



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO IV

ANÁLISIS COMPARADO EUROPEO.



CAPITULO IV. ANÁLISIS COMPARADO EUROPEO.

INTRODUCCIÓN

Se analiza la peculiaridad del modelo español de promoción a la autonomía personal y atención a la dependencia en el marco del modelo social europeo. La idea central es que el modelo español participa de la naturaleza institucional y desarrollo organizativo de los principales modelos de cuidados de larga duración de la UE, sobre todo de los que forman parte del régimen continental de Estado de Bienestar y, en menor medida, del régimen nórdico. Pero al mismo tiempo el modelo español tiene rasgos propios que hunden sus raíces en la peculiaridad de su rama de servicios sociales, el papel central de la familia en la atención de las personas en situación de dependencia y en el peso diferencial del tercer sector de acción social. Desde este punto de vista el caso español es comparable con una parte importante de los modelos nacionales de dichos regímenes de bienestar pero sólo relativamente, ya que tiene una naturaleza específica derivada de la propia historia de su política social y de su desarrollo concreto reciente dentro de un Estado Autonómico.

Para confirmar esta afirmación iniciamos este texto con una referencia a las conclusiones del estudio comparado realizado en 2005 dentro del "*Libro Blanco: Atención a las personas en situación de Dependencia en España*". Con esta referencia tratamos de enfatizar en un triple hecho: los sistemas de dependencia se han extendido y consolidado en el espacio social europeo bajo formas nacionales diferenciadas; comparten rasgos comunes en cuanto a diseño institucional, desarrollo organizativo, modo de financiación e impacto social.

A continuación analizamos los rasgos básicos comunes del modelo social europeo de cuidados de larga duración o atención a la dependencia y sus cambios recientes que confirman la construcción de sistemas mixtos en los que

tiene lugar un reparto de funciones entre las diferentes esferas de bienestar: el Estado (mediante formas de socialización del riesgo), la familia (con nuevas formas de distribución de la carga que alteran el sistema tradicional de cuidados basado en la obligación moral de la mujer), el Tercer sector (colaborando con el Estado en la prestación de servicios a la vez que da respuesta a las necesidades singulares de los colectivos en situación de exclusión social o riesgo de aislamiento) y, finalmente, el sector mercantil (colaborando con el Estado en la gestión de servicios públicos y mediante la creación de ofertas específicas para grupos de cierto nivel de renta u ofertando seguros privados de dependencia).

Después se analizan sintéticamente algunos de los principales modelos nacionales europeos de atención a la dependencia. En este punto se comparan algunas de sus variables definitorias: acceso al sistema de protección, tipología de prestaciones, financiación y gobernanza del sistema, tratando de destacar sus aspectos comunes y sus diferencias así como las tendencias recientes de cambio.

1. ANTECEDENTES. EL LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA

En el Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España se abordó en el capítulo 11⁽¹⁹⁾ el análisis de un conjunto de países que por entonces, 2005, disponían de sistemas de protección social a la dependencia. Su objetivo era doble: por una parte ofrecer información para el debate previo a la elaboración del proyecto de lo que es actualmente la LAPAD sobre los diferentes modelos que podrían servir en cierto modo de referencia o adaptables tentativamente al caso español y, en segundo lugar, a la luz de los mismos, tratar de avanzar en la definición de lo que sería el modelo español que, finalmente, ha concluido en un modelo propio que puede incluirse en

¹⁹ Capítulo 11: Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE.

buena medida en el modelo continental, si bien comparte algunos de sus rasgos fundamentales (p.e. centralidad de los servicios, igualdad de género, financiación con impuestos generales) con el modelo nórdico.

En dicho texto se destacaba la importancia que para la Comisión Europea tenía en 2003 el desarrollo de los programas de atención a la dependencia (denominados siempre como cuidados de larga duración o long-term care) como parte de una estrategia común de sostenibilidad del sistema de pensiones y de garantía de sistemas sanitarios universales. En concreto, tanto para el sistema sanitario como para los sistemas de dependencia la Comisión Europea proponía un triple objetivo: cobertura universal, garantía de calidad y sostenibilidad financiera. En concreto se señalaba que: *“debe encontrarse un equilibrio entre la búsqueda de los objetivos de la calidad, el establecimiento de estándares y contención de los costes, dirigidos a menudo a nivel nacional, y la gestión y prestación de la asistencia a nivel local”*.

De la revisión realizada en 2005 de los modelos de atención a la dependencia se llegaba a las siguientes conclusiones que recogemos casi literalmente:

En primer lugar, la mayoría de los países del entorno europeo, también de países desarrollados (caso de Japón) se encuentra en un proceso de desarrollo de políticas protectoras del riesgo de dependencia de **orientación universal** condicionadas por la naturaleza de cada modelo de Estado de Bienestar. Se constata el tránsito progresivo desde modelos asistenciales a sistemas de cobertura universal. Una cobertura que, en general, se ha centrado en la población mayor de 60 años con problemas de dependencia de modo que la cobertura de la población con edades inferiores se ha realizado mediante otro tipo de programas. El proceso de envejecimiento de la población y la creciente longevidad han hecho que el grueso del volumen de las personas en situación de dependencia (tres cuartas partes) tenga más de 60 años y, sobre todo, más de 80 años (la mitad de todo el colectivo). Por ello en algunos modelos no se

contempla la protección a la población menor de 60 años (Francia), a la de menos de 40 años (Japón) o priorizan a la población mayor de 65 años (modelo alemán y holandés) sobre la base de que la población en situación de discapacidad menor de esas edades ha logrado amplios niveles de cobertura en prestaciones sociales en algunos de los países europeos con Estados de Bienestar maduros.

En segundo lugar, los diferentes modelos tienden a reconocer como **derecho social subjetivo un conjunto básico de prestaciones sociales**, moduladas en función del grado de dependencia, topadas en su cuantía, dejando abierta la posibilidad de elección entre servicios y prestaciones monetarias.

En tercer lugar, la participación de la persona afectada o su familia en el coste de la dependencia, el **copago**, es parte constitutiva de todos los sistemas de atención que como término medio viene a suponer una contribución en torno al 20 por cien del coste total del sistema. Copago que se justifica como medio para responsabilizar al ciudadano en el mantenimiento del sistema, controlar el coste y diferenciar entre los gastos de protección a la dependencia y otros gastos no asociados directamente a las prestaciones sociales, si bien todos los sistemas reconocen la ayuda asistencial para los que no tienen recursos. Los seguros privados son contemplados como medio de apoyo o complemento al seguro público pero en ningún caso como instrumento protector predominante.

En cuarto lugar, el modelo de atención tiende a establecer una diferenciación más o menos marcada entre los **sistemas sanitarios y los servicios sociales** en cuanto a atención y financiación (niveles contributivo y asistencial) con modulaciones según los diferentes sistemas nacionales. La tendencia a la coordinación entre ambos sistemas es una realidad creciente si bien los avances de integración en esta parcela de atención son hasta hoy limitados.

En quinto lugar, las **fuentes de financiación suelen ser variadas**, en la práctica una combinación de impuestos generales, cotizaciones sociales, impuestos ad hoc, fondos estatales específicos de garantía de financiación, desgravaciones fiscales y copago. Los países nórdicos financian el sistema de dependencia con impuestos generales aportados por las diferentes Administraciones centrales y locales. Los sistemas continentales basan su financiación sobre todo en cotizaciones sociales complementada con impuestos generales e impuestos regionales y locales.

Finalmente, en los modelos europeos **el sector público se responsabiliza de la regulación y financiación básica del sistema; las regiones de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión en equipamientos con ayuda estatal; los ayuntamientos son la pieza clave o punto de entrada en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales comunitarios; el sector privado, mercantil y economía social, colabora con el Estado en la gestión de servicios sociales dentro de redes públicas en las que el sector público tiene un mayor o menor peso directo según los países.**

Como veremos a continuación, esta descripción conclusiva de los sistemas nacionales de dependencia apenas si ha variado en general en estos seis años. Los sistemas de atención a la dependencia se han consolidado, si bien se ha afianzado la presencia del sector mercantil en la gestión de servicios, se ha incrementado la responsabilidad de la familias y de las propias personas afectadas, se ha ampliado la libertad de elección de los beneficiarios entre las diferentes prestaciones y la mayoría de los sistemas están afrontando desde 2008 las tensiones financieras que se derivan de las políticas europeas de consolidación fiscal que afectan al conjunto de los gastos sociales del Estado de Bienestar.

2. EL MODELO SOCIAL EUROPEO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: NATURALEZA Y CAMBIOS RECIENTES

2.1. RASGOS GENERALES DEL MODELO SOCIAL EUROPEO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La función social de los cuidados a personas en situación de dependencia ha recaído hasta, muy recientemente, casi en exclusiva sobre las mujeres en el contexto de modelos de bienestar que organizaban los cuidados en el seno de la familia. Las otras esferas de bienestar, Estado, organizaciones voluntarias y mercado, reservaban dicha función a la familia, solo intervenían o bien para paliar situaciones extremas de pobreza y desvalimiento (Estado y Tercer Sector) o para responder a demandas muy concretas de grupos sociales de renta elevada. Este modelo ha cambiado en profundidad en las últimas décadas empezando por los países nórdicos (década de los 80), siguiendo por los países del centro de Europa (década de los 90 y primeros años del presente siglo) y continuando por la periferia sur de Europa (ya en el presente siglo).

A partir de Lisboa 2000 la estrategia europea de protección social e inclusión social reconoce como un problema central de la política social europea el riesgo de dependencia. Un riesgo que sin dejar de ser individual y familiar tiene una naturaleza social indudable. De ahí que junto al sistema de pensiones y el sistema sanitario la atención a la dependencia forme parte de las recomendaciones y comunicaciones de la Comisión y el Consejo Europeo. Dado que las políticas sociales en su conjunto forman parte de la competencia de los Estados miembros, la UE no puede entrar en regulación alguna sino en recomendaciones, análisis, promoción de buenas prácticas y aprendizaje mutuo que impulsen aquellas ideas y prácticas que puedan ser compartidas a partir de principios comunes que, en este caso, son los de promover una cobertura

universal, de calidad y sostenible financieramente de la atención sanitaria y los cuidados de larga duración o atención social.

Esto quiere decir que sobre la diversidad de modelos nacionales de atención a la dependencia, sólo relativamente comparables o bajo el conjunto de los diferentes regímenes de bienestar, como aquí hacemos, la UE promueve acciones y políticas de convergencia cognitiva y aprendizaje institucional y social mutuo. Sí cabe señalar un común denominador general en el conjunto de los modelos nacionales: el tránsito progresivo, no concluido, desde modelos asistenciales de atención a la dependencia y programas de atención a la gran invalidez por la Seguridad Social, hacia sistemas universales que reconocen como riesgo social las distintas situaciones de dependencia. Ello supone una modificación de la división social e institucional de la atención entre las cuatro esferas de producción de bienestar en cuyo análisis entramos a continuación.

Un cambio socio-institucional en las respuestas a la dependencia que encuentra su explicación en profundas mutaciones sociodemográficas (envejecimiento, incorporación de la mujer al mercado de trabajo), cambios culturales e ideológicos (igualdad de género, corresponsabilidad en los cuidados entre las diferentes esferas de bienestar), nuevas demandas sociales adelantadas mediante las reivindicaciones de asociaciones de familias y personas afectadas (como son las de personas con discapacidad, enfermos mentales y con problemas cognitivos), avances en la investigación científica de nuevas discapacidades (que de paso contribuyen a su prevención) y, no menos importante, diferentes respuestas públicas pioneras en el campo de los servicios sociales en cuanto a prevención y rehabilitación.

Estos factores, entre otros, dan lugar a cambios de los que, según el modelo concreto de Estado de Bienestar de cada país, resultan en combinaciones variadas de Estado, familia, sociedad civil y mercado en la respuesta a las situaciones de dependencia, teniendo en cuenta que el binomio Estado y familia

sigue siendo el eje estructurante en todos los regímenes de bienestar de las políticas de cuidados de larga duración. En ese sentido la tendencia general hacia la institucionalización del riesgo no implica en modo alguno la desaparición de la responsabilidad familiar, que sigue siendo central en todos los modelos, sino el desarrollo de nuevas formas de responsabilidad familiar basadas en nuevos compromisos de reparto de la carga en el seno de los hogares con el apoyo del sector público.

1. Extensión de la responsabilidad del Estado en cuanto a regulación del derecho de acceso, gobierno del sistema protector, financiación y gestión coordinada con las Administraciones territoriales y locales así como coordinación con el sistema sanitario.

La intervención del Estado antes de los nuevos cambios en materia de dependencia se reducía a la atención asistencial de las personas sin recursos y a la acción contributiva de la Seguridad Social en las situaciones de gran invalidez. Los cambios mencionados, con su origen en el envejecimiento de la población, han superado progresivamente esa acción hacia una intervención de carácter universal. En parte como continuidad o perfeccionamiento y en parte como ruptura o nuevo planteamiento institucional los Estados europeos han definido progresivamente un modelo de intervención cuyos rasgos generales, sin entrar ahora en los matices que analizaremos en el siguiente epígrafe, se caracterizan del siguiente modo: cobertura universal basada en el derecho subjetivo, valoración de la dependencia por grados y niveles, prestaciones en servicios y de carácter económico topadas y con amplia libertad de elección por parte de las personas beneficiarias o sus tutores, gestión descentralizada con un papel significativo de las regiones y municipios, financiación mixta basada en impuestos generales, cotizaciones sociales, impuestos ad hoc y copago, provisión mixta de servicios y formas variadas de coordinación sanitaria.

Rasgos todos ellos que son compartidos por el SAAD de España.

La responsabilidad del Estado es mayor o menor en función del peso de las otras esferas de bienestar, sobre todo de la esfera familiar. Baste pensar que la obligación familiar en los cuidados tiene especiales características, por ejemplo, en el régimen continental de Estado de Bienestar a diferencia de otros regímenes que, como el nórdico, dan mayor importancia a la responsabilidad colectiva del riesgo de dependencia. Del mismo modo la familia tiene una especial responsabilidad en el régimen mediterráneo de bienestar donde la cultura de cuidados en el seno de la familia por parte de la mujer sigue teniendo un fuerte arraigo lo cual explica en parte, además de otros factores, la preferencia por las prestaciones económicas como compensación al cuidador familiar.

Desde el punto de vista de la planificación y gestión de la atención a la dependencia, todos los modelos europeos se basan en diseños descentralizados que en el caso nórdico se basa sobre todo en el municipio y en el modelo continental en las regiones. Los municipios son la puerta de entrada en el sistema y gestores de los servicios de proximidad (ayuda a domicilio, teleasistencia, entre otros). También se ha abierto paso la coordinación socio-sanitaria. Los servicios sociales y el sistema sanitario intervienen en el proceso de valoración de la dependencia y en la atención a la persona en situación de dependencia.

2. Papel relevante del Tercer Sector como voz de los colectivos sociales con mayores riesgos sociales a la vez que colaborador del Estado en la prestación de servicios en competencia relativa con el sector mercantil.

Tradicionalmente el Tercer Sector ha tenido un papel relevante en la gestión de servicios sociales de la dependencia en colaboración con el Estado y como oferta propia. A partir de las tres últimas décadas su papel ha sido relevante como voz de las personas con discapacidad y en situación de dependencia, movilizándolo a las personas afectadas y familias en sus demandas de protección

social por parte del Estado. Esta doble función de reivindicación de derechos y de prestación de servicios se ha consolidado en las dos últimas décadas si bien ésta última tiene lugar en competencia con el sector mercantil. La reestructuración del Estado de Bienestar en los últimos treinta años ha favorecido un *mix* institucional que ha promovido el papel del Tercer Sector como instrumento de intervención del Estado en la gestión de programas y servicios, a la vez que potenciado su relativa autonomía como esfera de bienestar en favor de los colectivos en situación de riesgo o excluidos. A través de las entidades sociales se ha promovido la idea central de la participación de la persona en el diseño de su plan de atención y la defensa de los derechos a la autonomía y a la dignidad.

Es decir, en los nuevos modelos de atención a la dependencia el Estado reconoce el derecho a la protección social como derecho subjetivo garantizando unas prestaciones básicas para todos los ciudadanos, interviene con programas y actuaciones complementarias para equilibrar la oferta de servicios en el territorio del Estado, favorece formas de gobernanza que potencien la coordinación y cooperación y, por último, regula la fiscalidad para favorecer las prestaciones complementarias que puedan ofertar los seguros privados. Sobre esta base tiene lugar la intervención social del Tercer Sector y la oferta mercantil en la prestación de servicios propios y en colaboración con el sector público.

En este nuevo contexto institucional el Tercer Sector social o economía social es una esfera de bienestar clave en la atención a las situaciones de dependencia en los regímenes continental y mediterráneo e incluso anglosajón, no así en el régimen nórdico donde es residual.

3. Amplio desarrollo de la oferta mercantil en la producción de servicios concertados con el Estado y propios.

La presencia creciente del sector mercantil es una consecuencia de la profunda reestructuración del Estado de Bienestar durante las tres últimas décadas. Una combinación de factores ideológicos, económicos y políticos, entre otros, han favorecido el papel del sector mercantil en la oferta de servicios sociales gestionando servicios públicos o desarrollando una oferta propia para grupos de renta elevada o con capacidad de compra de seguros sanitarios y de dependencia. La oferta mercantil ha supuesto un retroceso relativo del Tercer Sector en la gestión de servicios, sobre todo en los de tipo residencial y en los que tienen elevadas economías de escala.

Los sistemas de atención a la dependencia, muchos de los cuales nacieron en momentos de bonanza económica (como el nórdico y el continental) se han desarrollado últimamente, no digamos el modelo español, bajo la presión ideológica y financiera de la última fase de reestructuración del Estado de Bienestar y de las políticas de consolidación financiera y fiscal (2008-2011). De este modo, si bien el riesgo de dependencia (el último en ser desarrollado por el Estado de Bienestar como un derecho social) se ha consolidado y difícilmente las sociedades europeas renunciarían al mismo en el contexto actual de envejecimiento, es, al mismo tiempo, el que se ve sometido a mayores tensiones que requerirán nuevos compromisos institucionales para asegurar una socialización del riesgo que garantice niveles de igualdad básicos en los sistemas de bienestar.

4. Presencia de las familias.

Los nuevos sistemas públicos de dependencia no sustituyen a los hogares sino que, por el contrario, los refuerzan en su función social de cuidados mediante las prestaciones sociales en servicio o económicas.

Los cuidados personales pertenecen al ámbito íntimo de los hogares y son éstos los que controlan el proceso de quién, cómo y dónde tiene lugar el

proceso de cuidados. El nuevo entorno sociodemográfico ha supuesto que los hogares precisen de una cierta socialización del coste del riesgo de dependencia sin que por ello pierdan su función de cuidados. Obviamente la composición del hogar, el tipo de familia, el papel de la mujer, la ocupación de ésta y de los miembros del hogar, la oferta de servicios son, entre otros, factores que modulan la función de cuidados del hogar que en unos casos la desarrollan directamente o de manera delegada a través de cuidadoras/es, en otros son sustituidos por el sector público y, cada vez más, organizan formas mixtas de cuidados en las que el hogar y el sector público intervienen, junto a los otros actores sociales, para dar una respuesta eficaz a la necesidad de cuidados, sobre todo cuando se trata de atender la situación en el propio hogar de la persona afectada, que es la preferencia mayoritaria de las personas que sufren alguna dependencia en la inmensa mayoría de las sociedades europeas.

En este sentido, los nuevos modelos públicos de dependencia están contribuyendo al mismo tiempo a apoyar la función tradicional de cuidados pero también, y al mismo tiempo, a favorecer y dar respuesta a los cambios sociales que implica la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la consiguiente redistribución interna de la carga de cuidados, atención y control. De ahí que junto a las prestaciones directas en servicios o de tipo económico se hayan regulado formas de conciliación del trabajo y los cuidados a través de permisos, sin pérdida del empleo, y formas de respiro de fin de semana, mensual o anual. Como consecuencia, la variedad de formas de cuidados por la familia, directa o indirecta, dependen de múltiples factores en los que es clave el papel de la mujer tradicionalmente cuidadora así como la oferta de servicios de proximidad existente. Por todo ello, el resultado es una amplia variedad de formas familiares de cuidados o distintas combinaciones internas y externas de atender a las situaciones de dependencia.

2.2. CAMBIOS RECIENTES EN EL MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: UNA SÍNTESIS

La situación y desarrollo de los sistemas nacionales de la UE de atención a la dependencia debe contemplarse de manera ambivalente, considerando al mismo tiempo sus continuidades o fortalezas y las nuevas incertidumbres que emergen de los cambios institucionales más recientes.

Entre las continuidades y desarrollos hay que señalar la consolidación de sistemas públicos de dependencia en todos los países del régimen continental y su expansión al régimen mediterráneo con España a la cabeza e Italia a la espera de una regulación nacional; la consolidación de la atención a la dependencia como estrategia europea de modernización de la protección social al mismo nivel que las pensiones y el sistema sanitario; se ha consolidado un cierto modelo europeo en cuanto a valoración de la dependencia, por grados y niveles, y realizados por profesionales del ámbito socio-sanitario y acceso al sistema protector; el progresivo desarrollo de redes de servicios públicos en las que se han integrado o con las que colaboran los servicios privados mercantiles y sin fin de lucro; se ha consolidado un modelo de cuidados orientados a cuidar y apoyar a las personas en su casa frente al modelo de tipo residencial que queda reservado a las situaciones de dependencia más graves o a las etapas finales de la dependencia; finalmente, los modelos de financiación son mixtos y combinan financiación pública, copago y desgravaciones fiscales.

Después de una larga década de despegue de los nuevos modelos de atención a la dependencia, sobre todo en los países del régimen continental durante la década de los 90 del pasado siglo, con nuevas reformas en Francia (2002) y en España (2006), los sistemas de dependencia se han visto sometidos a cambios importantes antes de la crisis económica y financiera de 2008 y, sobre todo, a

partir de ésta última. Las políticas de ajuste financiero del gasto público en pensiones y sanidad han llegado también a los sistemas de dependencia.

En este contexto, sin cambiar la actual regulación, se amplía el espacio privado en la provisión de servicios y en la elección del usuario, vía nuevas formas de fiscalidad, a dar prioridad protectora a los niveles más graves de dependencia, y al fomento de la fiscalidad como vía de complementariedad de las prestaciones públicas.

Estas continuidades y cambios son expresión a su vez de los cambios en el conjunto del Estado de Bienestar, de las tensiones institucionales que se producen en los sistemas de protección social en el marco europeo de la globalización donde los objetivos de competitividad (productividad) y cohesión social (redistribución) fluctúan entre cierta coordinación y el conflicto.

3. MODELOS NACIONALES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

En este apartado analizamos diferentes casos nacionales de atención a la dependencia en la UE enmarcados en cuatro regímenes de bienestar: nórdico, anglosajón, continental y mediterráneo. No se analizan casos nacionales de otros regímenes de bienestar, como son Europa del Este y Báltico, al tratarse de países que están en una fase asistencial en materia de protección a la dependencia. En cada caso nacional analizamos sus características generales y las tendencias de cambio reciente. En el Cuadro 1 se recogen sintéticamente los rasgos definitorios de los modelos europeos de atención a la dependencia por regímenes diferenciando dos períodos: el de despegue y desarrollo (1980-2000) y la última década de cambios (2000-2010).

3.1. Los países del modelo nórdico – Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca y Holanda -, no han regulado la atención de la

dependencia mediante leyes específicas. Se trata de modelos nacionales que, con variantes entre sí, han extendido la red de servicios sociales municipales progresivamente a medida que la demanda social de atención a la dependencia fue creciendo e, incluso, anticipándose a la misma. Un caso mixto es Holanda, ya que es un modelo que tiene rasgos del modelo nórdico y del modelo continental de Seguridad Social y donde la atención a la dependencia está integrada en el sistema sanitario. Estos países fueron los pioneros en Europa en la atención a la dependencia bajo gobiernos socialdemócratas. En la década de los 80 habían logrado una amplia cobertura de servicios comunitarios y residenciales y fueron orientando la oferta pública, en su momento la única existente, hacia un modelo de atención preferente en el domicilio respondiendo a la demanda social y a exigencias de eficiencia económica.

Una revisión de los casos nacionales, Dinamarca, Suecia, Finlandia y Holanda, nos indica que efectivamente forman parte de un régimen de bienestar en el que comparten características relativamente comunes:

- Son sistemas nacionales de regulación estatal pero de gestión municipal (Dinamarca) o municipal y provincial (Finlandia, Holanda y Suecia).
- Las prestaciones sociales son preferentemente en servicios a domicilio (en Dinamarca no se construyen residencias desde hace años) que contribuyan al mantenimiento activo de la persona en el hogar. Holanda está promoviendo la sustitución de las residencias por la atención domiciliaria. La libertad de elección entre prestaciones se ha abierto paso con celeridad, sobre todo en Holanda y Suecia, de manera también creciente en Finlandia. Vivir en casa hasta cuando sea posible es la



filosofía que orienta la atención a las personas mayores en general, incluidas las que están en situación de dependencia.

- Financiación pública con impuestos locales (en torno al 90%) y subvenciones del Estado (10% aproximadamente). Copago en torno al 20% del coste total. Caso aparte es Holanda, en la que la Seguridad Social financia el 70% del coste, 20% mediante impuestos y 10% como copago. El gasto en atención a la dependencia se sitúa en torno al 1.5% en Finlandia, 2% en Dinamarca, 2.5% en Holanda y 3.5% en Suecia. Las desgravaciones fiscales por la compra de servicios privados que complementan los servicios públicos se han desarrollado a partir de 2000.
- Gestión pública con creciente gestión privada (30% del gasto en el caso de Finlandia). Libertad de elección de proveedores desde 2002 en Dinamarca y tendencias hacia la informatización y privatización de la gestión.
- La importancia de la familia en los cuidados, lejos de ser residual, se ha incrementado en los últimos años en algunos países nórdicos. Por ejemplo, en Suecia el porcentaje de personas mayores de 75 años que reciben ayuda por parte de sus hijas se ha incrementado del 22 al 33% entre 1995 y 2003. En otros, como Dinamarca, los miembros de la familia no tienen responsabilidad, ni de ayuda de atención ni financiera.

La influencia de la nueva economía supuso un cierto giro progresivo hacia nuevas políticas en las que se combinó la contención del gasto social, **muy superior a la media del gasto social de la UE**, con fórmulas de gestión mixta de servicios basada en la concertación externa y la competencia entre proveedores de servicios sociales. **Sin embargo, la apertura de la gestión al sector mercantil (el no lucrativo es residual) aún no ha reducido de**

manera significativa el peso predominante del sector público de los servicios sociales. Dinamarca es aún una excepción a este cambio. Por otra parte, el elevado grado de descentralización de los servicios sociales conlleva, como en el caso de Suecia, que las nuevas reformas tengan un carácter desigual y que mientras unos municipios favorecen una reorientación parcial hacia la gestión privada, otros continúan con el modelo público tradicional. En todo caso, se ha producido un cambio hacia un modelo cada vez más mixto en cuanto a gestión de servicios sociales, además de una mayor extensión de las prestaciones económicas.

Se trata así de una tendencia de expansión complementaria del sector mercantil sin cuestionar el sistema público, que es aún predominante. El modelo de financiación pública, con cierto copago, y la orientación a los servicios comunitarios y domiciliarios, se mantiene en el conjunto del modelo y se hace compatible con una progresiva corresponsabilidad entre Estado y ciudadano basada, en este último caso, en la libertad de elección entre prestaciones y proveedores, si bien sometida a controles públicos, a la garantía de la calidad asistencial y a los derechos de las personas.

La importancia de los municipios en el gobierno, financiación y gestión de la atención a la dependencia es central en los países nórdicos. Así, en Suecia el 85% del gasto es financiado por los municipios que tienen la competencia de la gestión de la atención domiciliaria y residencial. La responsabilidad del Estado en la garantía de la igualdad de acceso al sistema de servicios sociales (no siempre acompañada de financiación) y la autonomía de los municipios es una fuente de tensión institucional.

En algunos países, como Holanda, híbrido entre el régimen nórdico y el continental, las reformas han derivado con mayor intensidad hacia modelos de externalización de servicios y de extensión de las prestaciones económicas bajo fórmulas como el personal budget o presupuesto personal. La atención a la

dependencia surgió en 1968 como un programa de gastos sanitarios excepcionales (AWBZ), es decir, como atención sanitaria específica para las situaciones de dependencia. En 1995 se introdujo el presupuesto personal (personal budget) a partir del cual tiene lugar el desarrollo de las prestaciones canjeables en servicios o como compensación al cuidador no profesional. En 2006 tuvo lugar una segunda reforma mediante la cual el sistema amplía y consolida la externalización de los servicios sociales, favorece la atención domiciliaria frente a la residencial, refuerza la capacidad de elección del usuario, extiende el copago a la atención domiciliaria y abre la competencia en el seno del sector público de los servicios socio-sanitarios. La ley de servicios sociales de 2007 consolida estas tendencias transfiriendo el servicio de ayuda a domicilio, que estaba integrado en el sector sanitario, a los servicios sociales municipales, con lo que junto a una mayor accesibilidad del ciudadano se produce un mayor grado de discrecionalidad y una contención de costes en base a una menor intensidad protectora en horas de cuidados.

3.2. En el modelo anglosajón suele incluirse al Reino Unido e Irlanda. Aquí consideramos únicamente el modelo inglés. Se trata de un modelo asistencial con amplia cobertura de servicios en el que las propuestas de universalización han quedado bloqueadas sucesivamente desde finales de la década de los años 90 a modo de una historia interminable de reformas frustradas.

En concreto, el modelo inglés es un modelo de atención dual, ya que la protección sanitaria es universal y la atención a la dependencia asistencial. La atención a la dependencia o cuidados de larga duración (long-term care) se basa en dos pilares: prestaciones monetarias que financia la Seguridad Social para personas mayores dependientes (attendance allowance), personas con discapacidad (disability living allowance), ayudas a los cuidadores familiares (care allowance) y prestaciones monetarias para los que precisan de un

asistente personal (independent living found), en todos los casos bajo demostración de carencia de recursos. El segundo pilar son servicios sociales municipales al que pueden acceder todos los ciudadanos gratuitamente (si se demuestra carencia de recursos) o mediante el copago correspondiente.

Desde la primera reforma de los servicios sociales de 1993, el modelo inglés de dependencia se dirigió hacia la consolidación de un modelo asistencial que protegiera sobre todo a las personas sin recursos y con mayores niveles de dependencia, así como al fomento de los seguros privados mediante el incentivo de las desgravaciones fiscales. Se ha consolidado el presupuesto personal o personal budget para que la persona afectada compre los servicios entre los distintos proveedores. Por el contrario, el desarrollo de los seguros privados está siendo mucho más lento de lo previsto por los operadores de seguros ya que sólo los grupos de renta elevada pueden financiarlos.

Los intentos posteriores de reforma durante el período 1997-2011, enfocados hacia la universalización de la atención, no han prosperado. En este sentido cabe mencionar las propuestas de la Royal Commission sobre long-term care en 1999 y las propuestas más recientes del Green Paper en 2009. El modelo inglés sigue siendo un modelo asistencial ampliado y reforzado para hacer frente a las situaciones más graves de dependencia de las personas sin recursos, el resto de la población tiene que cofinanciar las prestaciones públicas en función de su renta o adquirirlas entre la oferta privada.

3.3. El modelo continental de protección social a la dependencia es el que ha acometido reformas más profundas dentro de la UE, además de España. Entre los países que han realizado cambios con cierta profundidad a partir del sistema de Seguridad Social están Austria, Alemania, Francia, Luxemburgo y Flandes. Aquí nos limitaremos a la consideración de los tres primeros países dada su especial importancia e influencia en otros modelos, como el español.

Todos ellos han afrontado dos fases de reforma: una primera de construcción de sistemas universales de dependencia en las que se reconoce el derecho subjetivo a la protección social, a la que se accede mediante valoración del grado de dependencia por el sector sanitario y social, financiados con impuestos y cotizaciones, además del copago, con prestaciones en servicios y monetarias topadas y basado en un sistema de gobernanza o de cooperación entre el Estado y las administraciones territoriales (regionales y locales). Las organizaciones no lucrativas, además del sector mercantil, colaboran en la prestación de servicios sociales públicos.

Todos estos sistemas de dependencia de tipo continental surgen en el ámbito de la Seguridad Social bajo la idea de apoyar a la familia cuidadora a quien se considera la principal responsable de los cuidados. La responsabilidad de la familia en la función de cuidados sigue siendo un factor cardinal en el diseño del sistema y tipología de prestaciones. A continuación hacemos una descripción de los modelos de Austria, Alemania y Francia que se ponen en marcha en 1993, 1995 y 1999 respectivamente.

A) Austria es el primer país del régimen continental que aprueba una ley de dependencia en 1993 que transforma el modelo asistencial en otro de cobertura universal. Al igual que el modelo alemán, la responsabilidad básica de los cuidados a las personas en situación de dependencia pertenecen al ámbito de la familia y sólo en circunstancias especiales el sistema de asistencia social se hace cargo de los cuidados, es decir, se trata de un modelo de marcada orientación familiar. Los servicios han sido gestionados hasta recientemente por organizaciones no lucrativas y, en menor medida, por el Estado, modelo que ha cambiado en los últimos años con la sustitución del primero por sector mercantil. Este modelo residual se transforma en 1993 en dos ramas de protección: a) La primera no genera un derecho subjetivo, es la rama tradicional de "servicios sociales asistenciales", financiados con impuestos

generales, que sigue vigente, bajo gestión provincial y para situaciones de apoyo social a personas no solo con problemas de dependencia sino también sin problemas de dependencia; b) La segunda rama protectora, que crea el seguro universal de dependencia en 1993, tiene una dimensión estatal, bajo el sistema de Seguridad Social, y crea una nueva rama de protección universal basada en el derecho subjetivo; se accede mediante valoración por parte de la Seguridad Social, las cotizaciones sociales financian las prestaciones, que son todas monetarias y topadas, y cuya cuantía depende del grado de dependencia (desde un mínimo de 154,2 euros para un supuesto de 150 horas de atención mensual a un máximo de 1.655,8 euros para un supuesto de 180 horas mensuales y situación de completa inmovilidad de la persona dependiente, referido a 2010). El sistema se complementa con prestaciones de conciliación con el trabajo de las personas cuidadoras, como por ejemplo permisos de hasta seis meses.

En el caso austriaco estamos, por tanto, ante un sistema de protección que se articula entre la Seguridad y la familia, siguiendo la senda histórica del propio sistema. El nuevo modelo de Seguridad Social protege a toda la población en situación de dependencia, es una extensión del sistema de Seguridad Social al que contribuye en parte el sistema tradicional de los servicios sociales en el nivel provincial mediante servicios. Las prestaciones monetarias tuvieron desde el principio un amplio apoyo por parte de las organizaciones de afectados y las familias en la medida en que facilitan la elección de su destino final. Para garantizar la sostenibilidad financiera el sistema reconoce prestaciones topadas (actualizables) que no cubren todo el coste de la atención y formas de copago en función de la renta y el patrimonio.

Las necesidades crecientes de cuidados familiares a personas dependientes ha llevado a los hogares a recurrir a personas cuidadoras inmigrantes cuya regularización ha tenido lugar desde 2007 mediante la regulación de la ayuda

doméstica de veinticuatro horas o de regularización de cuidadoras domésticas inmigrantes (Ley de Ayuda a Domicilio de 2007). Esta decisión fue consecuencia de una demanda de la mujer trabajadora austriaca que no puede hacerse cargo directamente de los cuidados pero que no renuncia a su dirección y control. Esta extensión de la responsabilidad familiar mediante delegación ha venido acompañada de nuevas prestaciones monetarias financiadas por la Seguridad Social y exigencias de formación en ayuda a domicilio mediante un curso de 168 horas que puede sustituirse por el hecho demostrado de haber trabajado 6 meses en un hogar en tareas de ayuda informal de personas dependientes.

Por lo tanto, el sistema de Seguridad Social universal únicamente concede prestaciones monetarias cuyo destino decide la persona afectada o sus familiares. Los servicios sociales de atención a la dependencia del ámbito local y provincial contribuyen al desarrollo del sistema y se nutren de sus propios recursos y de los pagos procedentes de las prestaciones económicas y otros recursos de las personas en situación de dependencia.

B) El modelo alemán se aprueba mediante ley en 1995 integrándose como el 5º pilar del sistema de Seguridad Social. Es un modelo de cobertura universal al que se accede previa valoración de la situación de dependencia que clasifica en tres grados: grave, severa y moderada. De este sistema público están excluidos los grupos de renta media-alta y alta que tienen que acceder obligatoriamente a los seguros privados (en torno al 10 por cien de la población). El reconocimiento de la dependencia es un derecho subjetivo y se materializa en unas prestaciones básicas a elegir por la persona afectada o sus familiares entre servicios y prestaciones monetarias. Las prestaciones son topadas y de hecho han estado congeladas entre 1995 y 2008 por lo que la diferencia del coste entre las prestaciones y, en su caso, los servicios, ha sido asumido por las personas dependientes, sus familias o los municipios a través de los recursos de la asistencia social en el caso de las personas sin recursos. Las prestaciones

básicas son financiadas mediante cotizaciones sociales, si bien la prestación de servicios sociales por los municipios se realiza también mediante impuestos generales y recursos propios.

El modelo alemán de dependencia está dirigido, como el modelo austriaco, a reforzar los cuidados familiares y sólo de manera excepcional los sustituye en las situaciones de dependencia de grave vulnerabilidad o inexistencia de redes familiares. Los cuidadores familiares están integrados en la Seguridad Social y hacen del trabajo de cuidados carrera de seguro. Las excedencias del trabajo por razón de los cuidados también forman parte del sistema. Si en el modelo austriaco todas las prestaciones son en dinero, en el caso alemán se puede optar entre prestaciones en servicios y en dinero. Todas ellas son topadas pero la cuantía de las primeras es casi el doble que el de las prestaciones monetarias teniendo en cuenta el coste diferencial entre ambas. A su vez, la persona afectada que opta por prestaciones sociales en servicios puede decidir entre proveedores, que en el caso alemán eran inicialmente organizaciones no lucrativas las cuales han sido progresivamente desplazadas por la competencia mercantil.

El sistema alemán ha reforzado la sostenibilidad financiera mediante un incremento de la participación de los salarios en la financiación del sistema con el fin de equilibrar un sistema deficitario. En la actualidad, la población ocupada contribuye con el 1.95% de la renta mensual de las cajas aseguradoras dividido al 50 por cien entre trabajadores y empresarios con un incremento del 0.25% en el caso de los trabajadores sin hijos.

Con una cobertura de 2.4 millones de personas, sólo el 12.5% son consideradas gravemente dependientes, el 34% como dependientes graves y el 53.5% como dependientes moderados. Las prestaciones de dependencia son complementadas con prestaciones al cuidador en forma de permisos, vacaciones y formación de cuidadores informales.

C) El **modelo francés** de dependencia, después de una primera reforma en 1997 - *Prestation spécifique dépendence* -, que no respondió a las expectativas de la población al ser dirigido a las personas sin recursos, se reforma nuevamente en 2002 mediante un sistema de cobertura universal basado en la llamada prestación de autonomía personal o *allocation personnalisée à l'autonomie* o APA y en deducciones fiscales para los que emplean cuidadores a domicilio. Este nuevo sistema (precedido históricamente por una prestación de ayuda de tercera persona creada en 1975 para personas con discapacidad, extendida después a las personas mayores de 60 años y, a partir de 1997, a toda la población sin recursos, cubre a cualquier persona mayor de 60 años en situación de dependencia reconocida. Como todos los modelos continentales, y también el español, es un modelo mixto que interrelaciona las diferentes esferas de bienestar: el Estado amplía su esfera mediante la universalización de prestaciones, la familia es protegida con mayor intensidad para que continúe su función tradicional de cuidados (obligación legal) y el mercado amplía su espacio en la prestación de servicios públicos y mediante el desarrollo de seguros privados. Los cuidados de dependencia dan prioridad a la atención domiciliaria y dejan amplia libertad para que la persona en situación de dependencia y sus familiares organicen los cuidados a los que están obligados. De este modo, los cuidados informales familiares de las personas en situación de dependencia constituyen el objetivo central del sistema.

El APA justamente tiene como objetivo reforzar los cuidados familiares que son obligatorios en Francia (el 75% de todas las personas mayores en situación de dependencia reciben cuidados por parte de sus familiares). Por esta vía no solo se refuerza el sistema tradicional de cuidados familiares sino que se contribuye a contener el coste de la atención, ya que la familia asume en tiempo y en costes de oportunidad una parte importante del mismo.

A la prestación de dependencia (APA) se accede mediante la valoración de la dependencia (escala AGGIR de seis grados, siendo los grados 1 a 4 los que dan derecho a la prestación del APA). La prestación es asignada por un equipo profesional con la intervención de la familia que puede elegir atención profesional o mediante cuidados familiares, bajo el control de los servicios sociales. Al igual que en todos los sistemas europeos las prestaciones sociales son topadas, cubren solo una parte del coste al que la persona afectada o la familia contribuye mediante el copago. Los servicios de atención a la dependencia son provistos por los sistema de servicios sociales y sanitario directamente o mediante provisión privada.

La regulación del sistema es estatal pero la planificación y provisión está bajo competencia de regiones y departamentos. Este sistema es financiado por varias fuentes de recursos: impuestos generales específicos (contribución de solidaridad general), cotizaciones de la Seguridad Social, impuestos municipales y aportaciones de los beneficiarios o copago. También existe un fondo nacional de solidaridad para la autonomía con el fin garantizar una financiación suficiente (que aporta en torno al 15% del gasto público en dependencia). Todo ello complementado por deducciones fiscales (las familias pueden deducir la mitad del coste de las personas empleadas en el hogar como cuidadoras). Modalidad ésta que favorece la opción de las clases altas y medias a favor de los cuidados a domicilio.

Todo ello viene a suponer un gasto total aproximado del 1.5% del PIB del que el sector público aporta dos terceras parte. Los seguros privados de dependencia tienen una cobertura de tres millones de personas mayores de 60 años sobre un total de trece millones con un volumen de recursos de 2.1 millones de euros, son de carácter individual o mutualista y su objetivo es cubrir la diferencia del coste entre la atención pública topada y el coste real de los servicios.

Como en todos los modelos descentralizados tres son los problemas que afectan a la eficacia del sistema: bajos niveles de coordinación entre Administraciones verticales, las diferencias de oferta de servicios y modos de regulación entre regiones y municipios, parte de las cuales tienen sus raíces en las diferencias históricas existentes entre los servicios sociales regionales y municipales y, finalmente, los desajustes que se producen como consecuencia de la intervención de los sistemas sanitario y los servicios sociales. Una fragmentación, con raíces históricas institucionales, que el nuevo sistema trata de superar. La ola de calor de 2003 aceleró la coordinación entre sanidad y los servicios sociales, puso en marcha un sistema de alerta epidemiológica y reforzó financieramente el sistema de dependencia mediante la creación de una caja nacional de solidaridad para la autonomía (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) financiado con cotizaciones sociales de los empresarios a cambio de sustituir un día de vacaciones por otro de trabajo, un impuesto sobre la propiedad (0.3% de su valor catastral) y el 0.1 del impuesto sobre la renta. Reformas todas ellas dirigidas a garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de dependencia y acelerar la coordinación entre sanidad y los servicios sociales en este ámbito.

3.4. El régimen mediterráneo de atención a la dependencia, comprende el conjunto de países del Sur de Europa en los que históricamente la familia tiene un papel central en la función de cuidados y el sector público intervenía de manera subsidiaria y asistencial. Este modelo histórico ha tenido que hacer frente, sobre todo en los casos de España e Italia, que aquí consideramos, a profundos y rápidos cambios sociodemográficos en los que han venido a coincidir un intenso envejecimiento de la población, la aceleración de los cambios en las funciones tradicionales de la familia y una progresiva integración laboral de la mujer. Reflejo de estos cambios son las crecientes demandas sociales en favor de nuevas formas de ayuda y protección social a

las situaciones de dependencia. La familia sigue haciéndose cargo de los cuidados pero demanda prestaciones que hagan compatible la función de cuidados con la inserción laboral de las mujeres cuidadoras y formas de conciliación entre cuidados informales y empleo ordinario que favorezcan repartos más igualitarios de la carga de cuidados entre hombres y mujeres. Como veremos a continuación, en el Sur de la UE sólo España ha desarrollado una reforma en profundidad, mientras que Italia, a pesar de su elevada tasa de cobertura de la población mayor de 60 años con problemas de dependencia, no la ha emprendido.

Italia no dispone de un sistema universal de atención a la dependencia como el español, pero sí ha desarrollado un conjunto de prestaciones de apoyo a la familia sobre el que pudiera construirse en el futuro un sistema universal que articule las actuales políticas regional y estatal de atención a la dependencia. De facto, Italia ha ampliado progresivamente un sistema asistencial que no ha concluido aún en otro de tipo universal. En 1980 se aprueba una prestación monetaria por ayuda de tercera persona para personas con grave discapacidad menores de 65 años (*indemnità di accompagnamento*) financiado por la Seguridad Social. Esta prestación se extiende en 1988 a la población mayor de 65 años con grave discapacidad. Desde dicho año la extensión de la cobertura mediante una prestación única, que no se modula por niveles de dependencia ni requiere prueba de ingresos, ha sido impresionante en la población mayor de 65 años. De los 1,7 millones de beneficiarios existentes en la actualidad, la población mayor de 65 años es el 83 por cien del total de beneficiarios y casi el sesenta por cien tiene 80 y más años. Esta extensión asistencial de la prestación (472 euros en 2009) es un sistema de compensación del cuidado informal y un medio también para remunerar a las empleadas domésticas, en su mayoría mujeres inmigrantes e, incluso, para financiar parte del coste de servicios formales públicos o privados.

El modelo italiano completa su cobertura con los servicios sociales municipales y regionales, de base asistencial, externalizados hacia empresas y organizaciones no lucrativas y mediante una extensa delegación de los cuidados a las mujeres inmigrantes por parte de las familias y las mujeres trabajadoras, que mantienen la dirección y control de los cuidados. Una parte de dichas cuidadoras inmigrantes está regularizada y otra parte en situación irregular. Se trata de un modelo en proceso de cambio pero con una arquitectura incompleta. La paradoja del modelo italiano es que habiendo logrado un notable grado de cobertura mediante la prestación monetaria única de dependencia (el 24 por cien de la población mayor de 65 años) y un gasto público importante en esta prestación, más de medio punto porcentual del PIB, no ha dado el salto hacia un modelo universal que articule los recursos y prestaciones de los diferentes niveles de gobierno existentes bajo una regulación estatal. A pesar de un importante nivel de gasto público en dependencia que alcanza el 1.7% del PIB (incluyendo el gasto sanitario), los problemas de coordinación entre Administraciones y las amplias diferencias regionales en recursos y prestaciones frenan el proceso de coordinación imperativa.

4. CONCLUSIONES

La atención a la dependencia es el último desarrollo en materia de política social en una parte creciente de los países miembros de la UE. Es la respuesta a un riesgo social en base a un derecho subjetivo. El proceso de envejecimiento de la población, las demandas de calidad de vida, los cambios en el seno de la familia tradicional y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, así como los procesos de reestructuración del Estado de Bienestar, han conducido al desarrollo en el espacio social europeo de sistemas de atención a la dependencia y de apoyo a la autonomía. Junto con las pensiones y la atención



sanitaria constituye la triada de la estrategia europea de protección social junto a la inclusión social.

Los diferentes sistemas han ordenado sus programas sociales de tipo asistencial (para personas en situación de dependencia muy frágiles y sin recursos) o contributivo (gran invalidez debido a accidentes laborales) en un sólo sistema que supere la fragmentación institucional y la desigualdad de acceso mediante sistemas de regulación nacional del derecho social a la protección, organizando el gobierno multinivel para su gestión y asegurando la financiación de unas prestaciones básicas para todo ciudadano que son complementadas en el plano de los gobiernos regionales y locales.

Los sistemas de dependencia no sustituyen los cuidados informales realizados por los hogares, por el contrario, los refuerzan en cierto modo a la vez que ponen también las bases para un desarrollo social que facilite el reparto de la carga de los cuidados en el seno de los hogares y entre hombres y mujeres, así como una socialización del riesgo.

Los nuevos sistemas de dependencia son mixtos, teniendo las siguientes notas comunes, compartidas plenamente por el SAAD español:

- El Estado regula el conjunto del sistema, garantiza unas prestaciones básicas, reequilibra las políticas regionales y locales y se responsabiliza de la regulación y financiación básica del sistema.
- Las regiones de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión en equipamientos con ayuda estatal;
- Los ayuntamientos son la pieza clave o punto de entrada en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales comunitarios;

- El sector privado, mercantil y economía social, colabora con el Estado en la gestión de servicios sociales dentro de redes públicas en las que el sector público tiene un mayor o menor peso directo según los países.
- Las familias siguen siendo estructura central en el sistema de cuidados.
- La garantía de unas prestaciones básicas no cubre el coste de los cuidados, de ahí que el copago sea una de las fuentes de financiación, si bien es en conjunto la menor.
- La libertad de elección del usuario ha propiciado un desarrollo de las prestaciones monetarias en detrimento de los servicios. Este desarrollo es objeto de debate por parte de los sindicatos y determinadas organizaciones sociales en la medida en que refuerza el papel tradicional de la mujer cuidadora y no facilita la creación de empleo en el sector de los servicios sociales.

El sistema español para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) que se desarrolla en enero de 2007 a partir de la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, ha supuesto una reforma profunda de la atención a la dependencia en España. El caso español es un ejemplo de modelo en el que se combina la tradición institucional en la atención a la dependencia– la inclusión del SAAD en el sistema de servicios sociales autonómicos y locales – con nuevos enfoques de universalización y garantía de un mínimo nivel de protección en todo el territorio del Estado.

El SAAD ha permitido la transición de un modelo típicamente mediterráneo de cuidados de larga duración a un modelo propio que puede incluirse en buena medida en el modelo continental (modos de valoración y acceso), si bien comparte algunos de sus rasgos fundamentales (p.e. centralidad de los servicios, igualdad de género, financiación con impuestos generales) con el

modelo nórdico, manteniendo finalmente un papel importante de las familias en el sistema.

Por tanto podemos decir que hoy el sistema español ha superado el modelo mediterráneo de cuidados para estar plenamente integrado en los modelos europeos más avanzados de protección a la dependencia. Se trata de es un modelo complejo de atención a la dependencia que responde a la nueva generación de derechos sociales y a la estrategia europea de cuidados de larga duración, donde la cobertura del riesgo se comparte entre varios agentes institucionales y sociales, personas afectadas y cuidadores familiares; se garantiza una cobertura universal en base a prestaciones básicas topadas con un mínimo garantizado por el Estado para todo ciudadano en situación de dependencia; se planifica y gestiona de manera descentralizada; la provisión de servicios es mixta en un marco de creciente competencia entre los sectores mercantil y la economía social; canaliza las reivindicaciones y demandas sociales mediante un amplio sistema de participación de los agentes sociales y económicos y las ONG en sistemas consultivos.