

# LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL MODELO DE BIENESTAR LIBERAL: CASOS DE IRLANDA Y REINO UNIDO

SONIA DE PAZ COBO

*Universidad Rey Juan Carlos*

*Dep. Econ. Aplicada I e Historia e Instituciones Económicas (y Filosofía Moral)*

Fecha de recepción: 10/10/2017

Fecha de aceptación: 1/11/2017

**SUMARIO:** 1. INTRODUCCIÓN. 2. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN IRLANDA. 3. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN REINO UNIDO. 4. BIBLIOGRAFÍA.

**RESUMEN:** Como es bien conocido, el estado de bienestar se preocupa de que todos los ciudadanos tengan cubiertas sus necesidades básicas, a cualquier edad y ante cualquier circunstancia, si bien existen distintos modelos en la consecución de su propósito. Sin embargo, no todas las aproximaciones a la concepción de ese término son iguales, existiendo distintas visiones según el país o la zona geográfica. El objetivo de este artículo es el de describir las principales características de los distintos servicios ofrecidos a la dependencia mediante los llamados cuidados de larga duración en Irlanda y Reino Unido, países del modelo liberal de bienestar.

**ABSTRACT:** As it's well known, the welfare state cares for all citizens have their basics needs covered, at any age and in any circumstances; there are anyway different models in prosecuting the target. Not all the approaches to the concept of the system are although si-

milar, with different visions depending on the country or geographical area. The objective we follow with the present paper is describing the main features of the different services that the Republic of Ireland and the United Kingdom, two of the so-called liberal welfare system, offer to their citizens in several aspects of long term care assistance.

**PALABRAS CLAVE:** Dependencia, cuidados de larga duración, *long term care*, modelo de bienestar liberal.

**KEY WORDS:** Dependence, long-term care, liberal welfare model.

## 1. INTRODUCCIÓN

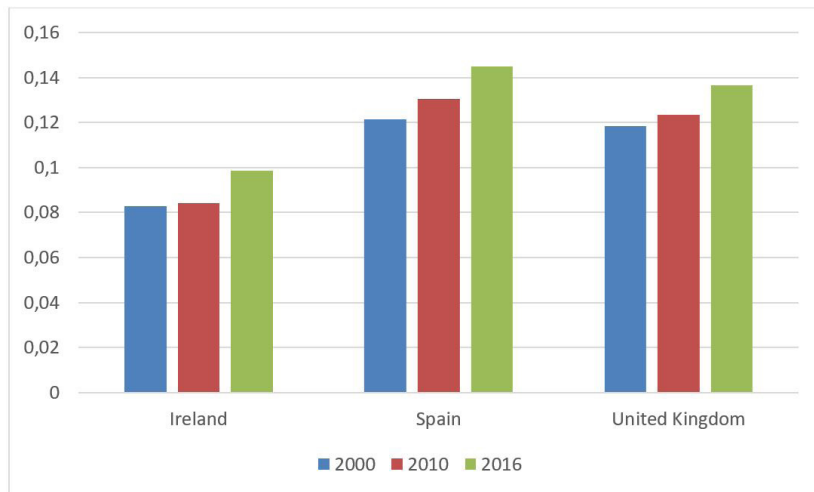
La atención a la dependencia, o los también llamados cuidados de larga duración (LTC, de sus siglas en inglés, *Long Term Care*), tienen como finalidad promover la autonomía personal, atendiendo las necesidades en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de la población, mejorando la calidad de vida, con el objetivo de facilitar la vida autónoma en su entorno habitual. Como es bien conocido, existe una fuerte relación entre edad y dependencia, como ponen por ejemplo de manifiesto (Walker, A., 1982) o más recientemente (Santacreu, A. M., 2016); así, uno de los efectos del cambio demográfico que están sufriendo los países desarrollados será el aumento de tales necesidades.

Distintos estudios analizan las diferencias y similitudes de los diferentes sistemas de atención a la dependencia en Europa; por ejemplo, (Rodríguez Cabrero y Marbán, 2013) diferencian cuatro modelos, en función de su organización general, sistemas de financiación y prestaciones entre otros. Dentro de los diversos modelos de bienestar que se desarrollan, se articula dicha atención de diferente manera, siendo el objetivo de este artículo el de describir cómo se plantean dichos cuidados en Irlanda y Reino Unido, países pertenecientes al llamado modelo de bienestar liberal.

Como características de ambos sistemas, es importante destacar su carácter asistencial, financiado mediante impuestos generales y el copago de los beneficiarios. La gestión se divide entre los servicios de salud nacionales, y la gestión de las Administraciones públicas. Destacamos la elevada libertad y responsabilidad del individuo a la hora de prever y organizar sus necesidades tanto presentes como futuras y el apoyo que recibe el cuidador, algo que lo hace muy distinto del sistema al que estamos acostumbrados en la Europa mediterránea.

Antes de profundizar en los distintos servicios ofrecidos, se muestra un breve excursión demográfico, para situar la población de referencia. El gráfico 1 recoge el porcentaje de población de 65 años o más edad, respecto al total de población, tanto en los países analizados como en España, con el fin de observar su diferencia. Cabe destacar que mientras España es uno de los países más envejecidos del mundo (López y de Paz, 2010), Irlanda se encuentra entre los países con menor número de personas mayores de Europa (Eurostat 2016).

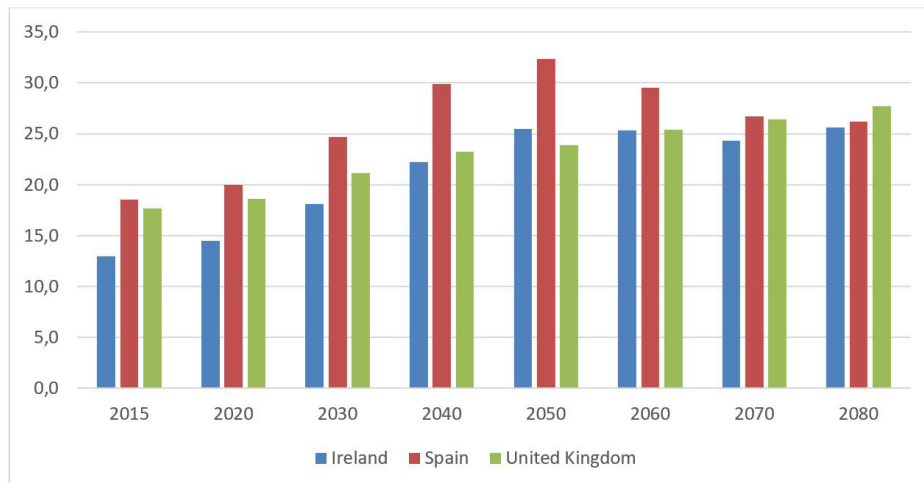
**Gráfico 1.** % de población de 65 o más edad sobre el total de la población a 1 de enero



Fuente: Elaboración propia. Eurostat. (2017)

Como se puede observar en el gráfico 2 de proyecciones demográficas (Eurostat 2016), se prevé que la población de mayor edad en los próximos años aumente considerablemente o incluso se duplique, lo que sin duda supondrá un fuerte incremento de las necesidades por este tipo de cuidados de la población en dichos países.

**Gráfico 2.** Proyección del % de población de 65 o más edad sobre el total de la población a 1 de enero



Fuente: Elaboración propia a partir de Projected demographic balances and indicators. Eurostat. (2017)

Pero existen ciertas diferencias en la percepción que los individuos tienen de los servicios recibidos en sus respectivos países; así, del análisis de la Encuesta Europea sobre Calidad de Vida de Eurofound (EQLS 2012), se obtiene que la calidad de LTC, valorada en una escala de 0 a 10, tiene una puntuación media de 5,4 y 5,8 en Irlanda y Reino Uni-

do (RU) respectivamente. Como comparación, conviene señalar que España obtiene una puntuación media del 6,2 en la misma encuesta. En relación con el grado de dificultad encontrado a la hora de recibir cuidados de larga duración, se distingue en dicha encuesta entre las dificultades provocadas por el coste, la disponibilidad, el acceso y la calidad. En cuanto al coste, cabe destacar que el 46,2% de los que respondieron en RU afirmaron no tener ninguna dificultad en este sentido, mientras que un menor valor, 37,7%, se sitúa en Irlanda. Muchas dificultades declaran un 33,8% y un 24,6% en Irlanda y RU, respectivamente. En el análisis de las dificultades por disponibilidad, se obtienen valores similares en ambos países, rondando el 40% los que admiten no tener ninguna dificultad. Es destacable el 33,8% que declara tener muchas dificultades en Irlanda, frente al 21% en RU. En cuanto al acceso, se dan valores similares tanto entre los que declaran tener muchas dificultades (12,7% en Irlanda, 14,3% RU), como entre los que declaran no tener ningún tipo de dificultad (52,2% y 54,7%, respectivamente).

Y, por último, en la dificultad percibida por la calidad de los servicios, el 61,8% de los encuestados en Irlanda declara no tener ninguna dificultad, mientras que en RU es el 54,7%. Muchas dificultades lo señalan el 11,5% de los irlandeses y el 12,7 en RU.

## 2. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN IRLANDA

**E**l objetivo principal de los LTC es que la mayor parte de los que necesitan tales cuidados continúen viviendo en el hogar. Esto cuidados se regulan bajo la Ley de salud de 2007 (Health Act 2007), con reglamento en 2009 y con Ley de discapacidad de 2005 (Disability Act 2005).

Los LTC son atendidos desde diferentes planes de actuación, siendo los principales:

- a. Sistema de cuidado en el domicilio
- b. Sistema de apoyo de enfermería
- c. Acuerdo de alojamiento en vivienda particular

### *a. Sistema cuidado en el domicilio*

Este plan tiene como objeto apoyar a las personas para que sigan viviendo en su comunidad; es un sistema administrativo, es decir, no está establecido en la ley, y no existe un derecho automático al régimen. Es operado por la Dirección del Servicio de Salud, HSE, de sus siglas en inglés *Health Service Executive*.

Pretende ayudar a las personas que necesitan un apoyo considerable, entre medio y alto, para continuar viviendo en su hogar independientemente. Cada área del HSE se responsabiliza de la operativa del sistema dentro de los recursos asignados para él en esa área, lo que puede ocasionar que el nivel de servicio o apoyo recibido puede variar en diferentes partes del país en función de la población local, sus necesidades individuales, de quién está disponible para prestar servicios, y de la demanda del plan. En un sistema que no se encuentra disponible en todas las áreas del país.

La ayuda disponible, en el marco del régimen, puede oscilar entre los 350€ y 500€ por semana, dependiendo de las necesidades individuales.

#### *b. Sistema de apoyo de enfermería*

Brinda apoyo financiero a las personas que necesitan cuidado de enfermería a largo plazo. El esquema es operado por el HSE, y cubre residencias de mayores tanto públicas como privadas y de organismos de voluntariado, siempre que se encentren entre los concertados.

Es necesaria la realización una evaluación financiera, con valoración de ingresos y activos, que los examinará para determinar el importe de contribución a la atención. El HSE pagará el saldo restante. Así, por ejemplo, si el coste de la atención fuese de 1000€ y la contribución semanal del beneficiario fuese de 300€, el HSE pagaría el saldo semanal de 700€. El beneficiario aportará el 80% de sus ingresos y el 7,5% del valor de cualquier activo, por año. Sin embargo, los primeros 36 000€ de sus activos, o 72 000€ si convive con pareja, no se tendrán en cuenta en la evaluación financiera. La residencia habitual solo se incluirá durante los primeros 3 años del tiempo de atención, lo que significa que se pagará una contribución del 7,5% en base a la residencia principal por un máximo de tres años.

#### *c. Acuerdo de alojamiento en vivienda particular*

El HSE puede acordar el alojamiento en viviendas privadas, cubriendo la totalidad o parte de los costes, con la comprobación inicial que la casa es adecuada para la persona, y que el cabeza de familia es una persona apta para prestar tales cuidados, debiendo proporcionar alimentos adecuados y suficientes, nutritivos y variados, y una asistencia adecuada, teniendo en cuenta las necesidades de la persona.

El HSE pagará al dueño de la vivienda una cantidad no superior a la mitad de la cantidad semanal de la pensión del Estado (no contributiva) pagadera en ese momento. Además, la persona alojada debe pagar una cantidad acordada con el HSE y el cabeza de familia. La pensión estatal (no contributiva) es un pago para personas mayores de 66 años, que no reciben una pensión estatal contributiva, o que solo reciben una pensión contributiva reducida. (En la actualidad el importe máximo para personas entre 66 años y menos de 80 es de 222€ a la semana; para los mayores de 80 años es de 232€).

#### *d. Otras*

Existen otros sistemas, como por ejemplo el subsidio del cuidador, que ofrecen atención y apoyo; sufragar el pago a personas de bajos ingresos que cuidan de un individuo que necesita atención debido a su edad, discapacidad o enfermedad (incluida la enfermedad mental). Es necesario que el cuidador no tenga un trabajo remunerado, ni tampoco por cuenta propia. Tampoco puede asistir a cursos de formación o cursos de educación fuera del hogar durante más de 15 horas a la semana.

Se establece una evaluación financiera, en la cual los primeros 332,50€ del ingreso bruto semanal no se tienen en cuenta, o si la persona está casada, o cohabita en pareja, los primeros 665€ de su ingreso bruto semanal. Para los cuidadores de menos de 66 años la cuota recibida máxima semanal es de 204€ por cuidado de una persona, y 306€ para 2 o más personas. Si el cuidador supera los 66 años, las cantidades aumentan a 242€ y 363€ respectivamente. Existe una ayuda adicional, si el cuidador tiene a su cargo algún hijo dependiente.

Los cuidados por descanso permiten que el cuidador pueda disfrutar de cortos periodos de descanso, por ejemplo, durante una noche, o incluso periodos más extensos, como por ejemplo unas vacaciones.

Estos cuidados son prestados en algunos casos por el HSE y en otros por organizaciones de voluntariado locales o nacionales. Su organización se realiza a través del servicio de enfermería de salud pública o médico de familia (GP), y los gastos son financiados por las áreas HSE locales sin coste para los individuos.

Dentro de este punto destaca la Red Nacional de Intercambio de Hogares para interrupciones cortas; asociación de personas y organizaciones dedicadas a utilizar, promover y proporcionar servicios basados en la familia de acogida.

### 3. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN REINO UNIDO

La atención a la dependencia en RU se desarrolla mediante la atención de cuidados de larga duración (LTC) bajo la Ley de Cuidados (Care Act 2014), que amplía la cobertura de las necesidades de cuidado, e introduce el “principio de bienestar” para sustentar el sistema de atención y apoyo. Las autoridades locales quedan obligadas a proporcionar y organizar servicios que favorezcan y ayuden a que las personas continúen viviendo en su residencia, o entorno, desarrollando los servicios de atención y apoyo necesarios, con el objetivo de cubrir sus necesidades. La forma en que las personas reciben estos servicios ha cambiado para ser más consistente en todo el país. Las autoridades locales deben asegurarse de que las personas puedan obtener la información y el asesoramiento que necesitan, para de esta manera tomar las mejores decisiones.

La Ley de Cuidados reforma el sistema de financiamiento para la atención y el apoyo, mediante la introducción de un límite en los costes de atención en los que las personas incurrirán a lo largo de su vida, entrando en vigor a partir de abril de 2020. Se prevén, de esta manera, acuerdos de pago aplazados, los cuales evitarán que las personas tengan que vender sus viviendas para pagar por su cuidado en un futuro (plan universal de pagos diferidos).

Reino Unido es uno de los pocos países europeos que se ha anticipado a los efectos del envejecimiento demográfico, y por consiguiente a la atención de la dependencia, con la entrada en vigor de la Ley del trabajo y la Familia, (Work and Families Act 2006). Bajo esta Ley, los cuidadores tienen derecho a un trabajo flexible, o al cambio de horarios, tiempos o lugares, partiendo de la idea de que los dos grupos, cuidadores y personas dependientes, tienen las mismas necesidades y los mismos obstáculos (Eurofound 2015).

Existen distintos sistemas de cuidado y apoyo ofrecidos desde los servicios públicos de salud (NHS, de las siglas en inglés del *National Health Service*), organizados en las distintas regiones históricas de RU (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte), destacando las siguientes:

- a. Atención médica continua
- b. Cuidado de enfermería

Se fija la necesidad de una evaluación inicial para los adultos con necesidades de atención y apoyo, identificando cómo las necesidades de la persona afectan a su capacidad y a su bienestar. Las autoridades locales tienen el deber también de llevar a cabo la evaluación de los cuidadores, cuando un cuidador parezca necesitar apoyo.

Existe la llamada Comisión de Calidad de Cuidado (CQC), de sus siglas del inglés “*Care Quality Commission*”, que es la encargada de regular la atención recibida, ya sea proporcionada por el NHS, autoridades locales, empresas privadas u organizaciones de voluntariado.



*a. Atención médica continua (NHS continuing healthcare)*

Es un cuidado gratuito, para adultos, fuera del hospital, organizado y financiado por el NHS. Ofrece atención y apoyo para satisfacer las necesidades evaluadas, sin coste. Se ofrece tanto en el hogar, como en entornos regulados. Para jóvenes y niños existe un servicio similar.

Debe ser evaluado por un equipo multidisciplinar de profesionales, formado por un mínimo de dos profesionales de la salud que ya estén involucrados en el cuidado del interesado. Se fija un tiempo medio aproximado para la evaluación de 28 días.

La evaluación del equipo considerará las siguientes necesidades: comportamiento, comprensión, comunicación, necesidades psicológicas, movilidad, incontinencia, respiración, control de los síntomas mediante terapias y medicamentos, estados alterados de conciencia y otras necesidades significativas. A estas necesidades se les da una puntuación marcada como “prioridad”, “grave”, “alto”, “moderado”, “bajo” o “no necesita”. Si la persona evaluada tiene al menos una necesidad prioritaria, o necesidades graves en al menos dos áreas, debe ser cubierto con este tipo de atención. También puede ser atendido bajo distintas necesidades. Las necesidades y los servicios de apoyo ofrecidos deben revisarse dentro de los tres meses desde su puesta en funcionamiento, y posteriormente por lo menos anualmente.

Si la persona evaluada no puede ser atendida bajo este sistema, pero se considera que requiere atención, recibirá el apoyo necesario bajo otro sistema, como por ejemplo los cuidados de enfermería financiada.

Existen dos vías de acceso al servicio; una rápida, en la que la evaluación se realiza en un plazo que no excede las 48 horas, y otra estándar. Según datos del NHS, en 2016 fueron atendidos 58 723 individuos por el sistema estándar del NHS, lo que equivale a 127 individuos de cada 100 000 individuos mayores de edad, y 17 116 por la vía rápida del sistema, lo que equivale a 37 individuos de cada 100 000 individuos mayores de edad. (<http://www.content.digital.nhs.RU/catalogue/PUB23868/nhs-chc-eng-q3-2016-17-rep-V2.pdf>).

*b. Cuidado de enfermería (NHS funded nursing care)*

Los cuidados de enfermería son proporcionados desde 2007 por enfermeras habilitadas, en hogares de cuidado, e incluyen la planificación, supervisión y la atención de enfermería directa. El NHS contribuirá con una tarifa única directamente al hogar de cuidado por los costes de la atención, siendo en Inglaterra

para el periodo comprendido entre 2015 y 2016 de £112,00 por semana (tarifa estándar), si bien pueden producirse pequeñas diferencias a lo largo del territorio. Todos los solicitantes deberán ser evaluados, para de esta manera conocer plenamente las necesidades y podrá acceder a dicho servicio toda persona que no pueda ser atendida bajo la atención médica continua y resida en un hogar de cuidado de enfermería.

Otro importante sistema de atención y cuidado a la dependencia es el ofrecido por los Servicios Sociales. Los servicios de atención y apoyo suelen incluir equipos para mejorar la independencia, ayuda en el hogar, apoyo y actividades en la comunidad (asistencia al trabajo, a la iglesia, a otras actividades en la comunidad), centros de día, adaptaciones del hogar, atención residencial, apoyo financiero o apoyo para cuidadores, entre otras fórmulas.

El cuidado a domicilio no debe confundirse con el cuidado recibido de familiares o amigos sin el correspondiente pago. Dicho cuidado puede cubrir el cuidado personal, como lavar o vestirse, el cuidado doméstico, cocinar, enfermería y atención médica, o simplemente compañía, y puede ser muy flexible, desde 15 minutos diarios, hasta 24 horas al día.

Estos servicios, conocidos como “servicios de apoyo a la vida”, también pueden incluir ayuda financiera, para medicamentos, defensa, apoyo social o un lugar para vivir en una familia que cuidará de la persona, conocido como “servicios de vida compartida”.

Los servicios proporcionados por las autoridades locales pueden ser financiados total o en parte por ellas, o también a través de pagos directos de la persona atendida.

Organizaciones benéficas como Age UK y Carers Trust proporcionan servicios de ayuda a domicilio y asistencia doméstica; Carers Trust apoya a los cuidadores dándoles un descanso de sus responsabilidades de cuidado a través de los servicios de atención domiciliaria. Las enfermeras de Marie Curie ofrecen apoyo práctico y emocional para las personas cerca del final de sus vidas en sus propios hogares.

También existen hogares residenciales de cuidado permanente, que pueden ser de propiedad privada o dirigidos por organizaciones benéficas u organismos locales. Algunos serán hogares de cuidado pequeños, basados en viviendas domésticas, mientras que otros serán grandes centros residenciales.

Se establece también un apoyo al cuidador, si bien se define como cuidador a alguien que ayuda a otra persona, generalmente un pariente o amigo, en su vida cotidiana; no es lo mismo que alguien que provee cuidado profesionalmente, o a través de una organización de voluntariado. La Ley de Cuidados además establece los derechos legales de los cuidadores, a la evaluación y apoyo; se refiere principalmente a cuidadores adultos que están cuidando a otro adulto. Con anterioridad a dicha Ley, los cuidadores no tenían derecho a recibir apoyo, aunque las autoridades locales podían proporcionarlo.

La Ley de Cuidados otorga a las autoridades la responsabilidad de evaluar la necesidad de apoyo de los cuidadores. Si tanto el cuidador como la persona atendida están de acuerdo, se puede realizar una evaluación conjunta de las necesidades. Hay que destacar que se establece que, si apoyar a un cuidador implica proveer cuidado a la persona que está siendo atendida, y la autoridad local cobra por ese tipo de cuidado, la autoridad debe llevar a cabo una evaluación financiera de la persona que está siendo atendida.

En relación con la financiación es necesario señalar que la mayoría las personas que reciben atención deben pagar al menos una parte del cuidado, e incluso algunos pueden llegar a pagar el importe total. De esta manera, las autoridades locales cubren parte o incluso la totalidad del coste de la atención, pero la financiación recibida se somete a la evaluación de los recursos: el importe recibido está en función de las necesidades, los ingresos y/o bienes del perceptor y del nivel, tipo de atención y apoyo que necesita. Existen otras fuentes de financiación, como las ayudas de organizaciones benéficas respaldadas por el gobierno.

Las autoridades locales no financian los servicios de atención a aquellos con rentas y/o propiedades mayores a £23 250 (las cifras se revisarán a partir de abril de 2020).

Los organismos locales deben ofrecer la oportunidad de aplazar/diferir el pago si se cumplen ciertos requisitos; es decir, si no se dispone de suficientes ingresos para cubrir los honorarios del cuidado (importe inferior a £23 250). Los ahorros no deben incluir el valor de la vivienda de residencia, pero sí el importe en cuentas bancarias. La autoridad local, llegado el caso, podría establecer una “carga legal” (similar a una hipoteca) a la propiedad, para posteriormente hacer frente a los honorarios de cuidado. La capacidad de pago se basa en los ingresos menos un conjunto de “subsidio de renta disponible” (actualmente £144 por semana).

Planificar las necesidades futuras de atención o cuidado no es una tarea fácil, ya que estimar el tiempo que se requerirán, o el tipo de atención, es incierto. La Ley de Cuidados establece que, a partir de abril de 2020, se fije un tope en los costes soportados por el dependiente, lo que implica que, una vez alcanzado dicho importe, las autoridades locales se deben hacer cargo del coste de las necesidades de atención, si bien no cubrirían los costes de la vida diaria.

Entre el 1 de abril de 2015 y el 31 de mayo de 2016 se presentaron 1 811 000 solicitudes nuevas al programa de Apoyo a Corto y Largo Plazo en Reino Unido, SALT, (Short and Long Term Support), (<http://www.content.digital.nhs.RU/catalogue/PUB23868/nhs-chc-eng-q3-2016-17-rep-V2.pdf>). El 28% de ellas procedían de personas de entre 18 y 64 años, y el 72% restante, de personas de 65 años o más años. Se ofrecieron 245 000 casos completos de apoyo a corto plazo, para mejorar la independencia, y 873 000 personas recibieron apoyo a largo plazo en el periodo estudiado.

El total de los gastos corrientes brutos de los servicios sociales entre 2015 y 2016 es un 18 por ciento mayor que entre 2005 y 2006, ascendiendo a £16,97 miles de millones en

2015-2016. De ellos, £13,06 miles de millones se dedicaron a atención a largo plazo (77% del gasto corriente), £554 millones a atención a corto plazo (3% del gasto corriente bruto) y los restantes £3,36 miles de millones (20% del gasto corriente bruto) a otros gastos sociales.

El coste medio de la atención por adulto y semana fue £716 para el cuidado residencial a largo plazo y £596 para cuidados de enfermería a largo plazo. El coste medio de los servicios de atención domiciliaria proporcionados internamente fue de £30,75 por hora y el cuidado domiciliario proporcionado externamente fue de £14,28 por hora, en el periodo considerado.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

Eurofound (2015). *Working and caring: Reconciliation measures in times of demographic change*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Comisión Europea (2016). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability*. Volume 1. Economic and Financial Affairs Economic Policy Committee institutional paper, nº 37.

LOPEZ, E., DE PAZ, S., (2010). El envejecimiento de la población y la Ley de Dependencia. *Diario La Ley*, nº7475.

RODRÍGUEZ, G., MARBÁN, V., (2013). La atención a la dependencia en una perspectiva eu-ropea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid, Editorial Tecnos.

SANTACREU, A. M., (2016). Long-run Economic effects of change in the age dependency ratio. *Federal Reserve Bank of St. Louis*, nº17.

WALKER, A., (1982). Dependency and Old Age. *Social Policy & Administration*, 16:115-135.

#### Referencias bibliográficas digitales

<http://www.content.digital.nhs.RU/catalogue/PUB23868/nhs-chc-eng-q3-2016-17-rep-V2.pdf>

**SONIA DE PAZ COBO**

Universidad Rey Juan Carlos

Dep. Econ. Aplicada I e Historia e Instituciones Económicas (y Filosofía Moral)

@SoniadePaz\_urjc