

UNIVERSITAT



POMPEU FABRA



IV Workshop on The evaluation of public policies for sustainability long-term care in Spain.

[International Long-Term Care Policy Network.](#)

Albacete 30 de Junio 2017

Guillem López Casasnovas

MACROECONOMIA DEL CUARTO PILAR. LA SOSTENIBILIDAD Y SOLVENCIA

DE LA LEY DE DEPENDENCIA Los resultados de los cuidados de la dependencia (avanzando en modo ASCOTT, desde la morbi-mortalidad al bienestar de la autonomía funcional)

INDICE:

- **GENETICA**
- **INTERVENCION Y EFECTOS**
- **DISFUNCIONES MITIGABLES**
 - **POR LA INVESTIGACIÓN**
 - **POR LA GESTIÓN**
 - **CONCERTACIÓN**
 - **EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

Razones de la intervención pública en LTC: (i) corregir un fallo de mercado, (ii) tutelar un bien social preferente

- El problema radica en la demanda no anticipada, y no en la oferta
- Sin percepción de efectos cuando las probabilidades son encadenadas (esperanza de vida, dependencia, grado) y aparentan lejanas en el tiempo (para que la prima aparezca como razonable)
- Cobertura pública frente a la miopía previsora? Alternativas posibles: Regulación (obligatoriedad de aseguramiento). Financiera: responsabilización (en ingresos: vía cotización o impuestos; en gastos: transferencia indemnizatoria; suministro de servicios –de producción propia o concertada-, prestación monetaria)
- Estrategia preventiva vs reparadora: Tasa de descuento. Ley ‘de promoción de la autonomía’; de servicios (la monetaria, excepcional), del Estado (AGE y CC.AA.) – no de Seg. Social. Con fuerte impronta territorial (histórica)

Diseño legislativo de la cobertura pública de la dependencia en España

- Ley de derechos (expectativas)
- Universal pero con prueba de necesidad relativa y de medios, desconectada del gasto social
- Queriendo equilibrar el terreno entre cuidado domiciliario (inequidad de anclajes) e institucional (contra la ‘erradicación’ del entorno)
- Pretensión profesionalizadora: buscando formación, haciendo emerger tareas y con ‘filón de empleos’ asociables
- Contando inicialmente con el sector privado y el tercer sector
- Fuera de la competencia exclusiva estatal (Seg. Social), buscando complicidades territoriales (y necesitando coordinación)
- Con participación financiera del usuario

Realidad

- Financiación no resuelta
- Operativa deficiente
- Encaje autonómico
- Escasa cultura gestora
- Regulador polizón
- Sin marco legal estable
- Sin estrategia sociosanitaria efectiva
- Sin valentía en innovaciones

No me digas qué valoras: enséñame tu presupuesto
(*“Don’t tell me what you value. Show me your budget,
and I will tell you what you value”*).

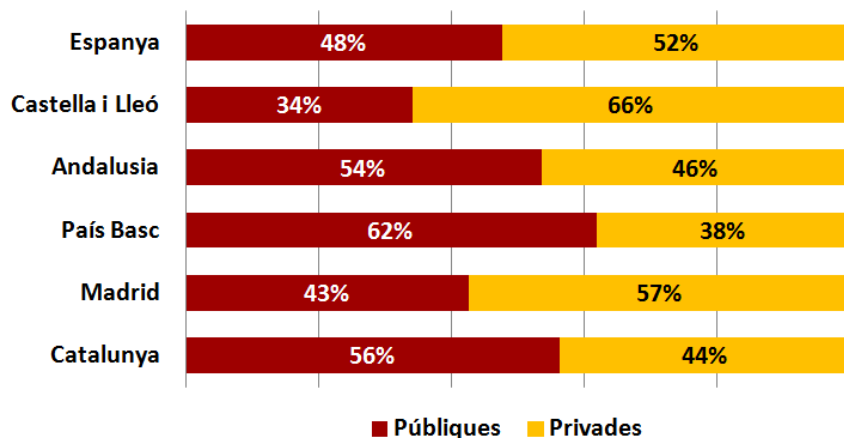
- LA SOSTENIBILIDAD Y SOLVENCIA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA DEPENDÈNCIA
- LA FINANCIACIÓN. LA NECESIDAD DE UN MARCO ESTABLE DE LA PROVISIÓN PÚBLICA CON PRODUCCIÓN CONCERTADA
- A FAVOR DE AFECTAR LA RECAUDACIÓN DEL IMPUESTO DE SUCESIONES POR EFICIENCIA Y EQUIDAD ANTE UNA RENTA ACCEDIDA Y NO GANADA, Y UN PATRIMONIO PRESERVADO DE LIQUIDACIÓN

Fuente: IMSERSO (2014) “Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2013”

	Beneficiaris del SAAD (% població total)	Serveis	Prestacions econòmiques en l'entorn familiar
Catalunya	1,72%	51,76%	48,24%
Madrid	1,57%	78,91%	21,09%
País Basc	2,35%	53,52%	46,48%
Andalusia	2,13%	67,22%	32,78%
Castella i Lleó	2,98%	77,62%	22,38%
Espanya	1,71%	64,10%	35,90%

Comparació amb altres territoris

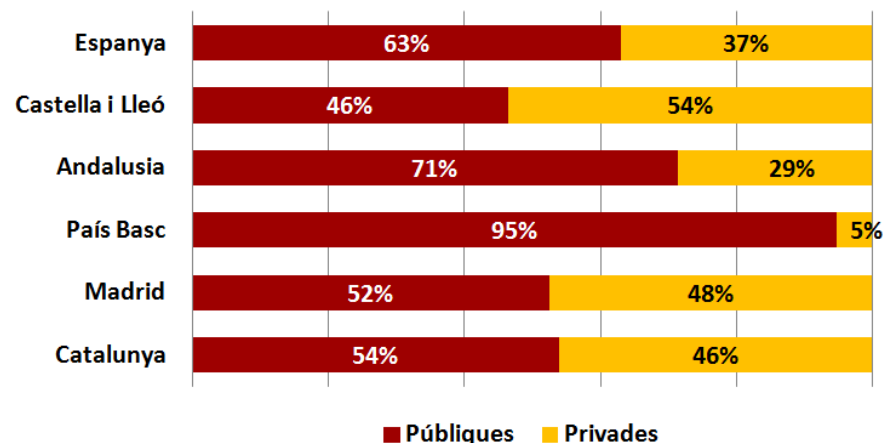
Plazas Residenciales



	Públiques	Privades	TOTAL
Catalunya	37.329	28.115	66.205
Madrid	22.007	29.515	51.526
País Basc	12.468	6.012	20.190
Andalusia	23.217	19.770	43.306
Castella i Lleó	15.294	29.354	44.648
Espanya	181.656	196.356	381.480

: Observatorio

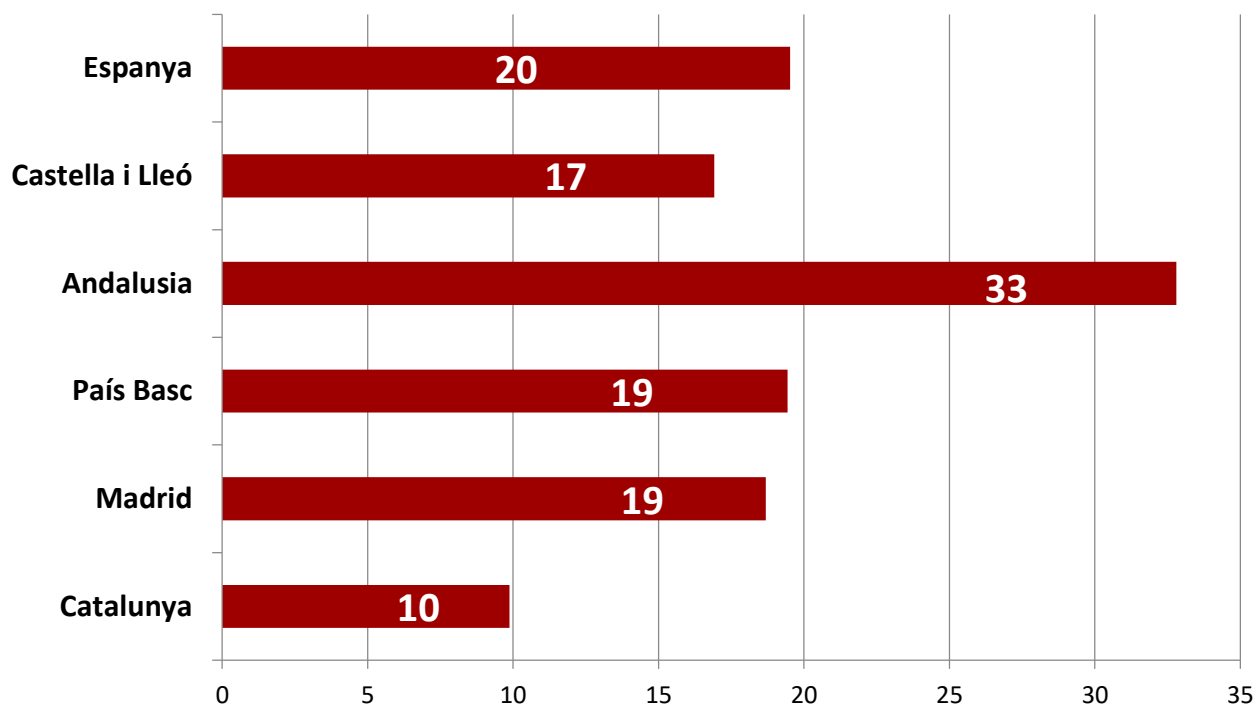
Plazas Centro de Dia



	Públiques	Privades	TOTAL
Catalunya	8.841	8.702	17.543
Madrid	7.811	7.071	14.882
País Basc	3.755	395	4.150
Andalusia	8.559	3.437	11.996
Castella i Lleó	2.255	2.599	4.854
Espanya	54.404	32.015	86.419

SAD: Comparación con otros territorios

Media en horas/mes por usuario SAD (2013):



Font: IMSERSO (2014) *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2013*. Elaboració pròpia.

- **Ley 'no financiable'**
- **Situación actual: 1,600,000 dependientes, 750,000 beneficiarios y 950,000 prestaciones; 300 mil Grado 1 dictaminados y a la espera de prestación; 120 mil solicitudes pendientes y habiendo doblado el nivel de gasto previo (entre el 0.7 y 0.8 % del PIB)**
- **Lo normal, la excepción: prestaciones económicas y por cuidados en el entorno, de cuidadores informales**
- **Con tasa de recuperación estimada (retornos directos de la actividad de servicios) que no alcanza un tercio del gasto; un copago que se sitúa en torno al 22% y en una financiación restante asimétrica de 3/4 CC.AA., 1/4 AGE**

ABORDAJE TEMÁTICO

PROBLEMÁTICA GENERAL Y CONDICIONES SOBREVENIDAS

Nueva financiación. Autonómica? Afectación sucesiones? (*The Economist* May 2017)

Nuevos *targets* emergentes de equidad

Calidad, tarifas, sostenibilidad: Dilema. Concentrar o expandir?

LOS SENSORES ANTE LOS NUEVOS RETOS

Torre de control Anticipar

Radar Priorizaciones

Expertos controladores en el cuadro de mando

T2, T3? Silos sociosanitarios?

REVISAR la intervención pública:

Previsibilidad de la necesidad? (un 25% de los que alcanzan los 65 años –un 20% del total de la población en poco tiempo) Miopía... Las transiciones (entrar o no entrar en dependencia, movimiento entre grados y niveles: factores explicativos, atenuables por la acción, costes evitables con prevención (ACB de programas)

Efecto catastrófico: la desigual distribución de los costes de los cuidados a lo largo de la vida (cobertura graduable y priorizada). Red de seguridad mínima universal y básica sólo tras prueba de medios?

(...)

- Equidad: correlación renta/ dependencia (más renta más supervivencia más dependencia). Regresividad de un servicio universal?
- *Fallo de mercado* por escaso desarrollo de productos.... Anualidades, hipotecas inversas, usufructos (venta de nudas propiedades) o combinados. Las limitaciones del aseguramiento privado. Cubrir coste de servicios vs 'tanto alzado' indemnizatorio y libre decisión.

RESPUESTA posible: Entre la regulación y la provisión. Subsidiar, obligar?

LOS FOCOS (i) LAS CUESTIONES DE INVESTIGACION

Revisión de componentes con propuestas basadas en la evidencia, en torno a

- Dinámica de prestaciones económicas prevalentes. Razones y reconducción. Variables explicativas (A. Resúa, R. Del Pozo, S Jiménez Arnau Mestre, J Vall)
- Operativa. Baremación a intervalos discretos. *Phasing-out*. Ineficiencia e inequidad. *Accountability* y alternativas *smoothing* (H. Hernández, G Lopez)
- Transiciones. Integración e incentivos. Sistemas de información y evaluación. Inequidades (C. Nicodemo, H. Hernández, G Lopez)
- Costes actuariales y riesgo asegurable: “Factoría” M Guillén, M Ayuso, R Alemany

- Equidad del ‘playing field’ (P Garcia, H Hernandez, G Lopez) en morbi mortalidad
- Prevalencia y riesgo catastrófico (M Ayuso et al) y Provisión y financiación (MA Tortosa)
- The role of Informal Care (P Garcia, S Jimenez, C Vilaplana, J Costa, J Oliva) e Interrelación Sociosanitaria (S Jiménez, J Costa, Vilaplana)
- Equilibrios generacionales de bienestar (G. Lopez) (Cio Patxot, G Souto)
- Reformulación de los copagos (R del Pozo, I. Pardo y Francisco Escribano-Sotos)

WORK IN PROGRESS Inequality in LTC public Benefits

Garcia-Gomez, Hernandez-Pizarro and Lopez-Casasnovas

- While publicly provided LTC services are concentrated among the worse-off, the better-off receive a voucher to cover LTC expenses from their preferred provider. Moreover, cash benefits to cover informal care costs, the most preferred benefit, becomes an slightly pro-rich distribution, especially after the reform and although in 2011 it was equally distributed.
- In fact, after accounting for need, inequity is larger compared to inequality . Yet, the better-off differ from the worse-off in the intensity of informal caregiving. The former are more likely to combine it with formal services, while the later have disproportionately more informal caregiving as a unique public benefit. We find that that informal caregiving is more concentrated among the better well-off and nursing homes are concentrated among the poor. While the pro-rich inequity contrast with results from the period without LTC system, the concentration of intensive informal caregiving among the poor does not.
- The persistency on the intensity should be addressed not only for equity reason but also because of the negative externalities documented of informal caregiving. The caregivers who provide intense care are more prone to have worse labour market and health outcomes.

AMBITOS DE INTERÉS LA DESIGUALDAD Y SUS VARIACIONES. LA EFF

- Utilizando la Encuesta Financiera de las Familias (Banco de España), estudiamos la evolución desde el 2002 hasta el 2014 en términos de ingresos y riqueza de unidades familiares dónde el miembro principal pertenece a diferentes grupos de edad, con el objetivo de analizar si la desigualdad entre generaciones ha incrementado durante la crisis económica española. Los resultados principales sugieren que ha habido un empeoramiento en la media y la mediana de los ingresos en 2011 con respecto al 2002 por parte de las generaciones más jóvenes. En particular, para las unidades familiares dónde el adulto pertenece al grupo de edad menor de 35 años, la mediana de sus ingresos se ha visto reducida en un 21%, mientras que para el grupo de edad más avanzada, el descenso ha sido solo del 10%. En términos de riqueza la divergencia es si cabe, superior: mientras que en las cohortes más jóvenes la mediana de riqueza es solamente 3% mayor en el 2011 respecto al 2002, el aumento para los adultos de entre 65 y 75 años es del 52% aproximadamente. Probablemente, este desequilibrio generacional es superior al que podemos observar con estos datos, ya que en 2011, las unidades familiares con adultos jóvenes se redujeron un 32%, lo que sugiere que aquellos con peor situación económica, tuvieron que dejar sus hogares y volver a la unidad familiar de sus progenitores o familiares..

DESIGUALDAD EFF. Varianzas y evolución por edades

Edad **22-34** Edad **35-44** Edad **45-54** Edad **55-64** Edad **65-74** Edad **75+**

- Encuesta **1994**

224.7691 247.0893 301.7995 328.4439 340.7083 **320.9019**

- Encuesta **2002**

226.7340 249.3429 312.1177 358.0048 335.6157 **415.3453**

- Encuesta **2006**

213.2015 285.3951 331.3008 421.3013 457.1221 **482.4484**

- Encuesta **2010-2014**

213.2237 228.8924 282.0125 368.2793 408.0911 436.2350

INTERRELACIÓN EDAD, RENTA Y SALUD

Does a *higher relative share of elderly people reduce health inequality*, being all these *aged population more similar in health conditions*?. The underlying **hypothesis** here is that as health capital deteriorates the variance of health (or self assessed health status) decreases. In other words: a more similar within cohorts self assessed (worse) health for older groups, given its larger share on total population, may more than offset the larger differences which otherwise would be observed between young and old cohorts. Has the joint socioeconomic distribution for each age cohort changed over time? Is the transmission mechanism from SES to health what did change? Is this the result of an endogenous public policy (pensions, education, banning smoking..)?

Four different factors may be therefore in place in our analysis: (i) **how does the distribution of health evolves over the life cycle of the individuals**, (ii) **whether this distribution changes across different generations**, (iii) **how do socioeconomic factors affect health as individuals' age and**, finally, (iv) **how cultural values across generations play in narrowing or widening (self-assessed) health**.

Aging and Inequality in Income and Health

By ANGUS S. DEATON AND CHRISTINA H. PAXSON*

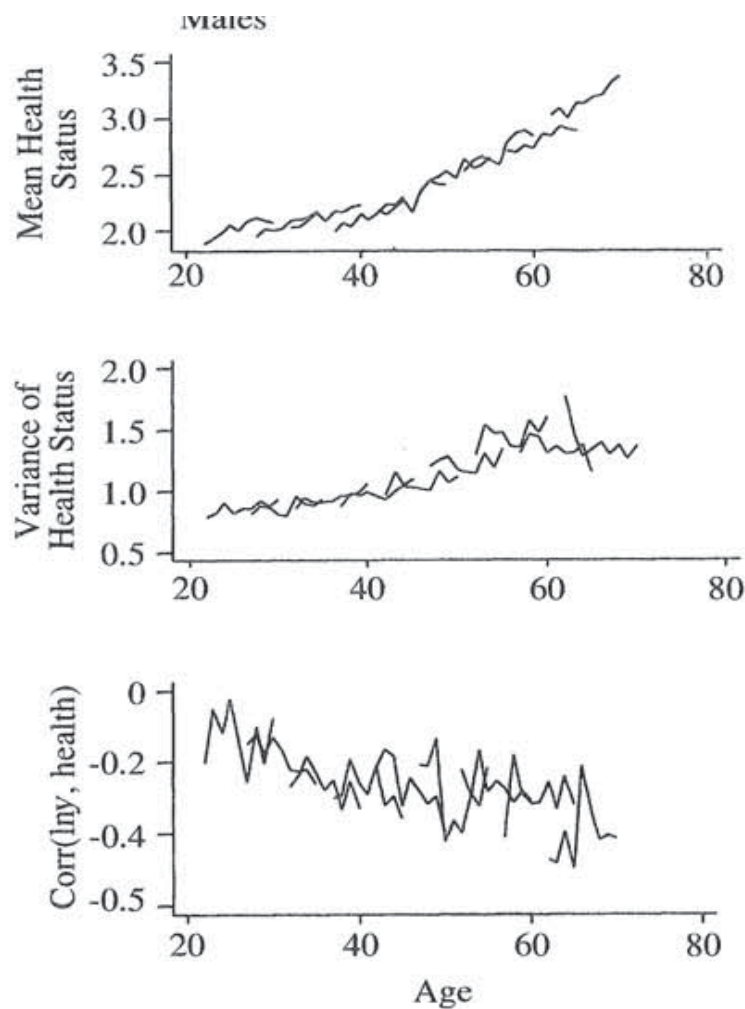


FIGURE 1. HEALTH STATUS, THE VARIANCE OF HEALTH STATUS, AND THE CORRELATION BETWEEN HEALTH AND INCOME FOR COHORTS IN THE PSID, MALES

AER papers and Proceedings May 1998

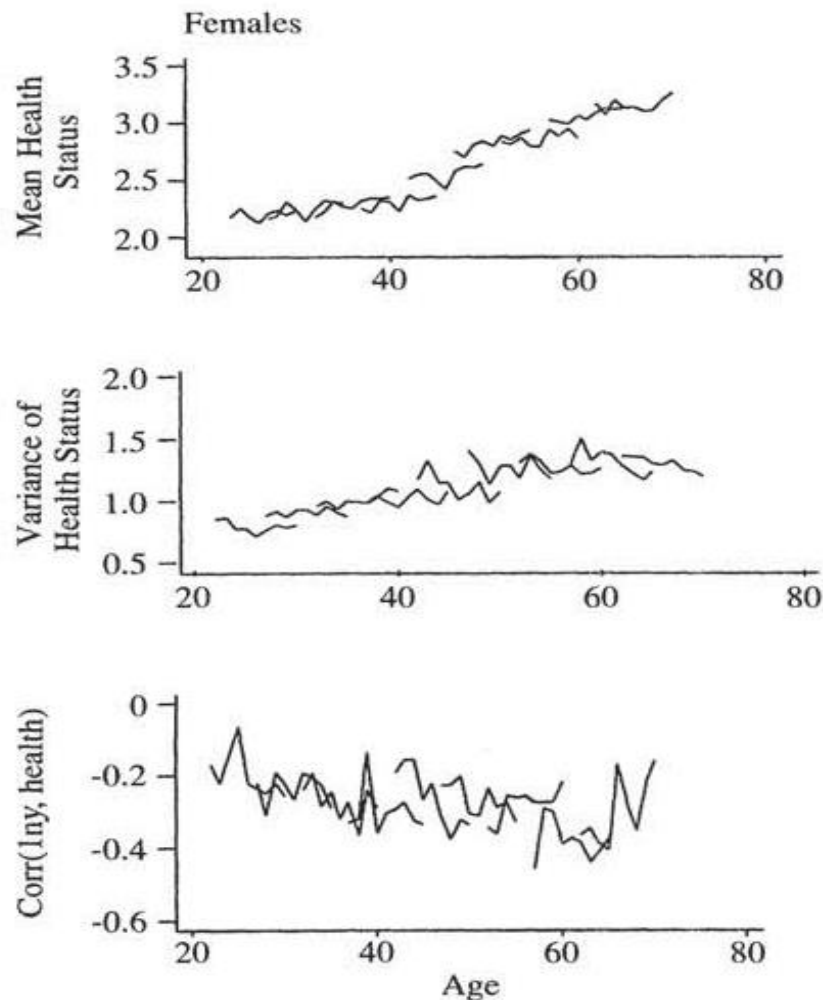


FIGURE 2. HEALTH STATUS, THE VARIANCE OF HEALTH STATUS, AND THE CORRELATION BETWEEN HEALTH AND INCOME FOR COHORTS IN THE PSID, FEMALES

The two data sets yield very similar patterns in the age profile of the correlation between income and health. For both men and women, the correlation between SRHS and income weakens after age 60, as SRHS deteriorates in general. But this is not simply a matter of the elderly having uniformly poor health status.

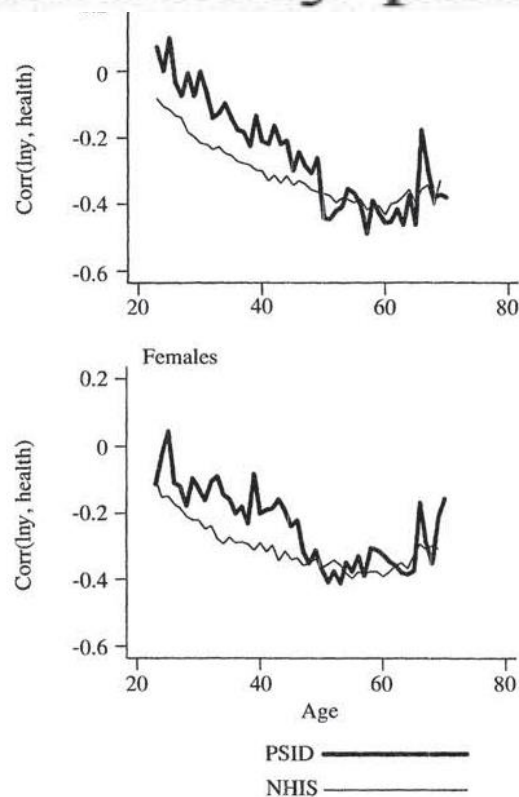
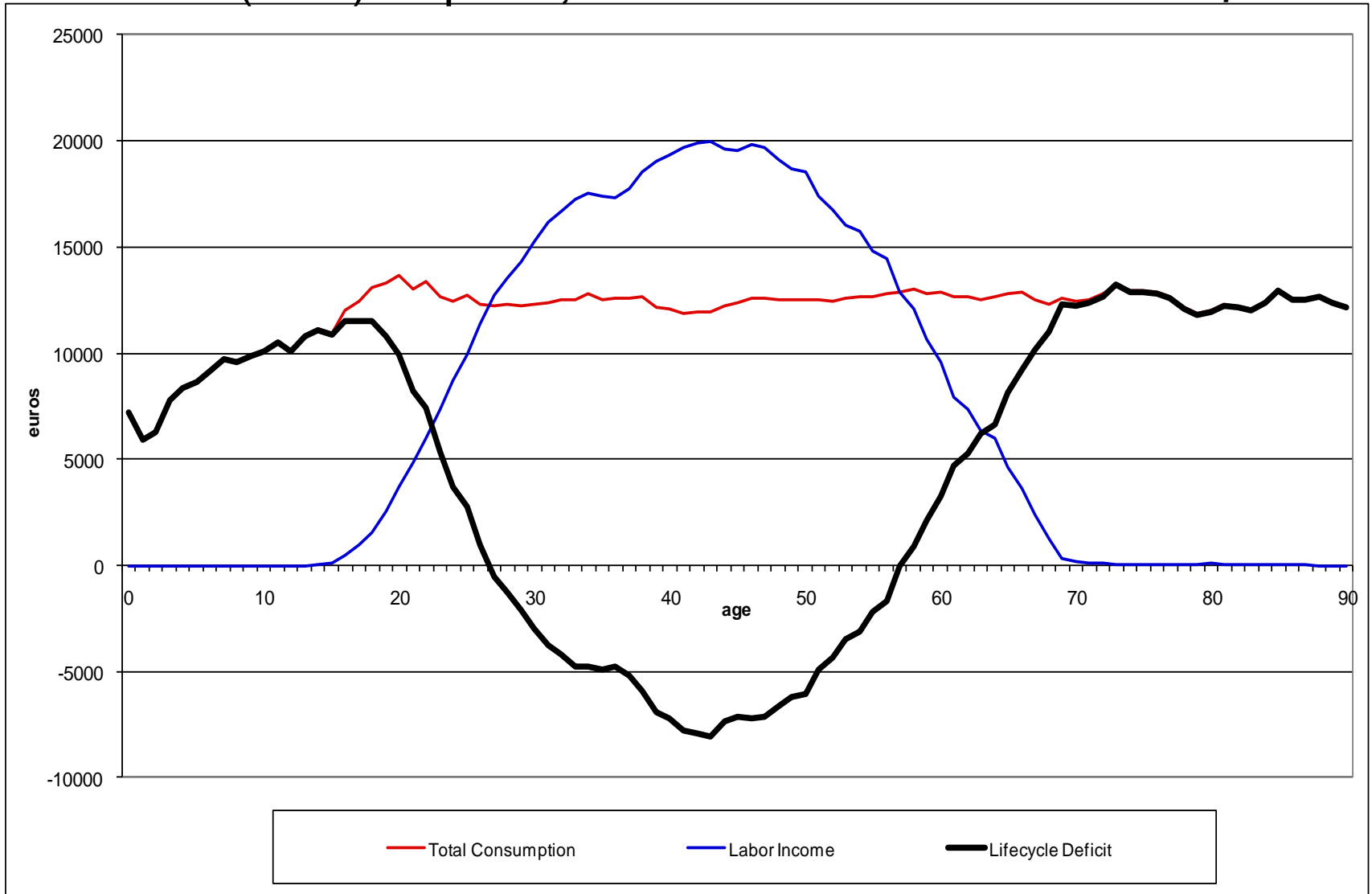


FIGURE 3. ESTIMATED AGE EFFECTS
IN THE CORRELATION BETWEEN SRHS
AND LOG INCOME (THE GRADIENT)

CICLO VITAL. EVOLUCIÓN MEDIA. Cuentas de transferencias nacionales (NTA) España, 2000

Patxot et al 2012 AUSENTE *non paid work*



Consumo privado y público – Renta laboral = Déficit del ciclo vital (LCD)

CONSOLIDACIONES

National Transfer Accounts age profiles obtained (Patxot et al. 2012) for the four main per capita age profiles. The **life cycle deficit (LCD)**, together with the three possible ways of reallocating resources between age groups: **public transfers (TG)**, **private family transfers (TF)** and **asset-based reallocations (ABR)**. As expected, LCD is positive out of the central working age (from 26 to 58 in this case); that is, individual consumption exceeds labour income for those ages, while it is negative during working age. Second, as a consequence of their economic dependence, the young and the elderly receive net transfers from the government—TG is positive— while they contribute—TG becomes negative—during the productive ages. Note that the cutting ages for LCD and TG are not exactly the same—TG is negative from 24 to 60

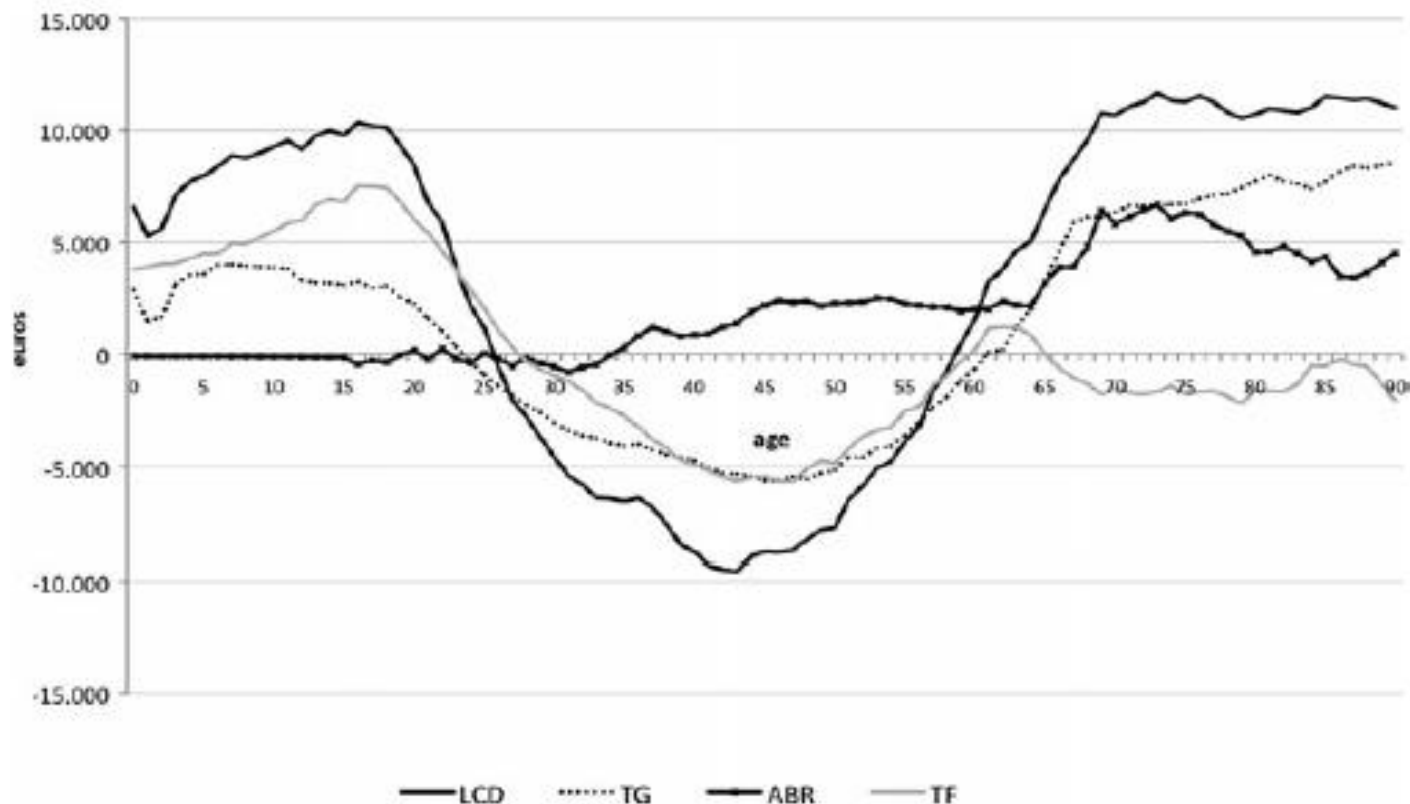
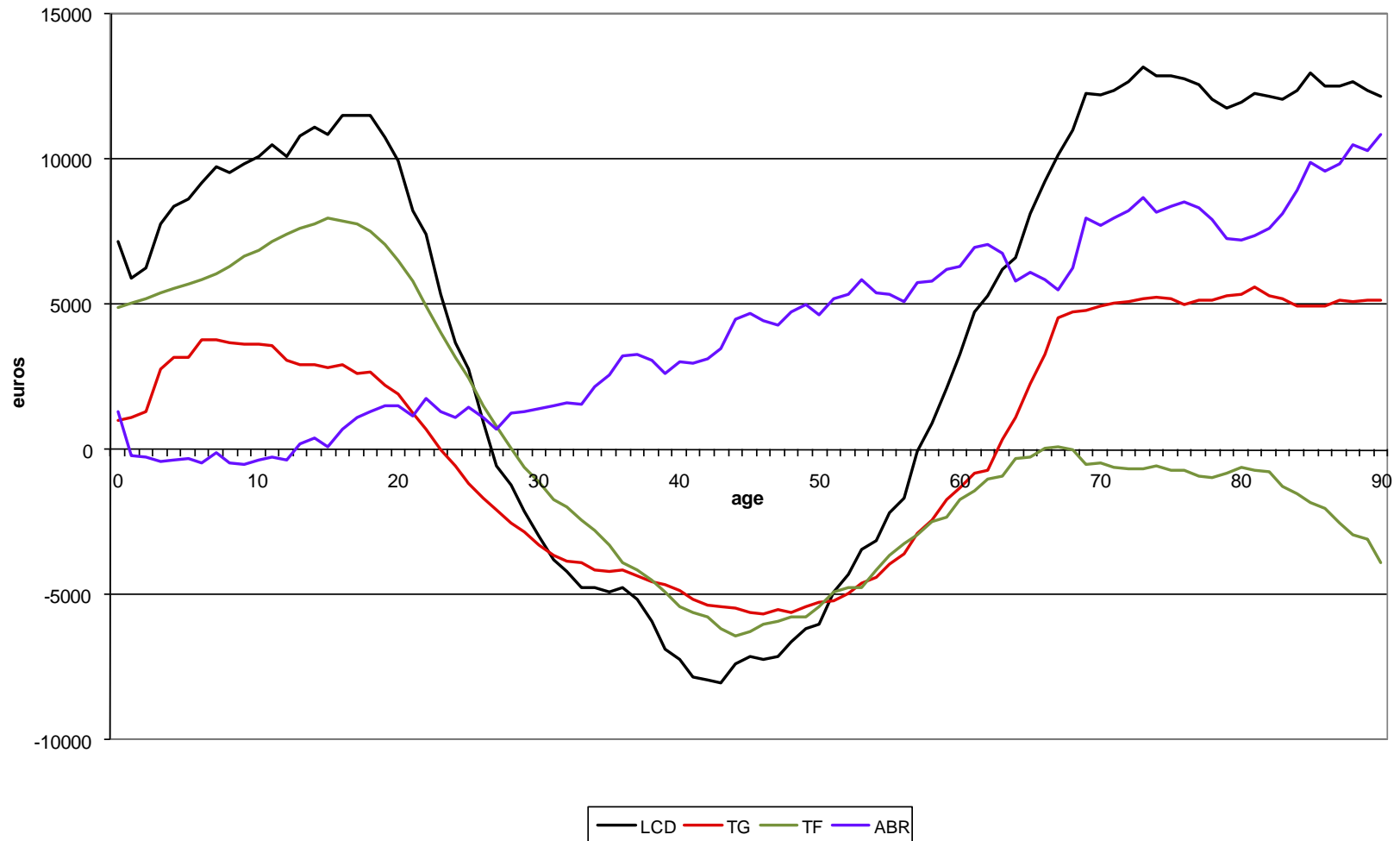


Fig. 1 Per capita National Transfer Accounts, Spain (2000). Source: Authors' elaboration

IDEM El déficit de ciclo vital (LCD) se financia con transferencias “netas” públicas (**TG**), privadas (**TF** –intra o inter familiares), o recurriendo al mercado de capitales (**ABR**=Renta activos – Ahorro) AUSENTE: *non paid work*



POR TASA DE DEPENDENCIA

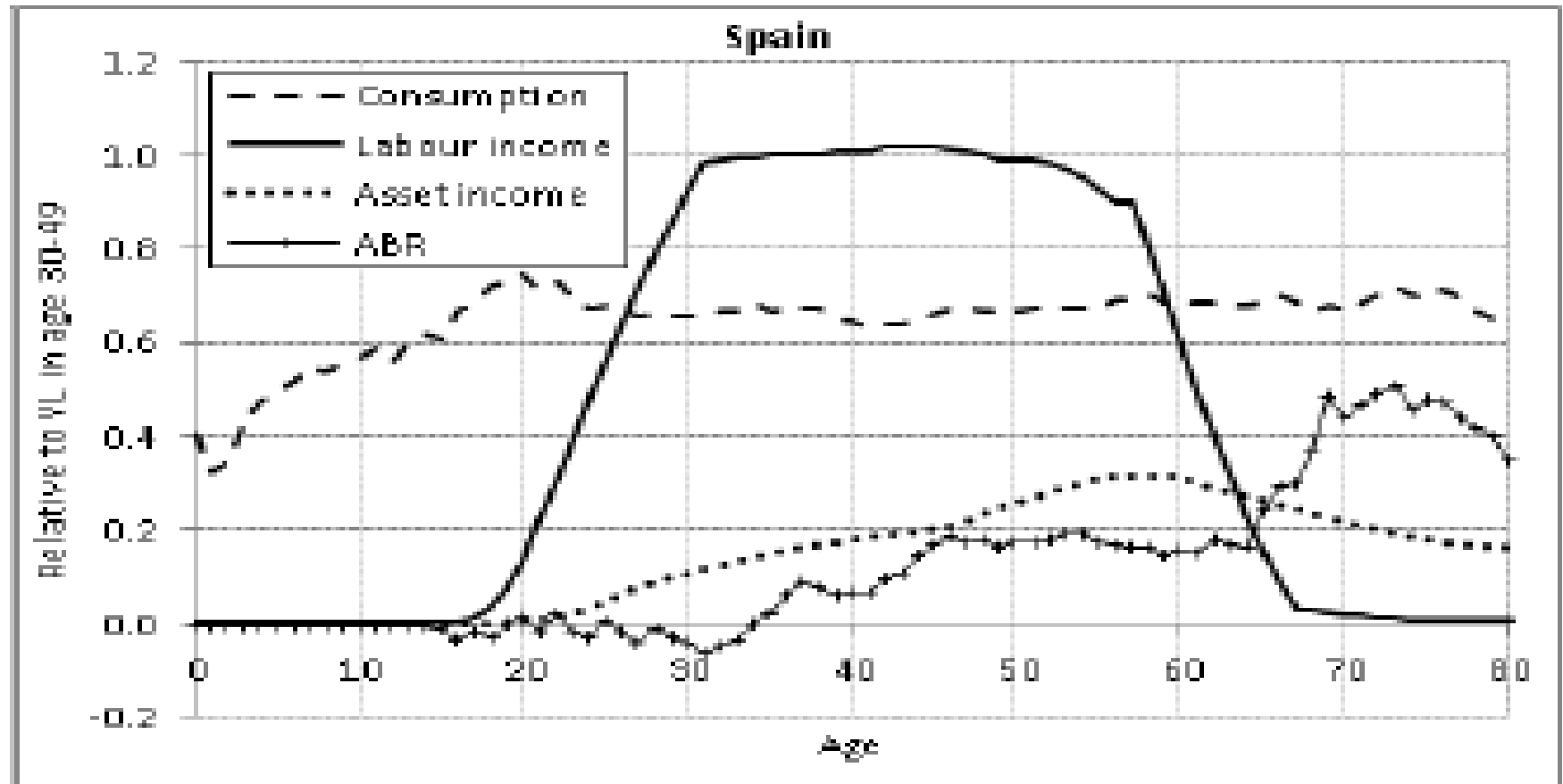


Figure 2: Per capita labour income, asset income, asset based reallocations and consumption by age, in relation to average labour income of ages 30-49, 2010

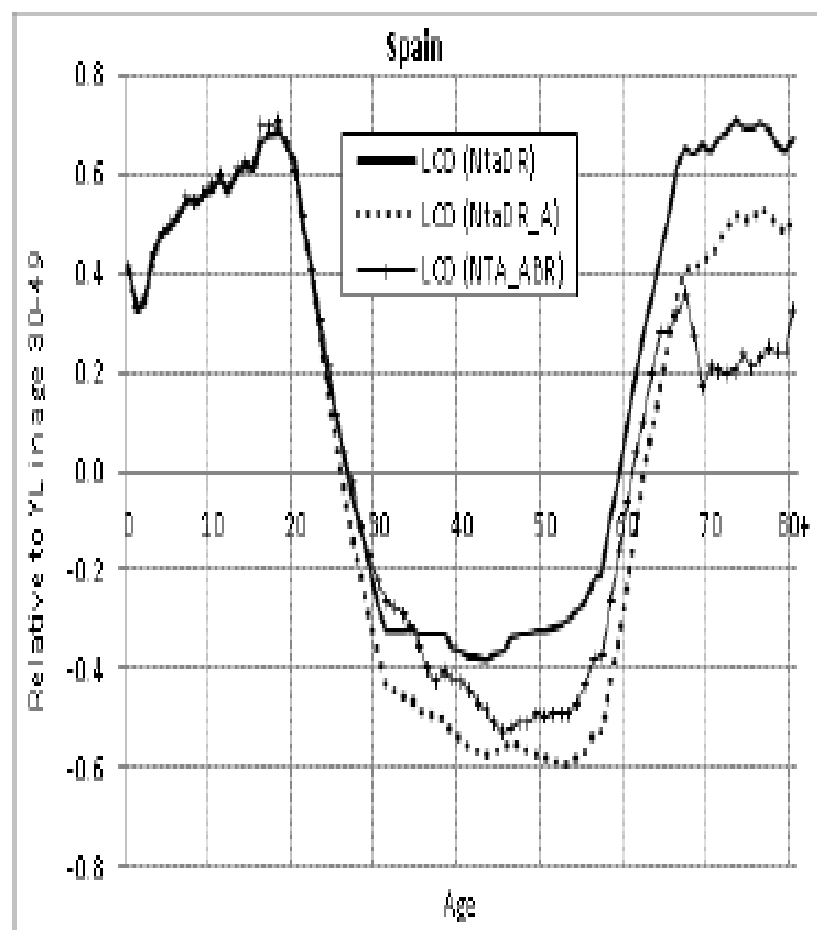


Figure 3: Per capita life cycle deficits for the three NTA based dependency ratios, 2010,
by country

LOS FOCOS (ii) LAS CUESTIONES DE GESTIÓN

- Solvencia más que sostenibilidad financiera como verdadera preocupación:
Activación de patrimonios
- Aseguramiento individual y elementos conductuales (*nudging*) influyentes en la previsión de cobertura de dependencia
- Cuidado formal/ informal: impactos- promoción de autonomía
- Vivienda social, soledad y cuidados de dependencia. Los ‘hijos sociales’
- Financiación del aseguramiento ajustada por riesgo poblacional.
- La concertación, revisitada
- Sin guía europea en sistema comparado ni por dispositivos (diversos), ni situación (Irlanda 12.6%), Italia 22% *over 65*) Bulgaria 74.5; Espanya 83.3 en *Life expectancy*

Zoom Expectativas de expertos

- ***La Fundación Salud, Innovación y Sociedad*** presentó hace poco un informe sobre las mejoras necesarias para una más efectiva integración de los cuidados sociosanitarios con los propios de la salud poblacional. Un **Delphi** donde han participado un centenar de expertos; consulta prospectiva a un col.lectivo de ciudadanos, profesionales, investigadores y directivos de los sectores público y privado, sobre factores críticos para la orientación del proceso de innovación de los actuales sistemas social y sanitario de protección social en el horizonte de los próximos cinco años.
- propone sí obtener una visión anticipada de elementos estratégicos -tanto obstáculos como propulsores- para el diseño e implementación de un patrón integrado de atención social y sanitaria. La consulta aporta **posicionamientos predictivos de lo que los consultados querrían que pasara y lo que creen que efectivamente pasará** en relación a un conjunto de escenarios determinados

(...)

Todos coinciden en el reconocimiento de la centralidad de la **autodeterminación** de la persona, su **integridad** y sus valores por encima de las pautas organizativas, las inercias profesionales y las resistencias burocráticas de estructuras de provisión asistencial a menudo caducas. Se requiere el impulso innovador de los médicos de familia, los profesionales de la enfermería, los trabajadores sociales y las organizaciones cívicas de solidaridad.

Señalan que la respuesta asistencial ha de ser **holística**, centrada en la persona, con la integración de la perspectiva, autonomía y preferencias personales en las decisiones asistenciales que les afectan.

A favor de la **continuidad y longitudinalidad asistencial, la integración de los determinantes sociales de las necesidades de atención personal, la valoración del liderazgo y la contribución interdisciplinaria** de los profesionales, y la superación de la fragmentación de los itinerarios asistenciales con aumento (potencial) de la eficiencia social, con evaluación transparente de los resultados

(...)

- El acuerdo de los expertos es sobre la **coordinación**, no sobre la **integración**.
- Son destacables por ello la indecisión y la resistencia de los panelistas a otorgar muchas esperanzas en la adaptación de los servicios sociales a la universalización del Sistema Nacional de Salud y a la cobertura -preventiva y asistencial tanto de las personas sanas como de las personas en riesgo o los grupos de población con necesidades específicas.
- En cuanto a la **financiación**, el pronóstico de los participantes revelan la **escasa probabilidad otorgada a un escenario de unificación de competencias** y presupuestos de los actuales departamentos de Salud y de Bienestar Social.
- **Tampoco se espera que el hipotético ahorro generado por la reducción de las estancias hospitalarias agudas evitables contribuya al restablecimiento de los servicios de atención comunitaria**, ni se considera verosímil la creación de un fondo específico de apoyo a la transformación requerida para la implantación de la atención social y sanitaria integrada.

ZOOM: LA CONCERTACIÓN. HISTORIA DE UN FRACASO

- LOS REFERENTES DEL COSTE DE PROVISIÓN.
- DEL COSTE AL PRECIO SIN CONTABILIDAD DE COSTES NI INFORMACIÓN SUFICIENTE.
- EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO ESTÁ PENSADO PARA PRESTAR SERVICIOS O COMPRAR INPUTS, NO POR CONSEGUIR RESULTADOS
- DINÁMICA EN SITUACIONES CAMBIANTES .NO RESUELTA
- LA PERSPECTIVA DEL PROVEEDOR. COSTE MARGINAL/ COSTE MEDIO. LO QUE PUEDAN 'SOPORTAR' LOS PRESUPUESTOS (IMPACTO PRESUPUESTARIO)
- LA PERSPECTIVA DEL PRODUCTOR. GARANTIZAR ELEMENTOS DE COMPLEJIDAD Y ESPECIALIZACIÓN

TRATAMIENTOS

- MANTENER LA AUTONOMIA DEL SUBMINISTRADOR DE LOS SERVICIOS (CONTRA EL COSTE PLUS Y LA FIJACION DE MARGENES)
- ESTRUCTURA (ESTABILIDAD) vs P4P (COMPETENCIA).
- *BLENDING* PROSPECTIVOS vs OBSERVADOS
- *BENCHMARKING/ YARDSTICK COMPETITION*
- ACUERDOS PRECIO/ VOLUMEN
- COMPETENCIA EN ACTIVIDADES INCREMENTALES
- CRITERIOS DE ACTUALIZACIÓN (COSTE RELATIVO. *BAUMOL*)
- PRECIOS BASADOS EN EL VALOR (*ASCOT*)

P4P con autonomía en la función de producción y precios atendiendo a resultados

ASCOT (*Adult Social Care Outcomes Toolkit*, “caja de instrumentos para medir resultados en adultos con necesidades de atención”) como medida diseñada para capturar información sobre la calidad de vida de individuos que requieren atención (Social Care-Related Quality of Life –SCRQoL-), y permite su aplicación a diversas situaciones de dependencia y a distintos entornos posibles.

Instrumento diseñado por la Unidad de Investigación en Servicios Sociales Personalizados (PSSRU, *Personal Social Services Research Unit*), integrada por la Universitat de Manchester, Kent y la London School of Economics

Ley española de desindiciación contra efectos de 'segunda ronda'

- Decreto del 2015 desarrollado reglamentariamente el 2017 de Desindiciación del IPC de los precios públicos en contratos, concesiones y conciertos
- “ en su art. 6º dispone que las revisiones de los precios y tarifas de los contratos incluidos dentro del ámbito de aplicación del TRLCSP se regirán por lo dispuesto en el mismo y, al mismo tiempo, establece, mediante su Disposición Final Tercera, una nueva redacción al Art. 89 del TRLCSP. Por lo tanto, es este artículo 89 el que contiene la nueva regulación de la revisión de precios aplicable a los contratos sujetos al TRLCSP”

La revisión periódica y predeterminada es la única que admite el art. 89 del TRLCP. Para la modificación de valores monetarios de carácter periódico o recurrente. Se entiende como tal “la determinada por una relación exacta con la variación de un precio o un índice de precios y que resulte de aplicar una fórmula preestablecida”

“ ... ”

- Se limitan también los componentes revisables. En este sentido, no podrán revisarse los costes asociados a las amortizaciones, los costes financieros, los gastos generales o de estructura ni el beneficio industrial.
- Podrán revisarse los costes de mano de obra de los contratos cuyo período de recuperación de la inversión sea igual o superior a cinco años, cuando se considere significativa la intensidad en el uso del factor trabajo, ajustándose a los límites establecidos.
- **En resumen** ‘Para todos los contratos que celebre el sector público (sea o no Administración pública), la regla general es que no se admite la revisión periódica y predeterminada de precios, índices de precios o fórmulas que lo contengan, salvo que, mediante real decreto se pueda establecer un régimen de revisión de precios periódico y predeterminado en función de precios individuales o índices específicos de precios.

PREVISIÓN DE FUTURO

- EL SECTOR PAUTA Y ACUERDA ACTUALIZACIONES, DISCRIMINANDO CONTRIBUCIONES SEGÚN VALOR
- MEJORA LOS COSTES LABORALES UNITARIOS
- DISMINUCION DE MARGENES Y AFRONTA AMORTIZACIÓN HACIENDO FRENTE A LA OBSOLESCÈNCIA
- COMPLEMENTA INGRESOS EN UNA NUEVA POLÍTICA MAS CENTRADA EN EL PROVEEDOR QUE EN EL FINANCIADOR
- *BUNDLING* DE SERVICIOS CON ELEMENTOS PRIVADOS COMPLEMENTARIOS