Pflegeinfrastruktur durch Pflegestützpunkte und Pflegeberatung, Berlín, 16.4.2012.

GKV-SPITZENVERBAND. Pflegeberatung, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 10, Berlín, 2012.

HEINTZE, CORNELIA. Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, WISO Diskurs, Friedrich Ebert Stiftung, 2012.

ISFORT, MICHAEL. Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen, en: Aus Politik und Zeitgeschichte, 4 -5, 2013.

RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO. El Estado de Bienestar en una sociedad en crisis, conferencia pronunciada en el acto de presentación oficial de la Fundación Pílares, Madrid, 26.9.2011.

