

## **El marco institucional de la protección social de la dependencia en España**

RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO

*Universidad de Alcalá*

Tfo. 918 854 228 - E-mail: [gregorio.rodriguez@uah.es](mailto:gregorio.rodriguez@uah.es)

### RESUMEN

Los cambios sociodemográficos en el modelo tradicional de cuidados informales y la consolidación de la idea de los cuidados personales como riesgo social, han concluido en el caso español en una nueva rama de la acción protectora del Estado de Bienestar que en muchos sentidos recoge la tradición mediterránea de cuidados informales, la visión de los modelos centroeuropeos sobre la centralidad de la familia y la filosofía de los servicios sociales del modelo nórdico. El nuevo modelo supone la construcción de un entramado institucional cuya gestión, coordinación, financiación y evaluación constituyen un ensayo complejo de gestión mixta que refleja la tensión entre universalismo, igualdad, descentralización y cooperación territorial e institucional.

*Palabras clave:* Dependencia funcional, cuidados de larga duración, riesgo social, modelos europeos de protección social, marco institucional, universalismo, coordinación.

### ABSTRACT

The social and demographic changes in the traditional model of informal care and the growing idea of personal care as social risk, have driven to the Spanish Welfare State to the building of a new branch of social protection. In many ways this new long-term care model takes up the Mediterranean tradition of informal care, also the experience of Bismarkian family based social security and, finally, the social services orientation of Nordic welfare regime. The new long-term care system is an institutional complex framework in terms of management, coordination, finance and evaluation. This system shows the strain between different targets: universal coverage, redistribution, decentralization and territorial and institutional cooperation.

*Keywords:* Functional dependency, long-term care, social risk, European Models of Social Protection, institutional framework, universal coverage, coordination

JEL classification:

---

Artículo recibido en Mayo de 2007 y aceptado para su publicación en Julio de 2007.

Artículo disponible en versión electrónica en la página [www.revista-eea.net](http://www.revista-eea.net), ref.: e-25201

## 1. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN COMO RIESGO INDIVIDUAL Y SOCIAL

¿Qué entendemos por cuidados de larga duración?. ¿Cuáles son los factores sociales y demográficos que han convertido los cuidados informales de riesgo individual en riesgo social o, más bien, en un riesgo mixto?. ¿Qué modelos institucionales se están adoptando en el ámbito del Modelo Social Europeo (MSE) como respuesta a la extensión del riesgo?. ¿Cuál es, en concreto, el modelo adoptado en el caso español y cuál es su naturaleza institucional?. Estas son las preguntas que tratamos de responder de manera global desde un enfoque en el que primamos el análisis de la calidad del modelo institucional adoptado en España como condición de la puesta en marcha exitosa del nuevo modelo protector, de la consecución de una universalidad que garantice la igualdad y, finalmente, del logro de la eficiencia desde la lógica de un sistema mixto de gestión de servicios como el que se ha adoptado.

Por cuidados de larga duración entendemos aquel conjunto de intervenciones privadas y públicas, formales e informales, en servicios y prestaciones monetarias, sociales pero también sanitarias, que van dirigidas a prevenir, rehabilitar y cuidar a las personas que por razón de algún tipo de deficiencia contraen déficits funcionales que afectan a la realización de actividades de la vida diaria tanto de tipo personal, como también instrumental y relacional. De manera complementaria la acción protectora también se extiende a los cuidadores informales.

Tanto la OMS (OMS, 2001) como el Consejo de Europa (1998) enfatizan en la idea de dependencia funcional en la vida diaria. Así el Consejo de Europa define la dependencia como **“aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”**.

No es una definición cerrada sino tentativa. Tal como se ha señalado (Casado, 2004, 2006) la definición concreta de la dependencia responde a tradiciones históricas, concepciones teóricas y a las políticas públicas que definen un determinado tipo de baremo. La tendencia general de las políticas públicas da prioridad a la dependencia funcional o realización de **actividades básicas de la vida diaria o ABVD** (levantarse y acostarse; desplazarse en el hogar; asearse solo; control de necesidades; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber; cambio en las posiciones del cuerpo), frente a las **actividades de tipo instrumental o AIVD** (deambular sin medio de transporte; cuidarse de compras y comidas; cuidado de la limpieza y ropa; mantenimiento de la casa; cuidarse del bienestar de los miembros de la familia). De manera residual se consideran las **actividades de tipo relacional y participativo (ARP)**. Así sucede, por ejemplo, con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (a partir de ahora LEADE 2006) que da prioridad a las primeras, considera en mucha menor medida

las segundas como objeto protector y tiene en cuenta el último grupo de actividades únicamente en relación con la participación laboral de las personas con discapacidad que precisan de ayuda o asistencia personal.

La consideración de una u otra tipología de dependencia funcional y el nivel de gravedad que se considere como punto de entrada en el sistema protector nos dará una u otra población potencialmente demandante. Esta es la razón de la amplia diversidad de estimaciones de población dependiente para el caso español puesta de manifiesto por Palacios Ramos y Abellán García (2006) y Abellán y Esparza (2006) para el caso de la población mayor de 65 años en base a las distintas encuestas realizadas durante los últimos años por el INE (EDDES 1999), por el Ministerio de Sanidad y Consumo, por el IMSERSO y el CIS. Si existe alguna coincidencia en los diferentes estudios consiste en que la clasificación de la población en situación de dependencia por niveles de gravedad – moderada, severa y grave – vienen a suponer aproximadamente en torno al 50%, 30% y 20% respectivamente de la dicha población.

Aunque la dependencia afecta a todas las edades ha sido el envejecimiento de la población, con el aumento de la esperanza de vida y el crecimiento de la población mayor de 80 años, el factor por antonomasia que explica el crecimiento de la población potencialmente susceptible de cuidados. Frente a ello, y a largo plazo, únicamente las mejoras en la esperanza de vida libre de discapacidad y una óptima utilización de los recursos públicos y privados serán los factores que modulen el impacto social y económico de la dependencia (Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002; Rodríguez Cabrero, 2004).

## 2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS E INSTITUCIONALES DEL RIESGO SOCIAL DE LA DEPENDENCIA, MODELOS PROTECTORES Y TENDENCIAS DE REFORMA EN LOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LA UNIÓN EUROPEA

### 2.1 Factores sociodemográficos e institucionales del riesgo de dependencia

Respecto a los factores que han hecho de los cuidados de larga duración (a partir de ahora CLD) un riesgo social objeto de protección mixta en los distintos regímenes de bienestar europeos hay que diferenciar los **factores sociodemográficos** de los **factores institucionales y financieros** que dan respuesta a los primeros.

Desde el punto de vista sociodemográfico dos son los factores a destacar que concitan un acuerdo común en los analistas sociales:

En primer lugar, el **envejecimiento de la población**. El envejecimiento de la población y el crecimiento de la esperanza de vida son indicadores del éxito de bienestar de las sociedades europeas. Al mismo tiempo este envejecimiento no ha caminado paralelamente a la reducción de enfermedades invalidantes que reduzcan los años

de vida sin autonomía personal. El aumento de las demencias cognitivas, Alzheimer en particular, es el indicador más destacado del éxito relativo del envejecimiento de las poblaciones europeas ya que en torno al 11-12% del colectivo mayor de 65 años padece graves discapacidades y en torno al 20% la suma de discapacidades graves y severas para realizar actividades de la vida cotidiana. La dependencia no se reduce a la población mayor de 65 años pero constituye el colectivo mayoritario, en torno al 65-70% del total de personas en situación de dependencia. Es más, el colectivo de 80 y más años conforma casi la mitad de toda la población dependiente e inevitablemente es el colectivo diana de las políticas sociales (Rodríguez Cabrero, 2004; IMSERSO, 2005).

En segundo lugar, hay que destacar los **cambios en la estructura social de los cuidados informales basados en el trabajo no remunerado de la mujer**. El sistema tradicional de cuidados a las personas en situación de dependencia en los distintos países de la UE es, sobre todo, de tipo informal, basado en el trabajo no remunerado de la mujer cuidadora. La importancia central de los cuidados informales no se reducirá posiblemente en los años venideros pero sí los actores protagonistas de los mismos y las formas que ha adoptado históricamente.

El modelo social europeo de CLD dominante hasta muy recientemente era, y sigue siendo, femenino, no remunerado y apenas valorado socialmente. Residualmente el Estado apoyaba asistencialmente bajo prueba de recursos a las personas en situación de dependencia. Este modelo ha cambiado en los últimos treinta años, primero en la década de los setenta y ochenta del pasado siglo en los regímenes nórdicos de bienestar social, en la década de los noventa y principios de la presente década en los países continentales; finalmente, los países del Sur de Europa se incorporan a la dinámica del cambio de modelo que consiste en convertir lo que era y es un riesgo individual en un riesgo también social, en un riesgo mixto.

Los cambios en el modelo tradicional son profundos ya que suponen, por una parte, un progresivo reparto de la carga en el seno de las familias desfeminizando relativamente la carga del cuidados y los costes de oportunidad que conlleva lo que no es sino reflejo de cambios en la estructura del mercado de trabajo y en los roles tradicionales que hacían de la mujer en solitario el protagonista de los cuidados de larga duración; por otra parte, la progresiva reducción de la red cuidadora femenina junto a una creciente conciencia social de que estamos ante un riesgo mixto que altera los fundamentos sociales del sistema tradicional de cuidados.

Es cierto, también, que en el cambio del sistema no solo subyace una razón de género sino una razón de diferenciación social ya que son las mujeres de clase media que trabajan las que han impulsado el cambio comprando en el mercado los servicios de cuidados que son ejercidos por otras mujeres trabajadora, sobre todo mujeres inmigrantes (en muchos casos “sin papeles”), tal como nos demuestra la experiencia de España e Italia ( Bettio, Simonazzi y Villa, 2006).

Ambos factores de cambio social tendrán una mayor incidencia en los años venideros, con lo que las políticas públicas de CLD jugarán un papel más activo. Como en el caso de tantas políticas públicas la protección social de las situaciones de dependencia es consecuencia de la demanda de las clases medias y clase trabajadora cualificada que estaban excluidas de la acción protectora tanto por vía asistencial (al disfrutar de un cierto nivel de renta), como por vía de mercado (por su capacidad de compra limitada).

Entre los factores institucionales y financieros que subyacen a las políticas sociales de CLD cabe señalar las siguientes:

En primer lugar, la **incapacidad de las redes de servicios sociales para dar respuesta a las nuevas necesidades**, con excepción relativa de las redes nórdicas y de algunos países continentales. La necesidad de CLD ha superado la capacidad asistencial de los servicios sociales tradicionales. Ello implica ampliar las redes de intervención, tanto públicas como privadas, así como la creación de nuevos tipos de prestaciones fronterizas entre lo social y lo sanitario. La tradición “pública” de los sistemas sanitarios se enfrenta, sin embargo, a la tradición en gran medida “privada” de los sistemas de servicios sociales en los que el Tercer Sector hasta recientemente y, últimamente, la empresa mercantil tienen un papel dominante en la provisión de servicios. En los CLD vienen a coincidir dos sistemas de protección social – el social y el sanitario - de distinto tamaño, capacidad organizativa y financiera así como dos culturas profesionales muy diferentes.

En segundo lugar, al tratarse de cuidados en gran medida mixtos, sociosanitarios, se han planteado **problemas ineludibles de eficacia y eficiencia en el conjunto de los servicios sociales y sanitarios**. De eficacia ya que es inviable institucionalmente una intervención social en la que una parte sea asistencial y exclusógena (servicios sociales) y otra parte universal y relativamente inclusiva (sistema sanitario); problemas de derivaciones entre servicios y la contradicción entre sistemas diferentes de selección y accesibilidad ponen a prueba la eficacia de la intervención social y exigen modos de coordinación cuando no de integración de redes de servicios y prestaciones públicas. De eficiencia ya que los CLD por la multiplicidad de agentes públicos y privados que intervienen, la variedad de técnicas de intervención necesarias y la complejidad de la provisión demandan modos de gestión que maximicen el gasto público no tanto por su dimensión actual, que se sitúa como media en torno al 1-1,5% del PIB en el ámbito de la UE, cuanto por su dimensión futura (Montserrat, 2005; 2006).

## **2.2 Los modelos europeos de los cuidados de larga duración: diversidad y convergencia relativa**

Los CLD han pasado a formar parte de la política social europea en los últimos años y formalmente desde 2003 (Consejo y Comisión Europeos, 2003) con el primer informe sobre CLD, posteriormente consolidados en los llamados Joint Reports o

“informes conjuntos” de protección social y exclusión en los que se analizan las políticas de este campo junto a las sanitarias y los sistemas públicos de pensiones (Comisión Europea, 2007; European Commission, 2007). A través de estos informes, además de diferentes trabajos de investigación (Pacolet, 1999, 2006) constatamos como el MSE afronta en los últimos años un proceso complejo de convergencia relativa entre sistemas de protección social en el marco de regímenes de bienestar nacionales que siguen manteniendo sólidas tradiciones. Esta tensión entre convergencia y “path dependency” o tradición nacional se refleja de manera especial en las políticas de CLD que seguramente están acelerando la senda de la convergencia relativa (ver **CUADRO 1**).

**Cuadro 1. Rasgos básicos de los sistemas de cuidados de larga duración en los países de la unión europea**

	DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA	ACCESIBILIDAD	CALIDAD	SOSTENIBILIDAD	GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL /PIB 2003	%POBLACIÓN QUE NECESITA CLD EN 2020
RÉGIMEN BISMARKIANO REGIÓN CENTRAL						
Alemania	Sistema universal de Seguridad Social incardinado en el sistema sanitario, descentralizado y de provisión mixta	Toda la población. Papel central de los cuidadores familiares	Calidad de servicios y de profesionales	Debate sobre sostenibilidad financiera que concluirá en 2007 en una nueva reforma	30,2	5,3
Austria	Modelo universal de seguridad social, descentralizado	Toda la población. Papel central de los cuidadores familiares. Se constatan diferencias territoriales en la oferta de servicios	Existen estándares mínimos de calidad	Financiación mixta, copago incluido. Los incrementos del gasto se contemplan compensados por el impacto en el empleo en servicios	29,5	5,3
Bélgica	Modelo de seguridad social, descentralizado y sociosanitario	Prácticamente toda la población; prioridad de servicios comunitarios y necesidades de tipo cognitivo	Acreditación de centros y coordinación de sistemas	Desarrollo de recursos humanos y mejora de la colaboración institucional	29,7	5,2
Francia	Sistema universal financiado por Estado, Seguridad Social y entes locales a través de la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía y provisión mixta	Toda la población, libre elección entre servicios y prestaciones monetarias y problemas de coordinación de fuentes de financiación	Políticas de calidad: derechos del usuario, coordinación socio-sanitaria y calidad profesional	Política de sostenibilidad financiera	30,9	4,9
Luxemburgo	Modelo universal de seguridad social y financiación y provisión mixta. Elección libre limitada entre servicios y prestaciones monetarias	Universal y con una oferta amplia de servicios	Existen estándares y recomendaciones de calidad	Programas de prevención, creación de fondo de reserva (no inferior al 10% del gasto anual), 1,4% de la renta individual y nuevos recursos del Estado	23,8	4,7

Países Bajos	Sistema universal, descentralizado, de provisión mixta y en fase de reorientación de servicios hacia prestaciones monetarias	Universal y con amplia oferta de servicios. Necesidad de expansión, mejora y coordinación de los servicios	Existe una amplia batería de estándares de calidad. Ley de acreditación de centros	Control del gasto e incentivos a proveedores para el logro de la eficiencia	28,1	5,0
RÉGIMEN MEDITERRÁNEO						
España	Sistema universal, descentralizado y de provisión mixta desde 2007	Acceso universal limitado por la escasez de servicios	Previsiones de calidad de servicios y empleo	Financiación conjunta de Estado, Gobiernos Regionales y Municipales y copago	19,7	5,2
Grecia	Sistema asistencial de provisión mixta y papel activo de ONG	Se favorece la atención en el domicilio pero se señala la necesidad de expansión de los servicios y su modernización.	Agencia de Protección de los Derechos del Paciente, acreditación de ONG e inspección de servicios sociales y sanitarios	El coste recae sobre todo en las familias. La financiación varía entre proveedores públicos y privados con bajo nivel de control	26,3	5,3
Italia	Sistema asistencial, descentralizado y de provisión mixta	Limitada por la oferta de servicios, fragmentación y con problemas de coordinación	No existen estándares generales de calidad en servicios sociales sometidos ahora a debate	Financiación mixta por el sistema sanitario y los servicios sociales. Se reconoce la insuficiencia de recursos y la necesidad de mejorar la coordinación social y sanitaria	26,4	5,4
Portugal	Sistema asistencial, descentralizado y apoyado en ONG. Introducción de la coordinación sociosanitaria	Bajo nivel de provisión pública de servicios comunitarios	Red nacional de atención continua integrada	Evaluación de servicios, sistemas de financiación con proveedores privados, mejora de la asignación financiera	24,3	5,0
RÉGIMEN LIBERAL						
Irlanda	Sistema asistencial apoyado en la atención familiar	Oferta limitada y abierta a la expansión privada	En fase de debate a través del Consejo Nacional de Envejecimiento y personas mayores	Se apuesta por la combinación de impuestos, copago y seguros sociales	16,5	4,3

Reino Unido	Sistema asistencial, municipal, de financiación y provisión mixta	Amplia oferta con preferencia de acceso a las personas sin recursos y creciente peso del copago. Se está apoyando el cuidado informal con prestaciones, seguros sociales y flexibilidad laboral	Existen estándares de calidad que varían según las regiones	Control de acceso a servicios y apoyo a los servicios comunitarios frente a los residenciales	26,7	5,0
RÉGIMEN NÓRDICO						
Dinamarca	Universal, municipal y de orientación comunitaria	Acceso para todos con algún copago	Estándares de calidad en servicios y profesionales	Extensión de la competencia entre proveedores públicos y privados y libre elección por los usuarios entre oferentes de servicios	30,9	5,1
Finlandia	Sistema universal, de gestión municipal, sociosanitario y con libertad de elección entre prestaciones monetarias y servicios	Oferta amplia con disparidades regionales	Existen sistemas de calidad y de protección a los derechos del usuario	Mejora de la prevención y de la cualificación profesional	26,9	5,2
Suecia	Sistema universal, de gestión municipal y provisión crecientemente privada	Amplia oferta de servicios, reducción de la oferta residencial, mejora de la coordinación entre regiones y municipios	Existen estándares de calidad de servicios, de seguridad del usuario y de la cualificación profesional	Se está elaborando un informe de sostenibilidad financiera dado el elevado gasto actual (3,8% del PIB en 2004) y las previsiones de crecimiento para el año 2050 en 2,9 puntos adicionales	33,5	5,3
RÉGIMEN BISMARKIANO NUEVOS PAÍSES						
Chequia	Asistencial, descentralizado y mixto en cuanto a gestión	Oferta de servicios insuficiente, fragmentado, desigualdad entre regiones y bajo nivel de cooperación entre servicios sociales y sanitarios	Existe un protocolo de calidad en la nueva ley de servicios sociales	Coordinación sociosanitaria como vía de sostenibilidad	20,1	5,8

Eslovaquia	Sistema asistencial, descentralizado, con financiación mixta y orientación al desarrollo de los CLD durante el período 2006-2010	Bajo nivel de oferta de servicios y amplias desigualdades regionales	No existen estándares de calidad	Apoyo a los servicios domiciliarios frente a los residenciales	18,4	5,4
Hungría	Sistema asistencial de provisión mixta con fuerte peso de ONG y del sistema sanitario	Sistema infradesarrollado y con elevadas disparidades territoriales	En fase de modernización y desarrollo	Mejora de la coordinación sociosanitaria y de la coordinación regional de los proveedores y sistemas de atención	21,4	5,7
Polonia	Sistema asistencial, descentralizado, sociosanitario	Insuficiencia de la oferta de servicios, sobre todo comunitarios, distribución territorial desigual y bajo nivel de coordinación	Estándares en sanidad y en calidad del empleo	Integración de servicios sociales y sanitarios	21,6	5,5
<b>RÉGIMEN BÁLTICO</b>						
Estonia	Sistema asistencial, de gestión municipal y provisión mixta orientado a la expansión	Limitada por la escasez de servicios (30% de los ayuntamientos no disponen de servicios de ayuda a domicilio)	En fase de definición	Mejora de la colaboración entre municipios y gobierno como vía de reducción de costes	13,4	5,6
Letonia	Modelo asistencial de gestión municipal y financiación mixta (Estado, municipios)	Acceso limitado debido a disparidades de recursos a nivel regional y baja coordinación entre Estado y municipios	Existen estándares de calidad de baja aplicación por falta de recursos	Reducción de la atención residencial y expansión de servicios comunitarios. Mejora de la coordinación	13,4	5,7
Lituania	Modelo asistencial con fuerte apoyo familiar, descentralizado y de provisión mixta. Desarrollo de la oferta mercantil	Infradesarrollo de la oferta de servicios comunitarios, desigualdades territoriales y baja coordinación entre sanidad y servicios sociales	Estándares de calidad desde 2007	Incremento de copago y desarrollo de servicios no residenciales	13,6	5,6

MODELO MEDITERRÁNEO NUEVOS PAÍSES						
Chipre	Sistema asistencial con predominio de la provisión privada, sobre todo de ONG, y del papel de la familia	Limitada y orientada a la ayuda a domicilio y a la salud mental	Pendiente de la aprobación de una ley de CLD	Necesidad de coordinación de esfuerzos y concentración de los programas en la ayuda a domicilio y en los colectivos más vulnerables	17,0	6,6
Malta	Sistema asistencial de provisión mixta y papel relevante de ONG	Limitación de recursos públicos y privados	Rudimentario	Desarrollo de servicios comunitarios frente a residenciales, apoyo a cuidadores familiares y mejora de la calidad del empleo	18,5	7,1
Eslovenia	Sistema asistencial con financiación mixta de impuestos, cotizaciones y copago en fase de transición a un sistema de CLD de seguridad social	Oferta en expansión de tipo comunitario y mejora de la coordinación entre servicios regionales y locales	Existen sistemas de calidad	Sostenibilidad garantizada por el nuevo sistema de seguridad social de CLD y mejora de la coordinación y de la calidad del empleo	24,6	5,9
RÉGIMEN ESLAVO						
Bulgaria	Sistema asistencial, municipal y de gestión mixta con proveedores privados	Limitada a los grupos vulnerables	Se reconoce la necesidad de expansión de los servicios y la mejora de su calidad	No existe presión en el gasto público y se apuesta por la desinstitucionalización y los colectivos de riesgo como vía de sostenibilidad	No disponible	No disponible
Rumania	Sistema asistencial en fase de descentralización y con fuerte apoyo en las ONG. Una nueva ley asistencial de CLD	Escasez de la oferta de servicios, sobre todo en áreas rurales	Mejora de la calidad en residencias y de los profesionales	Protección social limitada a las personas sin recursos	No consta	No consta

Fuente: Elaboración propia en base a Joint Report on Social protection and Social Inclusion 2007, Eurostat Database 2006 y WHO database 2006.

Desde la óptica de la convergencia relativa cabe afirmar que los sistemas de CLD de los países de la UE están evolucionando (los países nórdicos fueron pioneros desde los finales años 70 del pasado siglo) desde modelos asistenciales en los que los CDL recaen sobre la mujer a modelos de *universalismo limitado* en los que se producen distintas combinaciones mixtas de CLD entre el sector público, el sector privado no lucrativo y mercantil y la familia. Se trata de sistemas de riesgos compartidos tanto por la naturaleza social de los CLD (en los que los cuidadores informales tienen un papel central), como por las cautelas financieras adoptadas por los Estados de Bienestar europeos dentro de las políticas de contención del gasto social y de traslado creciente a la sociedad civil de parte del coste de las políticas sociales.

Ahora bien, se trata de un proceso convergencia de ida y vuelta o, de manera más específica, de convergencia hacia el “centro” desde el norte y el sur, en el sentido de que mientras los regímenes de bienestar nórdicos afrontan un relativo proceso de contención y de transferencia a las familias de una parte del coste de los CDL y tienden a la selectividad, los regímenes de tipo continental o centro europeo han transitado hacia modelos de CLD universales basados en la Seguridad Social; por su parte, los países del Sur de Europa se encuentran en una fase de debate (Italia) o de incorporación a modelos universalistas mixtos de elevada complejidad institucional debido a la profundidad de la descentralización del Estado y a los procesos de transición social y demográfica en curso (caso de España). La incorporación de 12 países miembros, con modelos residuales de CLD, pero con intensos procesos de envejecimiento, permite prever un desarrollo desigual de los CLD (Pacolet, 1998, 2006) con combinaciones de intervención social pública y privada.

Si hubiera que trazar un cuadro esquemático del proceso de convergencia de los CLD en el seno del MSE los rasgos comunes serían los siguientes (Rodríguez Cabrero, 2006):

1. Tendencia relativa a la superación de los modelos asistenciales por otros de universalismo contenido financieramente y con un reparto de responsabilidades y costes entre el sector público, la persona afectada y los cuidadores familiares. Pero también cierta tendencia a la selectividad o protección de las personas con mayor grado de dependencia y vulnerabilidad.

2. Permanencia e incluso reconstrucción de la responsabilidad familiar en los CLD en la medida en que todos los regímenes de bienestar contemplan ayudas económicas y sistemas de conciliación de la vida personal y familiar. En unos casos tratando de reconstruir el “pasado” de la atención familiar (países nórdicos), en otros “reforzando” un modelo que siempre tuvo una fuerte orientación familiar (países continentales y ahora países del Sur de Europa). A ello contribuye, aunque no en exclusiva, la tendencia generalizada en favor de modelos de atención comunitaria que potencien la autonomía personal en el domicilio frente a la residencial.

- 3 Los CDL se basan en modelos de gestión descentralizada, con un creciente protagonismo de las regiones y municipios y amplio papel de la provisión privada,

desde el Tercer Sector a la empresa mercantil, en la gestión de los servicios sociales. El sector público tiende a conservar lo que se conoce como centros de referencia reduciendo su papel a la regulación, financiación y control de resultados.

4. Finalmente, la ampliación de la acción protectora pública desde las personas dependientes sin recursos a las clases medias urbanas está reforzando progresivamente la práctica de la elección entre paquetes de prestaciones (consumidor público) lo que implica la ampliación de proveedores pero también la generación de tensiones, no fácilmente resolubles, entre la libertad de elección (Lundsgaard, 2005) y el necesario logro de la efectividad social.

Por tanto, en el análisis de los sistemas de CLD, junto a la diversidad e inercia institucional de los regímenes de bienestar nacionales, es preciso resaltar la convergencia relativa en la base sociodemográfica de los mismos (envejecimiento y nuevos papeles sociales de la familia y la mujer); también en el modelo de CLD: universal, mixto, descentralizado y con tendencias a la minimización de la responsabilidad del Estado Central; financieramente contenido de modo que la extensión del Estado de Bienestar en este campo no ponga en cuestión las políticas de estabilidad presupuestaria. En este sentido los objetivos de los CLD que, a modo de recomendación de estrategia, ha señalado la Comisión Europea – cobertura universal, suficiencia, calidad y sostenibilidad financiera – parece que podrían cristalizar en los años venideros en modelos de CLD extensos pero de baja intensidad protectora, públicos pero con creciente peso del sector privado, con un mayor peso del riesgo social pero sin detrimento sustantivo del papel de la familia cuidadora, orientado a la prestación de servicios pero con crecientes márgenes de elección por parte de las personas afectadas, universales pero más selectivos.

### 2.3 Tendencias de cambio en los sistemas de CLD

El análisis de los procesos de convergencia en los modelos europeos de CLD nos indica que la dificultad de establecer pautas comunes debido a las fuertes inercias de las instituciones nacionales de protección social no impide señalar algunas tendencias de cambio que tenderán a ser compartidas en los años venideros en un contexto de intenso envejecimiento.

El análisis de las tendencias de cambio en los sistemas de CLD requiere de una reflexión sucinta sobre el cambio de perspectiva en el seno del propio MSE en los últimos años en materia de política social. La propia *Agenda Social Europea* para los años 2005-2010 nos ofrece una visión de las contradicciones que se plantean en el seno del MSE entre *cohesión social* y *justicia social*. El predominio de las políticas sociales de cohesión social implica dar prioridad al crecimiento económico y la creación de empleo frente a las políticas redistributivas y de acceso a los servicios, es decir, prioridad de la asistencia básica frente a la justicia social. Esta filosofía aplicada

al ámbito de los CDL supone reformar el modelo tradicional de cuidados personales (por su inviabilidad social y política a largo plazo) en el sentido de dar prioridad a modelos reproductivos de universalismo asistencial con amplia responsabilidad familiar (femenina) e individual frente a modelos de universalismo redistributivo de amplio riesgo compartido.

Esta visión ideológica supone un avance en los países de tradicional asistencialismo (países del Sur de Europa), un retroceso en los de universalismo intenso (países nórdicos y Holanda) y un intento de equilibrio en los países del centro de la UE (Austria, Alemania, Francia y Bélgica) entre la responsabilidad del Estado y la familiar. Aunque los niveles de gasto social respecto del PIB no son elevados y la previsión de crecimiento medio para la UE25 es del 0,9% en 2004 al 1,7% del PIB en 2050 (European Comisión, 2006), sin embargo, la visión del mismo tiende a presentarlo como un gasto no sostenible y, por tanto, objeto de reparto creciente con las personas afectadas. Dicho de otra manera se plantea el reforzamiento de la individualización del riesgo en un contexto de universalismo contenido.

En concreto, la visión cohesiva, no redistributiva, de las políticas de CLD parece traducirse en políticas como las siguientes que refuerzan los rasgos antes señalados:

1. Modelos de protección social que tiende a orientarse a la cobertura universal de situaciones de dependencia en base a una intensidad protectora contenida o a la baja en un contexto institucional de fragmentación de la intervención social entre los sistemas sanitarios y de servicios sociales y dentro de estos últimos. La entrada de nuevos países miembros que han restaurado sistemas históricos de Seguridad Social o han reconstruido sistemas asistenciales con un peso creciente del mercado parecen reforzar una creciente remercantilización del Estado de Bienestar y de formas de relación salarial que dan prioridad a un reforzamiento de los riesgos individuales.

2. En el proceso de extensión universal de modelos de riesgo social de intensidad asistencial la prioridad en favor de las prestaciones monetarias frente a prestaciones técnicas o en servicios es el intento de conciliar al mismo tiempo la contención del gasto público y una mayor implicación de la persona en situación de dependencia y de sus familiares en la financiación del gasto. La libertad de elección implantada en los modelos de tipo continental y la tendencia general en los países de la OCDE de elección libre entre paquetes de prestaciones en dinero y servicios así parece confirmarlo.

3. Las estrategias de mejora en la coordinación funcional de servicios y de impulso de los servicios comunitarios frente a los residenciales pasan a segundo plano en favor de políticas que combinan una mayor selectividad (lo que supone endurecer los requisitos de acceso al sistema protector y excluir o reducir la población con dependencia moderada que puede acceder al sistema) con una mayor responsabilidad individual y familiar a cambio de una mayor libertad de elección tal como demuestra

la reciente literatura económica y sociológica (Daatland y Lowenstein, 2005; Motel-Klingebiel, Tesch-Römer y Von Kondratowitz, 2005; Timonen, Convery y Cahill, 2006; y Ungerson y Llenadle, 2006).

4. Finalmente, un común denominador entre los países del MSE, con obvias divergencias entre si, es el papel de menor responsabilidad, indirecto y descentralizado del Estado en los CLD. Menor responsabilidad al compartirla con las personas afectadas y sus familias y los poderes regionales y locales; indirecto en cuanto tiende a transferir la provisión de servicios al sector privado y, también, descentralizado por cuanto son los poderes locales los responsables de la gestión y de una parte creciente de la financiación de las prestaciones (OECD, 2005; Huber, Hennessy, Izuni, Kim y Ludsgaard, 2005). Resulta llamativa la realidad de las diferencias regionales en cuanto a la oferta de servicios en el seno de la UE.

En definitiva, el proceso de extensión de la protección social de las situaciones de dependencia en el ámbito de la UE está teniendo lugar bajo un modelo social general, si cabe tal supuesto en un mundo de variados regímenes de bienestar, que tiende a primar la cohesión y en menor medida la redistribución y como consecuencia parecen imponerse una mayor selectividad, una intensidad protectora cuyo coste se reparte entre varios agentes y una solidaridad familiar reconstruida y apoyada mediante las prestaciones económicas. Es decir, universalismo contenido y familismo reformulado son dos pautas de cambio en la protección social de los CLD en el que la prestación de servicios se amplía a la empresa privada y en el que priman cada vez más los valores de libre elección del consumidor de clase media. Todo ello no es sino reflejo de la dinámica general de los sistemas de protección social sometidos a la doble presión de las necesidades ciudadanas crecientes y las necesidades de adaptación de los países de la UE a los requerimientos de la globalización económica y financiera.

### **3. EL MARCO INSTITUCIONAL DE LA LEY ESPAÑOLA DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA DE 2006**

El análisis que a continuación realizamos del caso español, necesariamente sintético, nos obliga, en primer lugar, a reflexionar sobre las raíces del modelo asistencial tradicional de CLD; en segundo lugar, a analizar los elementos constitutivos o pilares del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (SAAD) que se empieza a aplicar en enero de 2007 y, finalmente, a valorar algunos de los problemas que plantea el nuevo sistema, en concreto, los problemas de igualdad territorial, la coordinación y eficacia del sistema y calidad del empleo de los servicios sociales.

### 3.1 El marco institucional previo: asistencialismo, fragmentación institucional y baja eficacia protectora

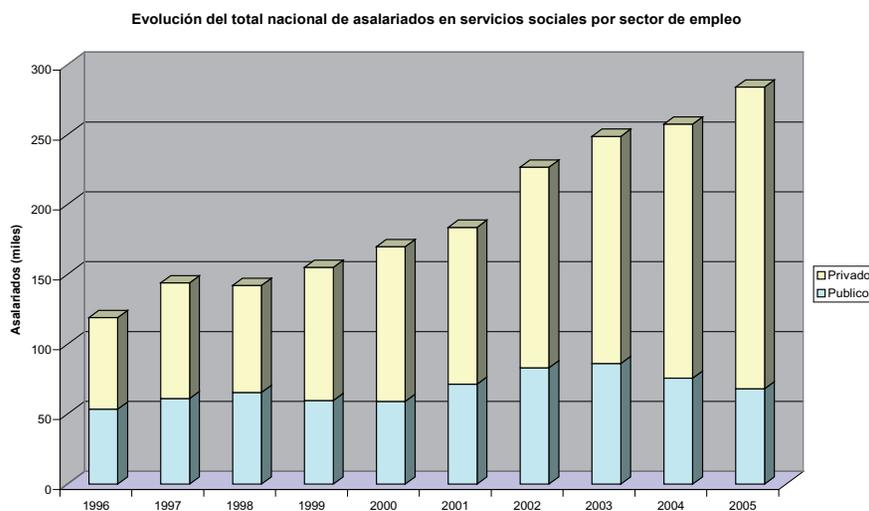
España es un caso arquetípico de *modelo mediterráneo de CLD*, característico de los países del Sur de Europa. Se encuentra en estos momentos, como consecuencia de la aprobación de la Ley 39/2006, en una fase de transición, que llegará hasta mediados de la próxima década, desde un modelo asistencial, de intensa implicación familiar (Moreno, 2004, Rodríguez Rodríguez, 2005), con un papel creciente pero desigual y fragmentado del sector público y apoyado al mismo tiempo, como consecuencia de la inercia carencial de servicios y prestaciones, en un mercado formal e informal de apoyo a la mujer de clase media por mujeres inmigrantes y con un papel creciente del Tercer Sector y del mercado formal (en residencias sobre todo) a un modelo universal, garantizando unas prestaciones básicas que cubran una parte del coste de la atención, basado en un sistema público de servicios sociales de producción mixta y de gestión y coordinación descentralizada.

En el modelo español la carga de cuidados personales de personas dependientes es asumida en casi su totalidad por la mujer, mientras los varones se incorporan a los cuidados como cuidadores secundarios o crecientemente como cuidadores principales en el caso de los varones mayores de 65 años. El modelo tradicional español de CLD ha visto cambiar de manera abrupta sus fundamentos sociales debido a la coincidencia de un rápido envejecimiento (Maravall, 2003) y la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, además de cambios profundos en los roles familiares (Rodríguez Rodríguez, 2005).

Pero no podemos olvidar que el sistema de cuidados personales refleja la desigualdad de la estructura social ya que mientras la gran mayoría de las mujeres trabajadoras ha recurrido a la doble jornada ampliando la intensidad de la carga de reproducción sociofamiliar, otra parte creciente ha sustituido su trabajo de cuidados no remunerado por la compra de servicios personales en el mercado, formal e informal (la inmigración en este punto es determinante como oferta de trabajo abundante) sin renunciar a su papel de control y, finalmente, solo una minoría ha podido comprar en el mercado los apoyos necesarios debido a sus elevados precios.

El crecimiento de la oferta de servicios sociales en los últimos años, tanto públicos como privados, con su consiguiente crecimiento del empleo (casi triplicado en una década, entre los años 1996 y 2005 debido casi en exclusiva al sector privado que concierta sus servicios con las AAPP) (ver Gráfico 1),

## Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia en base a la EPA (2º trimestre 1996-2006; 1º trimestre 2007)

además del concurso del empleo informal de mujeres inmigrantes y la doble jornada de la mayoría de las mujeres trabajadoras, y sin olvidar el amplísimo colectivo de mujeres amas de casa de edad media que cuidan a personas en situación de dependencia sin remuneración alguna, no ha sido suficiente para dar respuesta a la necesidad social de CLD.

La derivación de las insuficiencias del sistema de servicios sociales hacia el sistema sanitario (pero también en sentido inverso) y hacia la propia familia ha supuesto, en un marco de debate político y científico sobre la necesidad de aplicar nuevas políticas desde la misma puesta en marcha del primer plan gerontológico en los primeros años de la década de los años noventa del pasado siglo, el desarrollo de una nueva rama de protección social que trata de cubrir las necesidades de autonomía y de atención al mismo tiempo (defendida por el Defensor del Pueblo, 2000).

Obviamente, el nuevo sistema no parte de la nada (Rodríguez Rodríguez, 2006). En el **CUADRO 2** recogemos el conjunto de prestaciones y servicios y apoyos institucionales y fiscales existentes a finales de 2007, la mayoría de los cuales continuará en el nuevo sistema de manera ampliada, coordinada y bajo una lógica de intervención social integral. El mérito de la nueva ley es justamente la introducción de criterios de racionalidad y sistematicidad dirigidos al logro de la eficacia organizativa y eficiencia de los recursos existentes y de las nuevas prestaciones que crea el SAAD.

Tal como se puede ver en el mencionado **CUADRO 2** el modelo español era hasta ahora una combinación de prestaciones monetarias de la Seguridad Social, contributivas y asistenciales, de servicios sociales municipales (comunitarios) y

autonómicos (residenciales) y de apoyo a los cuidadores/as familiares mediante excedencias y permisos así como un apoyo fiscal selectivo.

Una valoración sintética de estas prestaciones y técnicas de intervención nos permite concluir lo siguiente: a) La oferta de servicios sociales es insuficiente y racionada, desigual entre Comunidades Autónomas, sometida a desigual selectividad que excluye a los grupos de renta media, no favorece el continuo de servicios dada la división de servicios entre Ayuntamientos (servicios de base) y CCAA (servicios especializados); b) la oferta sanitaria relacionada con la dependencia ha pospuesto su desarrollo en el último catálogo de servicios sanitarios de 2006 aunque las CCAA desarrollan de manera desigual prestaciones en este campo en base a sus propias competencias y, además, el logro de la coordinación con los servicios sociales es una práctica limitada (Ruipérez Cantera, 2006); c) las prestaciones monetarias de la Seguridad Social están previstas para los que han trabajado o no pueden trabajar y tienen un determinado grado de discapacidad pero no contemplan situaciones sobrevenidas o simplemente las situaciones de dependencia en relación con las necesidades vitales de ayuda en la vida cotidiana; d) los beneficios fiscales del IRPF adolecen de universalidad (están excluidos los colectivos que no hacen la declaración, las personas con bajos recursos o pobres) y de progresividad; e) las leyes de conciliación e igualdad de oportunidades contemplan reducciones de jornada y permisos para períodos que no superen 1 año cuando el número medio de años de cuidados está en los 6 años (Rodríguez Cabrero, 1999, 2004).

La saturación del sistema familiar de cuidados, la baja presencia del sistema sanitario, la insuficiencia y desigualdad asistencial del sistema de servicios sociales, las limitaciones de la Seguridad Social dada su lógica “laboral” que no “social” y las propias limitaciones del sistema fiscal han hecho necesaria una nueva política social que socialice el riesgo en base a un sistema protector universal, suficiente y sostenible.

**Cuadro 2. Sistemas de recursos y prestaciones sociales para situaciones de dependencia previo a la Ley 39/2006**

SERVICIOS SOCIALES Y PRESTACIONES TÉCNICAS	SERVICIOS SANITARIOS	PRESTACIONES ECONÓMICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y CCAA	DESGRAVACIONES FISCALES. Ley 40/ 1998, IRPF y RDL 3/2004	CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y EL TRABAJO Ley 39/ 1999 y Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal	ATENCIÓN POR CUIDADORES FAMILIARES, CONTRATADOS E INFORMALES
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) Y Teleasistencia	Prevención dependencia funcional	Ayuda de Tercera Persona por Gran Invalidez nivel contributivo (artº 137.6 del RDL 1/1994) para “remunerar a la persona que le atiende”	Mínimo Personal: Desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	Reducción de jornada (artº 2.2) no superior a 1 año	Familiares (particularmente mujeres) no remunerados
Centros de Día para personas en situación de dependencia física y cognitiva (Alzheimer sobre todo)	Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema sanitario: Artº 14.1: enfermos crónicos que precisen servicios sanitarios y sociales. Artº 14.2: cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia, rehabilitación funcional Artº 14.3: continuidad de servicios sociales y sanitarios a través de coordinación entre AAPP	Complemento por invalidez no contributivo 65% discapacidad para ayuda en “actos esenciales de la vida”	Mínimo Familiar: Desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	Excedencia por cuidados hasta un año (artº 4) no superior a 1 año	Empleados domésticos (mujeres inmigrantes sobre todo)

Residencias Asistidas	RD 1030/2006 que regula el nuevo catálogo de prestaciones sanitarias no contempla la prestación de asistencia sociosanitaria	SATP (LISMI)	Ley 49/2002 de régimen fiscal de entidades sin fines lucrativo y de Incentivos fiscales al mecenazgo a favor de entidades voluntarias de utilidad pública.		Voluntarios de entidades del Tercer Sector Social
		Prestación por hijo a cargo con grado de discapacidad superior al 65% RDL 1/1994 y Ley 52/2003 (artº 19.3)			Amigos y vecinos
Pisos protegidos		Ayudas puntuales de las CCAA y Ayuntamientos			
Ayudas de accesibilidad pasiva o común y activa o en domicilios					
Prótesis y ayudas técnicas personales					

Fuente: *Elaboración propia*

### 3.2 La construcción del universalismo protector en un Estado “compuesto” cuasifederal. El sistema nacional de dependencia como red de cooperación

La LEADE 2006 se basa, como hemos sostenido recientemente (Rodríguez Cabrero, 2007) en cuatro pilares institucionales fundamentales (ver **CUADRO 3**). Dos son de tipo instrumental: financiación y gestión. Otros dos son de tipo sustantivo: el derecho subjetivo y el gobierno del sistema. Nos referiremos en particular a estos últimos pilares (<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> Cuando se termina de escribir este artículo se han publicado tres normas que desarrollan la ley de la dependencia: RD 504/2007, de 20 de abril que aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia; el RD 614/2007, de 11 de mayo sobre nivel mínimo de protección del SAAD garantizado por la Administración General del Estado; y el RD 615/2007, de 11 de mayo, que regula la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales. La definición del copago está aún pendiente de regulación

a) El nuevo sistema protector reconoce un nuevo **derecho social subjetivo** que garantiza un conjunto de prestaciones sociales en servicios, económicas y ayudas técnicas una vez se ha superado el baremo público aplicado sin distinción alguna en todo el territorio del Estado, baremo que ha sido aprobado en la primera sesión constitutiva del Consejo Territorial del SAAD en enero de 2007 (ver Salvá y Rivero, 2006 para un análisis más detallado). Esto supone la superación de la concepción y la práctica asistencial de la acción protectora y su sustitución por un derecho universal para todos los ciudadanos. El acceso se garantiza mediante un baremo aplicado por un equipo multidisciplinar que define el grado y nivel de dependencia y la materialización del derecho opera mediante un “programa individual de cuidados” que determina la modalidad concreta de intervención social y el tipo de prestaciones con la “participación” e incluso “elección” de las mismas por la persona afectada, su familia o tutores.

Si la universalidad no es cuestionable y es un valor añadido fundamental de la LEADE el punto nodal es la intensidad protectora tanto por el alcance de la implicación financiera del sector público, que fijará una u otra suficiencia de las prestaciones para garantizar la acción protectora, como por la dimensión e impacto económico del copago.

La suficiencia protectora va a depender del compromiso de la Administración General del Estado (AGE), es decir, del nivel básico garantizado. En este punto hay que recordar que la ley 39/2006 es una ley de condiciones básicas, no una ley básica, que articula un juego de competencias (las exclusivas de las CCAA en materia de servicios sociales y las genéricas para el logro de la igualdad efectiva del artº 149.1.1 de la CE de 1978) sometido a la negociación permanente y a los acuerdos que establezcan la AGE y las CCAA, a lo que no será ajena la agenda política nacional y regional. Todo lo cual afectará a la intensidad protectora e igualdad territorial del segundo escalón de la protección o prestaciones objeto de convenio cuya seguridad administrativa es dudosa y cuyo compromiso interinstitucional pudiera ser eventualmente precario.

El tipo de copago es un segundo factor que afecta a la intensidad protectora. Este, según el proyecto mencionado en la nota 1, va a depender de la capacidad económica del beneficiario, que es función de su renta y patrimonio,

**Cuadro 3. Niveles de protección, sistema de prestaciones y apoyo a la autonomía, financiación, órganos consultivos y sistema de calidad, información y formación y dependencia de la Ley 39/2006**

NIVELES DE PROTECCIÓN (artº 7)	SISTEMA DE PRESTACIONES (Capítulo II)	FINANCIACIÓN DEL SISTEMA (Capítulo V)	ÓRGANOS DE GOBIERNO Y CONSULTIVOS	CALIDAD, INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
1. Protección mínima garantizada por la AGE	1. Servicios sociales según catálogo (artº 15)	1. Impuestos generales de la AGE y CCAA (artº 32). También Disposición Adicional Primera (compromiso de la AGE entre el 1/17/2007 y el 31/12/2015)	1. Gobierno del SAAD: Consejo Territorial como instrumento de cooperación entre la AGE y las CCAA que fija el baremo, la intensidad protectora, la cuantía de las prestaciones, planes conjuntos y evaluación. Podrán participar los entes locales (artº8 y 12)	1. Criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del SAAD por el Consejo Territorial (Artº 34)
2. Protección conveniada entre la AGE y las CCAA	2. Prestación económica vinculada a un servicio (artº 17)	2. Copago en función de capacidad económica del beneficiario (artº 33) diferenciando servicios asistenciales y de manutención y hoteleros	1. Órganos Consultivos: a) Comité Consultivo mixto por AGE, CCAA, Entes Locales y organizaciones sindicales y empresariales b) A otro nivel: Consejo Estatal de Personas Mayores, Consejo Nacional para la Discapacidad y Consejo Estatal de Ong de Acción Social	2. Sistema de información del SAAD (artº 37)
3. Protección adicional libre por parte de las CCAA	3. Prestación económica excepcional para cuidadores no profesionales (artº 18)	3. Fiscalidad de instrumentos privados para facilitar la cofinanciación de los servicios (Disposición Adicional Séptima)		3. Formación y cualificación de profesionales y cuidadores (artº 36)
	4. Prestación económica de asistencia personal (artº 19)			

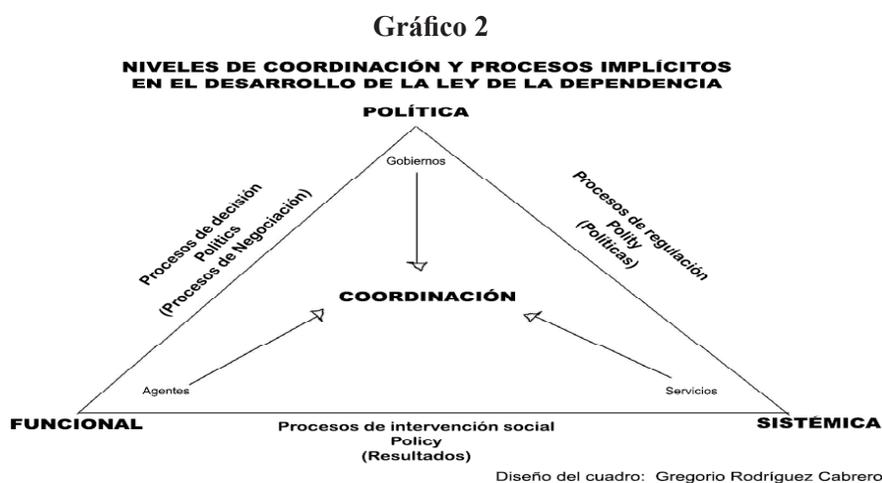
Fuente: Elaboración propia en base a la ley 39/2006

quedando exento del cálculo la vivienda habitual y los bienes y derechos que están exentos según la ley de patrimonio 19/1991. Los que tengan ingresos inferiores al indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM, 5.990,4 euros en 2007) no participarán en el coste de los servicios si residen en su domicilio. En todo caso la participación en el coste de los servicios no superará el 90 por cien del precio de referencia de los servicios (para los que superen la capacidad económica de 59.904 euros). La aplicación concreta de este modelo genérico nos dará la medida de la capacidad de inclusión de las capas medias

y trabajadores cualificados, es decir, del esfuerzo económico que supondrá el copago en las rentas de las personas afectadas (<sup>2</sup>)

Por otra parte, y dado que la ley ha optado por un sistema preferente de servicios sociales en un contexto de baja cobertura de ser vicios, a pesar de su elevado ritmo de crecimiento en los últimos años (Sancho Castiello, 2006), puede suceder que la opción por las prestaciones monetarias sea en la práctica una preferencia generalizada si al mismo tiempo no se adoptan decisiones de inversión por el sector público o conjuntamente con el sector privado.

b) El SAAD se basa en un **complejo sistema de gobierno** que exige un elevado grado de cooperación política entre AGE y CCAA, de coordinación funcional (entre los agentes que intervienen en el proceso protector: gobiernos, empresas, entidades sociales, servicios y cuidadores) y de coordinación sistémica (en el seno de los servicios sociales y entre estos y el sistema sanitario) (ver Gráfico 2). Este modelo complejo fruto de la realidad de un Estado compuesto cuasifederal, de los procesos de diversificación de agentes y privatización de los servicios sociales y, también, de la complejidad de la intervención social en el ámbito de los CLD, nos plantea el interrogante de la capacidad para lograr al mismo tiempo consenso político, eficacia funcional e integración de sistemas.



<sup>2</sup> En este sentido es preciso recordar que la Encuesta de Condiciones de Vida 2005 nos informa de que el ingreso medio después de transferencias de las personas mayores de 65 años con limitaciones intensas en la realización de AVD es de 6.585,3 euros y que la tasa de pobreza de los que padecen limitaciones intensas en la realización de AVD de este mismo colectivo es del 33,9%.

Después de un largo período histórico de competencias exclusivas de las CCAA en materia de servicios sociales junto a una función reguladora y financiera de bajo perfil de la AGE, el desarrollo de un sistema que exige una elevada capacidad de cooperación para poder garantizar el derecho subjetivo en todo el territorio de Estado en condiciones de igualdad efectiva supone todo un reto institucional y organizativo. En un modelo tal las sinergias positivas son una posibilidad real pero también los fallos de coordinación que pueden derivarse de la baja confianza institucional entre la AGE y las CCAA y entre estas mismas, en problemas de eficacia debido a las tensiones en la red de servicios (entre tercer sector y empresas, entre estos y los gestores públicos, por mencionar algunas) y en problemas de coordinación y bajos niveles de cooperación entre los sistemas social y sanitario debido no solo a la distancia organizativa y de recursos entre sistemas sino a la práctica institucional de la “derivación” de problemas. La creación de un clima favorable a las sinergias positivas conllevará tiempo pero el papel regulador y la autoridad del Consejo Territorial, junto al papel moderador de los Consejos Consultivos, será crucial en los años venideros.

### 3.3 Las cuatro condiciones de la calidad institucional de la LEADE 2006

La calidad institucional y la eficacia protectora del SAAD dependen, al menos, de cuatro condiciones que afectan al derecho subjetivo, al sistema de gobierno, a la eficacia de la intervención social y a la calidad del empleo. De manera sucinta los desarrollamos a continuación.

a) **Igualdad efectiva.** El sistema protector de la LEADE 2006 garantiza un nivel básico de prestaciones igual en todo el Estado. A partir de aquí se abre un espacio de incertidumbre ya que el segundo escalón protector depende del convenio que es establezca entre las CCAA y la AGE. Si este no se produce debido a factores políticos la AGE tendría que hacerse cargo del coste de la cobertura del derecho subjetivo si bien esta situación no está contemplada con claridad en la ley. La garantía del derecho exige o bien que los dos escalones primeros se fundan en uno con el tiempo o bien establecer por el Consejo Territorial sanciones y desincentivos que hagan inviable cualquier subordinación de la eficacia protectora a la liza política territorial. La posibilidad de un tercer escalón de protección adicional libre por las CCAA en función de sus competencias y necesidades implica prever mecanismos de equilibrio y compensación entre territorios con el fin de salvaguardar el principio de igualdad relativa.

b) **Cooperación política con mínimos costes de transacción.** Un sistema cooperativo y descentralizado es preferible a otro de tipo jerárquico y centralizado por razones políticas y de eficacia. Para que ello sea posible es necesario que la capacidad regulatoria del Consejo Territorial se afiance en los años venideros convirtiéndose en autoridad “efectiva” del sistema al mismo tiempo que los entes

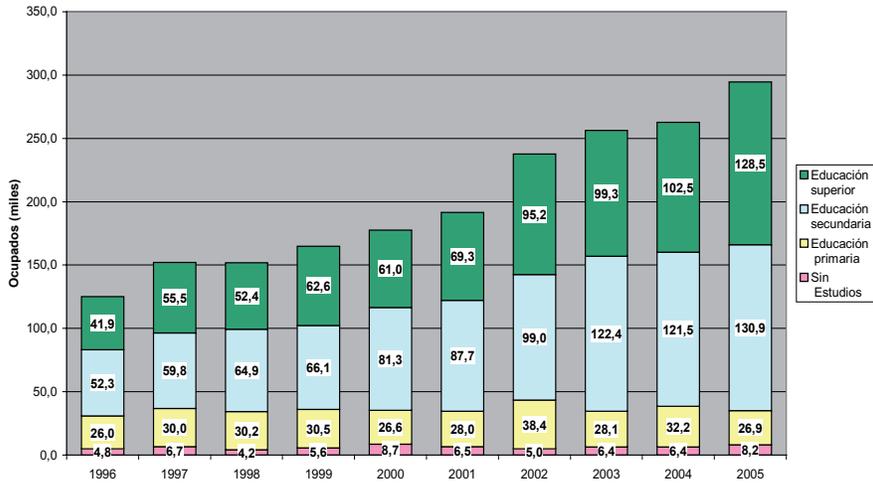
locales logran una presencia efectiva en el sistema (en el que son simples gestores y no instituciones) y los consejos consultivos juegan un papel moderador de las tensiones institucionales del sistema. Dado que el sistema de servicios sociales es un sistema doblemente débil (por su escasez de recursos y por la tradicional fragmentación regulatoria) todos los esfuerzos deben ir a fortalecer el gobierno múltiple del SAAD.

c) **Coordinación funcional y sistémica.** En este nivel es preciso mencionar, en la medida que afecta a la eficacia del sistema tres tipos de coordinaciones dirigidas a evitar fallos organizativos: la coordinación entre los gestores del caso y las personas afectadas y sus familias a través del plan individual de atención o PIA ya que ello puede posibilitar el máximo bienestar y la mejor gestión de recursos. En segundo lugar, la coordinación entre el sector público y los proveedores privados que tienen un papel crucial en el sistema de servicios; las diferencias de tamaño organizativo y recursos financieros entre empresas y tercer sector, en el seno de este último en el que las diferencias son importantes, así como las tensiones entre los sectores lucrativo y no lucrativo que el Estado debe moderar al servicio de la eficacia y efectividad social, son algunos de los objetivos de una coordinación eficaz. Finalmente, el sector público, además de contribuir al crecimiento de su propia red de servicios tendrá que garantizar el continuo de los servicios comunitarios y residenciales, que tienen distintos niveles de dependencia institucional, así como impulsar la coordinación de los recursos sociales y sanitarios que hoy por hoy son más un desideratum y práctica profesional limitada que un modo institucional de intervención social.

d) Finalmente. Un sistema de servicios sociales se basa en la **cualificación del empleo y en su calidad**. En cuanto a la primera parece estar asegurada de acuerdo con la información de la EPA ([Gráfico 3](#)) en la medida en que el colectivo de asalariados titulados medios y superiores ha pasado del 33 al 44 por cien entre 1996 y 2005 y el colectivo de asalariados sin estudios y con estudios primarios se ha reducido del 25 al 12 por cien en ese mismo período. Pero al mismo tiempo es un subsector con una elevada tasa de temporalidad en parte por las características del propio sector pero también por unas condiciones de trabajo manifiestamente mejorables (ver [Gráfico 4](#)).

### Gráfico 3

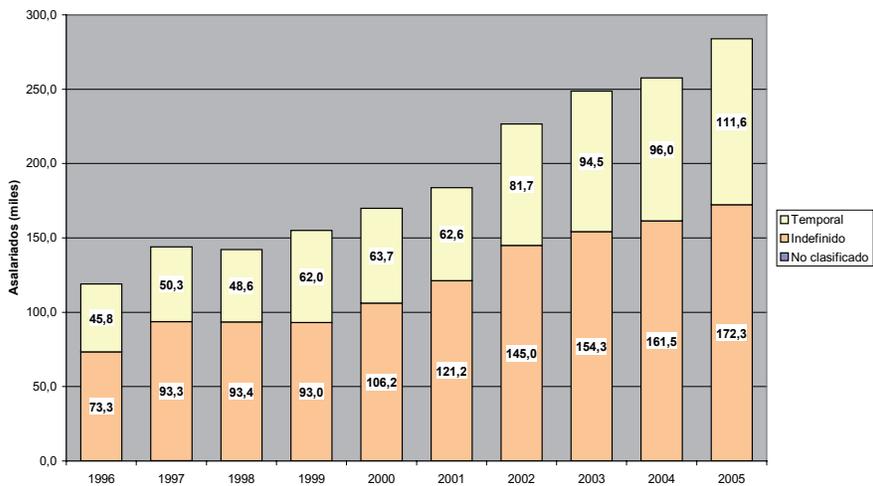
Evolución del número de ocupados en Servicios Sociales por Nivel de Estudios  
Total Nacional



Fuente: Elaboración propia en base a la EPA (2º trimestre 1996-2006; 1º trimestre 2007)

### Gráfico 4

Evolución del Total Nacional de asalariados en Servicios Sociales por Tipo de Contrato



Fuente: Elaboración propia en base a la EPA (2º trimestre 1996-2006; 1º trimestre 2007)

#### 4. CONCLUSIONES

El modelo institucional español de la LEADE 2006, cuyo desarrollo se inicia en 2007, se caracteriza por rasgos como los siguientes: se incorpora a la tendencia del MSE al establecer un sistema de protección universal que establece el derecho subjetivo a prestaciones de apoyo a la autonomía y atención a situaciones de dependencia; es un modelo orientado a los servicios de manera preferente compatible con prestaciones monetarias para acceder a los servicios sociales o compensar al cuidador familiar y/o profesional; es también un sistema de gestión descentralizada en el que se comparten competencias exclusivas en materia de servicios sociales por las CCAA y la AGE que garantiza un nivel básico en todo el Estado; el SAAD comprende la intervención de varios agentes que entran en relaciones cooperación y coordinación basado en un sistema de gobierno múltiple y caracterizado por la complejidad.

Al mismo tiempo afronta incertidumbres o amenazas que las políticas sociales de autonomía y dependencia deben convertir en retos a superar como son, además de una financiación estable y sostenible a largo plazo, la lucha contra los desequilibrios regionales (lo que no implica en modo alguno pretender igualitarismos imposibles y no deseados), un elevado nivel de confianza institucional entre las Administraciones Públicas Centrales y Territoriales, una eficaz coordinación de los recursos públicos y privados así como la garantía de un continuo de cuidados en el sistema de servicios sociales (con elevados niveles de fragmentación institucional) y entre los sistemas de servicios sociales y sanitario y, finalmente, un empleo de calidad en el ámbito de los servicios sociales.

#### 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLÁN, A. Y C. ESPARZA (2006) *Las personas mayores con dependencia*. En Puyol y Abellán (2006) *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- BETTIO, F., SIMONAZZI, A., VILLA, P. (2006) Change in care regimes and female migration: the "care drain" in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, vol. 16, 3.
- CASADO, D. (dir.) (2004) *Propuestas a la dependencia*. Madrid: CCS.
- CASADO, D. (2006) *Respuestas a la dependencia funcional*. *Revista Española del Tercer Sector*, nº 3, mayo-agosto.
- COMISIÓN EUROPEA (2007), *Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones*
- CONSEJO DE EUROPA (1998) *Recomendación Nº R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados Miembros relativa a la dependencia*.

- CONSEJO Y COMISIÓN EUROPEOS (2003), *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores*. Bruselas: Comisión Europea.
- DAATLAND, S.O. Y A.LOWENSTEIN (2005) *Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance*. European Journal of Ageing, nº 2, 2006.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- EUROPEAN COMMISSION (2007) *Joint Report on Social Protection and Social Exclusion*. Bruselas
- FERRERA, M. (1996) The Southern Model of Welfare in Social Europe. Journal of European Social Policy 6 (1).
- HUBER, M., P. HENNESSY, J. IZUNI, W. KIM & J. LUNDSSGAARD (2005) Long-term care for older people. Paris: OCDE.
- IMSERSO (2005, a), *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, Madrid: Imsero.
- IMSERSO (2005, b) *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: Imsero.
- INE (2001) *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES)*. Madrid: INE.
- LUNDSSGAARD, J. (2005) Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employments and fiscal sustainability. Health Working Paper, vol. 20. Paris: OECD.
- MARAVALL, H. (2003) *El envejecimiento en España*, Cuadernos de Información Sindical, Madrid, Comisiones Obreras.
- MONTSERRAT CODORNIU, J. (2005), *El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo, Presupuesto y Gasto Público, nº 39/2005*.
- MONTSERRAT CODORNIU, J. (2006) *La ley de la dependencia: costes y financiación*. Documentación Social nº 141.
- MORENO, L. (2004), 'Spain's transition to new risks: a farewell to 'superwomen'', en Taylor-Gooby, P. (ed.), *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*, pp. 133-157. Nueva York: Oxford University Press.
- MOTEL-KLINGEBIEL, A., TESCH-RÖMER, C. & VON KONDRATOWITZ, H-J. (2005), "Welfare states do not crowd out the family: Evidence for a mixed responsibility from comparative analyses", *Ageing and Society*, 25, 863-882.
- OECD (2005), *Long-term care for older people*. Paris: OECD.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: IMSERSO.
- PACOLET, J. ET AL. (1998), *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*. Bruselas: European Commission.
- PACOLET, J (2006) *Protección social de las personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración*. Revista Española del Tercer Sector nº 3, mayo-agosto 2006.
- PALACIOS RAMOS, E., A. ABELLÁN (2006) *Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España*. En Puyol y Abellán (2006) *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Coor.) (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. Y J. MONTSERRAT CODORNIU (2002 ), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004 ) *Protección social de la dependencia en España*. Documento de Trabajo 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas.-
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2006) *La protección social a la dependencia en España en el marco del espacio social europeo*. Documentación Social nº 141, abril-junio 2006.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2005, b), *La protección social de las personas dependientes como desarrollo del Estado de Bienestar en España*. Funcas: Panorama Social, nº 2.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G (2007)
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2007) "La ley de la dependencia: coordinación del sistema". Revista Análisis Local nº 70.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2005) *El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 40.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006) *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Madrid: Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 87.
- RUIPÉREZ CANTERA, I. (2006) *La atención sanitaria a las situaciones de dependencia*. Documentación Social nº 141.
- SANCHO CASTIELLO, M<sup>a</sup> T. (2006) *Las prestaciones sociales a la dependencia*. Documentación Social nº 141
- SALVÁ, A. Y T. RIVERO (2006) *Dependencia y envejecimiento. Valoración*. En Puyol y Abellán, o. c.

TIMONEN, V., J. CONVERY, S. CAHILL, S. (2006) "Care Revolutions in the Making? A Comparison of Cash-for-Care Programmes in Four European Countries", *Ageing & Society*, vol. 26, n° 3, pp. 455-474.

UNGERSON, C., S. YEANDLE (2006) (eds.) *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*, London: Palgrave.