

TENDENCIAS RECIENTES
EN EL DESARROLLO DE

LOS SISTEMAS PÚBLICOS EUROPEOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO
Universidad de Alcalá

Palabras claves: dependencia, riesgo, cuidados de larga duración, envejecimiento, régimen de bienestar, socialización del riesgo, privatización, sistema mixto.

Sumario

1. La transición desde un modelo de responsabilidad familiar a la socialización del riesgo de la dependencia
2. Los sistemas de atención a la dependencia en la Unión Europea: Desarrollo y nuevas reformas

1. LA TRANSICIÓN DESDE UN MODELO DE RESPONSABILIDAD FAMILIAR A LA SOCIALIZACIÓN DEL RIESGO DE LA DEPENDENCIA

a) El riesgo de dependencia como problema social

Los cuidados de larga duración o atención a las situaciones de dependencia forman parte de la actividad de reproducción y solidaridad de las sociedades humanas junto al cuidado de los niños. Tradicionalmente esta función social ha estado a cargo casi en exclusiva de las familias y, dentro de éstas, son las mujeres las que han asumido el coste del tiempo de cuidados y los costes de oportunidad asociados al mismo en base a sólidas tradiciones justificadas en gran medida en principios morales.

Si arrojamos una mirada hacia la historia reciente de los países desarrollados con Estados de Bienestar (período 1950-1980) constatamos que el riesgo de dependencia era una combinación de intervención familiar y, secundariamente, institucional. En el modelo de "familia fordista" la mujer ama de casa se encargaba del cuidado de niños y personas en situación de dependencia. Por su parte, el Estado intervenía por dos vías: mediante prestaciones económicas y técnicas en el caso de accidentes laborales que provocan gran invalidez (Seguridad Social) y, excepcionalmente, atendiendo a aquellas personas en situación de dependencia sin recursos económicos ni apoyos familiares (sistema público de servicios sociales y servicios sociales del sector voluntario o sin fin de lucro). En la división social de los cuidados de larga duración la familia era el principal protagonista a través del tiempo no remunerado de la mujer ama de casa, el Estado cumplía una función residual o

de segundo orden, la oferta mercantil apenas si existía y la sociedad civil o sector de organizaciones no lucrativas desarrollaba la función de apoyo asistencial a las personas sin recursos bien directamente bien en colaboración con el Estado. Esta división social de los cuidados puede ser calificada de familiar-asistencial o, sencillamente, asistencial.

Sin embargo, este modelo que calificamos de manera genérica y sin los necesarios matices como asistencial variaba en función de los distintos regímenes de bienestar. Así, el modelo nórdico fue pronto pionero en el desarrollo de un sistema público de servicios sociales que fue sustituyendo a las mujeres cuidadoras a medida que se aceleraba su integración en el mercado de trabajo (década de los años 60 del siglo XX); el modelo continental o corporativo llevó a cabo desarrollos importantes en la protección de la invalidez en el ámbito de la Seguridad Social así como de la familia cuidadora; los países del régimen mediterráneo siguieron anclados hasta recientemente en un modelo de cuidados familiares muy sólido con apoyos residuales en el ámbito de un sistema de servicios sociales escasamente desarrollado. Y los países del régimen liberal combinaban la responsabilidad individual con un apoyo creciente por parte de servicios sociales de naturaleza asistencial. Pero, en general, se puede afirmar que los cuidados de larga duración se basaban en la consideración en la mayoría de los regímenes de bienestar de que se trataba de un riesgo familiar pero en muy escasa medida social. Únicamente los accidentes graves de trabajo eran considerados como un riesgo social.

Este modelo alcanza sus límites sociales en torno a finales de la década de los 70 y primeros años 80 del pasado siglo. Entre esa fecha y

las primeras leyes de dependencia, tres lustros después, se inicia un proceso complejo de transición sociodemográfica que cambia la base social del riesgo, redefine la demanda social y, como consecuencia, la oferta que da respuesta a la misma. Estos tres procesos de cambio están unidos entre sí y a ellos nos referimos a continuación. Pero al mismo tiempo es preciso considerar que la respuesta institucional al riesgo sucede en un momento histórico en el que tiene lugar un cambio profundo o crisis en la naturaleza y modos de intervención del Estado de Bienestar lo que contribuirá a que progresivamente la respuesta al riesgo de dependencia redefine los papeles tradicionales del Estado, el mercado, la familia y la sociedad civil bajo nuevos clusters socio-institucionales en los que el papel del Estado se acrecienta, se expande la oferta mercantil, se reestructura la atención familiar en el seno de los hogares y la sociedad civil organizada afianza su función colaboradora del Estado.

La complejidad de los cambios sociales e institucionales que tienen lugar desde 1980 es de tal naturaleza que no será hasta 2003 cuando la Comisión Europea defina la importancia de garantizar sistemas universales de atención a las situaciones de dependencia en relación con la atención sanitaria e, incluso, con los sistemas de pensiones (**Consejo y Comisión Europea, 2003**). Detrás de esta estrategia está todo el caudal de desarrollo de los sistemas de atención a la dependencia en el mundo nórdico (década de los ochenta) y las nuevas reformas en los países con modelos de Seguridad Social (modelo continental). Las estrategias europeas de protección social e inclusión social integrarán de manera conjunta los ejes de la inclusión social, la sostenibilidad del sistema de pensiones y la coordinación y sostenibili-

dad de los sistemas sanitarios y de atención a la dependencia, estableciendo entre todos ellos una interrelación de apoyos y formas de gobernanza basadas en la cooperación y la coordinación. En la medida en que las situaciones de dependencia generan distintas formas de exclusión, necesidades de recursos de apoyo por parte de los sistemas de protección social y nuevas formas de intervención social y sanitaria, las recomendaciones de la Comisión Europea se sitúan bajo la perspectiva de contemplar la atención a la dependencia dentro de estrategias conjuntas que garanticen sistemas de protección social universales, de calidad y sostenibles. En lo que se refiere a los cuidados de larga duración o dependencia la filosofía de la UE se apoyará justamente en ese triple objetivo de **cobertura universal, atención de calidad y sostenibilidad financiera** que han ido adoptando los sucesivos sistemas nacionales de dependencia y, entre ellos, el español al que nos referimos en el apartado siguiente.

Los tres procesos antes mencionados que cambian la naturaleza y estructura de la atención a la dependencia— cambios sociodemográficos, cambios en la demanda social y nueva estructura de la oferta de de la atención a la dependencia— requieren siquiera unas breves puntualizaciones.

a) En el período aproximado comprendido entre 1980-1995 van a madurar los cambios sociodemográficos que amplían la base social objeto de protección social. Estos cambios se resumen en la coincidencia en el tiempo del **envejecimiento de la población con la incorporación de la mujer cuidadora al mercado de trabajo**. No es necesario recordar que el envejecimiento de la población en sí mismo no es

un factor de riesgo, ya que se trata de un éxito social, sino algunas de las consecuencias asociadas al mismo como son el incremento de la población mayor de 80 años y el riesgo de multidiscapacidad que conlleva la mayor esperanza de vida y, de manera particular, el riesgo de demencias cognitivas a edades provecas elevadas. También el crecimiento de discapacidades asociadas a la salud mental laboral y los accidentes de carretera. No es casualidad que la mitad de la población en situación de dependencia tenga 80 y más años y que más del 60 por cien sean mujeres. De ahí que si la dependencia recorre toda la estructura de edades y los sistemas europeos tienden a una cobertura universal, en la práctica el esfuerzo organizativo y financiero de la oferta pública así como de la oferta privada esté centrada en los colectivos de población de mayor edad. Y por esa misma razón a largo plazo son las políticas de prevención las que podrán lograr que los años de vida sin discapacidad y sin dependencia se reduzcan ya que ello supondrá mayor calidad de vida y ahorro de recursos.

El proceso de envejecimiento de la población en el espacio social europeo y las necesidades de cuidados vienen a coincidir con la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo lo que crea inicialmente un problema en la oferta así como en la demanda de cuidados ya que la mujer cuidadora se convierte en demandante de servicios y prestaciones económicas. La propia estrategia europea de crecimiento y cohesión social, sobre todo a partir de la Estrategia de Lisboa 2000, va a impulsar la incorporación de la mujer al mercado de trabajo con el objetivo de llegar a tasas medias en la UE del 70 por cien. A ello se une un profundo cambio cultural y moral en las sociedades europeas que se orientan a

un reparto de la carga de cuidados entre la familia y la sociedad y dentro de aquella entre hombres y mujeres. La articulación de la respuesta al riesgo entre Estado y familia será un primer paso hacia formas más complejas de respuesta en las que junto al Estado y la familia gane peso progresivamente el ciudadano individualmente.

b) Estos cambios comportan, como es sabido, un cambio objetivo en la **demanda social de cuidados** ya que la red familiar de mujeres cuidadoras tiende a reducirse en parte lo que exige una redefinición de la estructura de oferta de los cuidados. Cambios profundos en el tamaño y funciones de la familia aceleran el proceso de cambio social que acompaña el proceso de integración laboral de la mujer. La construcción de dicha demanda ha venido por varias vías: por una parte, la demanda de las asociaciones de personas afectadas y sus familiares. En este sentido las organizaciones voluntarias de mujeres y familiares han sido claves en la inclusión de la atención a la dependencia en la agenda política. También el papel de las organizaciones no lucrativas prestadoras de servicios no solo ha cubierto inicialmente los déficit de la oferta colaborando con las Administraciones Públicas sino que ha contribuido a estructurar la demanda de colectivos en situación de riesgo de dependencia; finalmente, las capas medias de la población en las que el porcentaje de mujeres profesionales y trabajadoras es elevado han presionado a favor de una oferta de servicios y prestaciones sin renunciar a la coordinación familiar de los cuidados a las personas dependientes.

c) Pero los cambios objetivos no adoptan formas sociales e institucionales nuevas hasta que no existe un conjunto de ideas y po-

líticas que articulan las necesidades o riesgos emergentes, los distintos intereses en liza y los recursos que se está dispuesto a invertir para dar respuesta al riesgo. La atención a la dependencia que, insistimos, no es nueva en los sistemas de protección social europeos, entra en la agenda política a finales de los años 80 y primeros 90 del pasado siglo cuando la respuesta al riesgo empieza a desbordar la capacidad de la familia tradicional para dar respuesta a la extensión (más personas) y profundización del riesgo (mayor duración en el tiempo y nuevas discapacidades). Ello requería una respuesta institucional al riesgo que superara la barrera asistencial y fuera capaz de estructurar una oferta para todos los ciudadanos como un derecho social más. En el ámbito de la UE dicha respuesta, con los matices que luego señalaremos entre los distintos modelos, ha sido tendencialmente parecida: un cambio desde modelos asistenciales hacia modelos de cobertura universal bajo modos concretos de organización, provisión y financiación. De hecho la combinación entre la responsabilidad del Estado, el mercado, la familia y la sociedad civil ha variado según los distintos regímenes de bienestar, como veremos en el epígrafe segundo.

El cambio de tendencia no ha significado, sin embargo, un giro institucional radical. Por el contrario los nuevos sistemas se asientan en sus mecanismos protectores tradicionales y a partir de ellos crecen y desarrollan; en algunos casos se trata de nuevas formas de ordenación, reorganización y racionalización de las prestaciones ya asistentes. Que la atención a la dependencia se funde en el sistema sanitario o en el sistema de servicios sociales es un factor diferencial importante que afecta, además, a las formas de conexión y coordinación entre ambos sistemas. Es más, el desarrollo de

los sistemas de atención a la dependencia ha sido posible debido en parte a la transferencia de cuidados personales del sistema sanitario al de servicios sociales por razones de eficiencia y efectividad.

De este modo emerge una nueva estructura de oferta de cuidados o de atención a la dependencia en la que la familia no desaparece sino que redefine sus funciones, responsabilidades y tiempo. Prácticamente en ningún país de la UE ha retrocedido la función familiar de cuidados, lo que ha sucedido es que desarrolla sus funciones mediante el apoyo de prestaciones sociales públicas a la que puedan acceder todas las personas en situación de dependencia que cumplan los requisitos de un baremo de dependencia; la familia sigue siendo responsable y participa en el proceso de elección de las prestaciones sociales que son más adecuadas dentro de la oferta existente u opta por prestaciones en metálico como compensación de la función de cuidados o para poder acceder a servicios públicos o privados existentes. Pero sobre todo el nuevo modelo se apoya en una extensión de la cobertura basada en el derecho subjetivo a los cuidados que hasta recientemente no existía en este ámbito. Al mismo tiempo los nuevos modelos tratan de establecer continuos socio-sanitarios en los que la coordinación de la atención esté garantizada. Sobre la base de un nuevo desarrollo del Estado de Bienestar los sistemas de atención a la dependencia, como luego veremos, garantizan formas de protección que casi nunca son ilimitadas. Se trata de prestaciones sociales que tienden a garantizar una parte de la atención a la que tiene que contribuir la persona afectada con sus recursos, el llamado copago en función de su renta y patrimonio, y la familia mediante su tiempo y responsabilidad en la función de cuidados.

b) Rasgos del modelo europeo de atención a la dependencia y sus recientes cambios

Antes de analizar los modelos de dependencia o de cuidados de larga duración en los diferentes regímenes de bienestar de la UE es necesario trazar lo que sería de manera tentativa el modelo social europeo de dependencia, es decir, el conjunto de tendencias relativamente comunes que lo caracterizan y que suponen una cierta convergencia en cuanto a la filosofía política de los cuidados y las formas de organización, financiación y control. Ello se justifica en el doble hecho de que, por un parte, los cuidados de larga duración, forman parte de la estrategia europea de protección social e inclusión social y, por otra parte, por el hecho de que el Método Abierto de Coordinación Social o MAC Social está estimulando (bien los Informes Conjuntos o Joint Reports y los Peer Review) la difusión de las mejoras prácticas institucionales en materia de autonomía y dependencia y de manera concreta lo referente a cobertura de los nuevos sistemas, las formas de combinar prestaciones en servicios y monetarias, la garantía de la financiación, sistemas de gobernanza que refuercen la responsabilidad, cooperación y coordinación de los agentes institucionales, sociales y personas afectadas y, no menos importante, los aprendizajes en evaluación de la calidad en un sistema de tan específica atención personal como es el de atención a la dependencia.

El modelo social europeo de cuidados de larga duración lo podemos caracterizar del modo siguiente: **permanencia y refuerzo de la familia; extensión de la responsabilidad del Estado en cuanto a cobertura, financiación y coordinación del sistema de atención bajo la forma de descentralización y nexos variables de colaboración con el sistema sanitario; consolidación selectiva del Tercer Sector como**

prestador de servicios en colaboración con el Estado a la vez defensor de derechos de los colectivos más vulnerables; y avance de la esfera mercantil como oferta propia mediante seguros complementarios de dependencia y como prestador de servicios públicos en competencia con el Tercer Sector. Consideremos a continuación cada uno de estos rasgos.

- Un primer rasgo común en los sistemas nacionales de atención a la dependencia de la UE es que, en general, no sustituyen a la familia que sigue siendo la estructura fundamental que hace frente a los cuidados personales. Se podría decir incluso que los **nuevos sistemas refuerzan el papel de la familia en cuanto a cuidados** mediante la garantía de prestaciones que facilitan dicha función tradicional. Ello es en parte así porque los cuidados personales siguen perteneciendo a la esfera íntima de los hogares y existe una reserva irrenunciable a su control. Esto sin duda alguna supone que la familia en cuanto esfera de cuidados se sitúa en un campo de ambivalencia: por una parte no renuncia al control de los cuidados e incluso participa activamente en los mismos; por otra parte, demanda apoyos para hacer posible dicha función de cuidados de modo que sea compatible con la integración laboral de la mujer cuidadora a la vez que facilite nuevas formas de división del tiempo de cuidados entre hombres y mujeres. Dicha ambivalencia supone que las políticas públicas de dependencia refuercen el papel tradicional de la familia en cuanto a cuidados (lo que supone seguir en la senda de la feminización de los cuidados) y, al mismo tiempo, estimulen nuevas formas de organización de los cuidados familiares que favorezcan una mayor igualdad de género. Un atento análisis de las tendencias europeas confirma esta consideración de la especial ambivalencia de las políticas públicas en cuanto a la función de la familia. Esta

función se ha reforzado en los últimos años en la medida en que la confluencia de la necesidad de consolidación fiscal y la demanda de una mayor libertad de elección de los ciudadanos esta favoreciendo las prestaciones económicas frente a los servicios ya se trate de prestaciones económicas para compensar al cuidador ya se trate de formas de cheque servicios o combinaciones entre prestaciones económicas y servicios, además del desarrollo de formas de conciliación del trabajo y los cuidados mediante permisos, excedencias y fórmulas que no alteren la carrera de seguro. De este modo las nuevas políticas favorecen al mismo tiempo y paradójicamente un refuerzo de la familia tradicional cuidadora y una cierta desfamilización. La refuerzan en cuanto que la estructura moral de los cuidados en el seno de la familia sigue siendo muy relevante (Rogero, 2010); y la deconstruyen en parte en cuanto que la integración laboral de la mujer y la igualdad de género tienden a desplazar el riesgo hacia la sociedad y el Estado con el objetivo latente de compartir el riesgo.

En la práctica social de los cuidados lo que se observa es que los hogares combinan formas variadas de cuidados en las que tienen un papel tanto las formas tradicionales de cuidados, formas tradicionales con apoyo institucional en el hogar (cuidador no profesional), formas residenciales o formas de delegación como son las que tienen lugar entre el familiar responsable, mujer casi siempre trabajadora de clase media o media alta, y una cuidadora normalmente inmigrante (Bettio, 2006; Martínez Buján, 2010; Colombo y otros, 2009).

- A esta reconstrucción del papel tradicional de la familia en cuanto a cuidados de personas en situación de dependencia contribuye activamente el **Estado de Bienestar**. Si hasta recientemente lo hacía por vía asistencial o a

través del régimen contributivo de la Seguridad Social ahora da un paso más abriendo una tercera vía, que ya estaba abierta en el régimen nórdico de bienestar, en la que ya no solo se protege a la persona sin recursos ni apoyos familiares o al trabajador que sufre un grave accidente sino a todos los ciudadanos en situación de dependencia de acuerdo con un baremo de valoración. Los diferentes modelos de atención bien a partir de la Seguridad Social, bien a partir del sistema asistencial existente o bien a partir del sistema sanitario o, lo más común, mediante combinaciones de todos ellos, han ampliado la red de protección social mediante una ordenación de lo existente y nuevas formas de provisión. Se podría afirmar que, en general, no ha habido rupturas o cambios radicales en este ámbito de protección sino un desarrollo y perfeccionamiento de políticas y programas que ya existían. Donde si hay una cierta ruptura o avance fundamental es en el reconocimiento del derecho social a la protección de la dependencia y en el hecho de que el Sector Público se convierte en la estructura de regulación y financiación por excelencia de la atención a la dependencia, en estructura de apoyo a la familia y en la creación de redes de servicios públicos de gestión mixta en las que ganan protagonismo el sector mercantil y la economía social.

Los sistemas públicos de dependencia no podían ser sino mixtos debido a que el giro institucional hacia formas de universalización de la cobertura del riesgo eran dependientes de la responsabilidad familiar y de sistemas de servicios sociales en los que la economía social tenía un peso importante en la provisión de servicios. A esta última se unirá el sector mercantil en la medida en que la provisión de servicios se convierte en un espacio de rentabilidad empresarial y como esfera que da respuesta a las necesidades de grupos de elevada

renta o a las clases medias con servicios y productos complementarios de las prestaciones públicas.

Es importante enfatizar en el path-dependency o seguimiento de la senda tradicional de las políticas públicas para entender la complejidad organizativa y financiera que tienen los sistemas actuales de atención a la dependencia. Así, adelantándonos al siguiente epígrafe, observamos como la elevada integración de la mujer en el mercado de trabajo en el mundo nórdico y una visión ampliamente socializadora de los cuidados de larga duración se tradujo muy pronto en que la atención a la dependencia se anclara en el sistema de servicios sociales desde los que desarrolla la respuesta al riesgo. Por el contrario en el régimen continental, bismarkiano, la centralidad de la familia en la estructura de cuidados ha supuesto una cierta división del trabajo entre un sector público (Seguridad Social sobre todo) que financia prestaciones económicas que se traducen en compensaciones al cuidador o en cheque de servicios, siendo las primeras la fuente preferente de compensación del riesgo. La responsabilidad social y legal de la familia en los cuidados de las personas en situación de dependencia explica en gran medida el importante papel que tiene aquella en el sistema de dependencia. Una responsabilidad también muy elevada es la que tiene la familia de los países del régimen mediterráneo y que explica que los diseños institucionales lo tengan en cuenta en lo referente a la compensación del tiempo del cuidado informal, como luego veremos en la práctica del caso español. Por contra, en el régimen anglosajón de bienestar la responsabilidad familiar es ampliamente compartida con la responsabilidad individual del riesgo y la función de apoyo asistencial del Estado para las personas sin recursos.

Por otra parte, los sistemas públicos de dependencia, como hemos visto, combinan entre sí varios subsectores institucionales (servicios sociales, Seguridad Social, sistema sanitario) y territoriales (Estado, regiones o comunidades y municipios). La tendencia general de todos los modelos europeos ha sido hacia la **descenralización y formas de coordinación entre sistemas sociales y sanitarios**. En el caso del régimen nórdico la atención a la dependencia tiene en el municipio su estructura fundamental en cuanto a regulación, organización, provisión e, incluso, financiación. El Estado contribuye complementando la financiación municipal. En los países del régimen continental la regulación es estatal, la competencia y gestión está en manos de las regiones, de las que dependen los municipios y la financiación es una combinación de recursos que proceden del Estado, las regiones y los municipios. Las formas de coordinación socio-sanitaria varían entre modelos pero la tendencia está trazada ya que servicios sociales y sanidad intervienen en el proceso de valoración de la dependencia (que suele estar bajo competencia del sistema sanitario o tiene un carácter mixto, caso español) y el propio sistema de atención. Incluso existen elevados niveles de coordinación social y sanitaria como es el caso del régimen nórdico ya que los centros de servicios sociales y sanitarios están integrados. Es preciso recordar que uno de los ejes de fuerza que han favorecido el desarrollo de los sistemas de dependencia ha sido la necesidad de descargar al sistema sanitario (más caro que los servicios sociales y menos eficiente en cuanto a cuidados personales en la vida cotidiana) de los cuidados personales a la vez que crear formas de coordinación entre ambos sistemas.

- En los nuevos sistemas de dependencia la división social e institucional de los cuidados es una estructura compleja. El Sector Público

reconoce el derecho a la protección como derecho subjetivo, garantiza unas prestaciones mínimas que materializan el derecho en todo el territorio de un Estado, interviene con programas y actuaciones complementarias para equilibrar la oferta de servicios en el territorio, 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. A partir de aquí, las restantes esferas intervienen con su tiempo y recursos (familia), mediante la prestación de servicios públicos (economía social) o mediante la prestación de servicios públicos, servicios privados y formas de aseguramiento complementario (sector mercantil). De este modo en los sistemas nacionales de dependencia se ha creado una **estructura mixta de intervención** donde el mayor o menor peso de cada agente depende tanto de sus tradiciones como de las opciones políticas en un momento determinado.

Así, el **Tercer Sector social o economía social** ha sido una de las estructuras fundamentales en la atención a las situaciones de dependencia en los regímenes continental y mediterráneo bien como colaborador del sector público, bien como oferta propia para los grupos de mayor riesgo. La presencia del **sector mercantil** ha supuesto una cierta división del trabajo entre ambos sectores, mercantil y no lucrativo, de modo que el primero tiende a la gestión de servicios, públicos y privados, en los que los usuarios suelen proceder de niveles medios de renta. Por el contrario, la economía social tiene a gestionar aquellos servicios públicos con una menor rentabilidad y a dar respuesta a los colectivos de mayor riesgo y con menos recursos. Ello ha supuesto, por ejemplo, que en Alemania se haya producido un desplazamiento importante de la oferta no lucrativa, que era la predominante hasta mitad de la década de

los 90, por el sector mercantil, si bien esto no ha sucedido de manera tan drástica en España donde la economía social tiende a conservar sus usuarios tradicionales hasta el momento. Lo destacable del nuevo sistema son dos hechos relacionados entre sí: en primer lugar, que el Estado ha tendido a retirarse de la función de provisión de servicios que deja en manos de la esfera mercantil y no lucrativa. El caso español es paradigmático de lo que decimos: en 1996 la mitad del empleo en servicios sociales era público, a finales de 2010 era escasamente el 15 por cien. El segundo hecho es que los nuevos sistemas de dependencia si bien garantizan una protección mínima para todos los ciudadanos, un avance nada desdeñable en el desarrollo de los derechos sociales y en la lucha contra la desigualdad social, al mismo tiempo tienden a consolidar la estructura de la desigualdad en la medida en que los colectivos de renta elevada pueden complementar sus niveles de protección mediante fórmulas de aseguramiento privado. Es decir junto a la desmercantilización relativa que provocan los nuevos sistemas públicos de dependencia constatamos que al mismo tiempo aparecen nuevas formas de mercantilización que expresan las desigualdades en cuanto a renta; no toda la población dispone de recursos para la compra de seguros privados. Al mismo tiempo esta remercantilización refleja la influencia de ciertos segmentos de la demanda social que apuestan por una mayor libertad de elección en cuanto a la forma de satisfacción de las necesidades sociales lo que se traduce tanto en la demanda de cómo asignar los recursos o prestaciones públicas como en formas de desgravaciones fiscales para la compra de productos de aseguramiento. En este sentido la estructura mixta de la oferta actual refleja la estructura social y de renta existente. La contención

e incluso parcial retroceso del sector social del sistema de dependencia abre incertidumbres sobre la protección de los colectivos de mayor riesgo que, además, suelen suponer un mayor coste (discapacidades más graves). Al mismo tiempo una concentración de la oferta debido a la contención del crecimiento del sector social y al incremento de la competencia en el seno del propio sector mercantil también abren interrogantes futuros sobre la determinación de la demanda por una estructura dual de oferta en fase de concentración.

La reestructuración del Estado de Bienestar y la tendencia hacia mayores exigencias de consolidación fiscal sin duda favorecen un sistema mixto que amplía el campo de la oferta privada de servicios, como colaboradora del sector público y, también, como oferta propia a los grupos de mayor renta. La intervención del Estado como institución con competencia para garantizar los necesarios equilibrios sociales y territoriales y capacidad de redistribución de recursos se hace quizás más necesaria para garantizar no solo un mínimo protector sino la cohesión del conjunto del sistema de atención a la dependencia.

2. LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA: DESARROLLO Y NUEVAS REFORMAS

a) La atención a la dependencia como derecho social y su desarrollo institucional

Antes de ofrecer una síntesis de los procesos de cambio recientes en los sistemas nacionales de atención a la dependencia es necesario señalar sus etapas fundamentales de desarrollo. Podemos diferenciar dos períodos de desarrollo bajo la convención de dos décadas

históricas en las que la década de los 90 del pasado siglo fue la década de despegue de los sistemas públicos de dependencia y la década 2000-2010 una década de reorientación.

- En efecto, en el período o década de **1990-2000**, insistimos que de manera aproximada, tienen lugar tres procesos de cambio: expansión del sistema público en el régimen nórdico de bienestar bajo la forma de servicios; rápida expansión de los sistemas de protección a la dependencia en el régimen continental de bienestar con Austria y Alemania a la cabeza seguidas posteriormente, al inicio de la siguiente década, por Luxemburgo, Francia, Flandes y a finales de la misma de España; europeización cognitiva de la importancia política y social de los cuidados de larga duración en el conjunto de la UE. Es la década de la toma de conciencia social plena en una parte importante de los países de la UE de la necesidad de dar una respuesta a la extensión del riesgo de dependencia. En general, los distintos gobiernos integraron en la agenda política la nueva política a pesar de ser un período de tiempo en el que las tensiones financieras e ideológicas sobre el futuro del Estado de Bienestar estaban a la luz del día. Las diferentes políticas y programas que se pusieron en marcha optaron por sistemas públicos en los que se abrió la puerta al desarrollo de un nuevo derecho social, reordenaron los sistemas existentes y crearon estructuras de cooperación descentralizadas en el seno de los Estados y de colaboración con el sector privado.

Los sucesivos sistemas se orientaron hacia los servicios, aunque dejando abierta la posibilidad de elección de las prestaciones económicas, con el objetivo de dar cobertura a la población en situación de dependencia en

todos sus grados (entre 3 y 5 grados según los países, todos ellos reducibles a grados de dependencia grave, severa y moderada); los impuestos y/o cotizaciones sociales, además de cierto copago en función de la renta y el patrimonio, fueron la vía de financiación y, finalmente, la gestión de los servicios tenía una naturaleza mixta.

- En la década **2000-2010** los sistemas de dependencia se vieron sometidos a un profundo debate ideológico en el que confluyeron desde preocupaciones sobre su posible inviabilidad financiera (si bien el gasto público se situaba en una horquilla de gasto entre el 1 y 3 por cien del PIB), expectativas pesimistas de carácter sociodemográfico, presiones en favor de un mayor espacio privado de provisión, nuevas actitudes ciudadanas proclives a un mayor capacidad de elección entre prestaciones sociales y la propia posición de la Comisión Europea que promovió políticas de dependencia universales, de calidad y sostenibles financieramente. La crisis económica y financiera que se inicia en 2008 refuerza lo que podría denominarse como las fuerzas de la contención en la responsabilidad financiera del Estado en la atención a la dependencia de modo que sin cambiar la actual regulación se ampliará el espacio privado en la provisión de servicios y en la elección del usuario vía nuevas formas de fiscalidad. En este contexto los gobiernos han tendido a favorecer las prestaciones económicas frente a los servicios, sin renunciar al control de su utilización, como vía de contención del gasto público, 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.

En este sentido cabe señalar que situados a la altura de 2011 se observan continuidades pero también cambios en los sistemas nacionales de cuidados de larga duración o de atención a la dependencia. 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; 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; también es continuidad 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 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 una dependencia (como el caso del Alzheimer y otras demencias cognitivas); finalmente, los modelos de financiación son mixtos y combinan financiación pública, copago y desgravaciones fiscales.

Pero igualmente se han producido nuevos cambios en la segunda mitad de la década pasada como tendencias a la contención del gasto social en dependencia mediante la preferencia de las prestaciones monetarias respecto de los servicios; una mayor insistencia en la responsabilidad familiar e individual de los ciudadano ante el riesgo; un retroceso relativo del Tercer Sector y mayor expansión de

la oferta mercantil en la gestión de servicios público y en la organización de una oferta privada; y una tendencia a concentrar la atención en el grado de dependencia más grave. No se trata de cambios nuevos sino de la maduración de otros previos en los que la atención a la dependencia se consolida como un sector sui generis que forma parte de las tradiciones de los servicios sociales pero en el que están teniendo lugar nuevas articulaciones entre lo público y lo privado en cuanto a financiación y provisión. En el sector de la dependencia se consolida la externalización de los servicios, un modelo de proximidad al ciudadano que conlleva nuevas formas de elección y negociación entre los profesionales y las personas afectadas y sus familiares o tutores, nuevas formas de gobernanza entre los distintos niveles de gobierno no exentas de tensiones financieras y organizativas; y no menos importante la liberalización de los servicios en el seno de la UE que afecta a los servicios sociales y plantea nuevos debates en torno a las cláusulas sociales y a la garantía de lo que son ya en la actualidad servicios fundamentales para los ciudadanos (Casas Mínguez, 2010).

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. Por ello, las reformas en los sistemas de protección a la dependencia que tienen lugar desde 2005 hasta la actualidad (Lundsgaard, 2005; OECD, 2005; Pacolet, 2006; Pavolini y Ranci, 2008) van a depender del conjunto de las reformas en los sistemas de

pensiones y de sanidad. Y en este punto es necesario resaltar que las tensiones y contradicciones entre las necesidades de los mercados y las necesidades sociales no podrán traducirse en retrocesos profundos en los derechos sociales ya que ello afectaría a la legitimidad del propio modelo social europeo. De ahí, como veremos a continuación en el análisis de la atención a la dependencia en algunos de los regímenes de bienestar de la UE, las distintas reformas tratan de mantener un cierto equilibrio entre la garantía de derechos y la sostenibilidad financiera, garantizando la cobertura a la vez que se tiende a reducir la intensidad la protectora o extendiendo la responsabilidad protectora hacia el ciudadano y los hogares. El equilibrio entre cobertura universal, calidad y sostenibilidad financiera e institucional se muestra como un equilibrio inestable y dependiente del conjunto de las reformas y cambios en el conjunto de los sistemas de protección social de los países miembros de la UE.

b) Tendencias de cambio en los sistemas europeos de atención a la dependencia

En la literatura española encontramos trabajos en los que se analizan los distintos modelos europeos de atención a la dependencia (Rodríguez Cabrero, 2004, 2005, y 2009; Sotelo, 2007; Arriba y Moreno, 2009). Aquí analizamos los modelos con los que se cuentan con más información. En este sentido los sistemas de los nuevos países miembros de la UE no son objeto de consideración. De manera sintética recogemos en el Cuadro 1 los rasgos definitorios de los modelos europeos diferenciando el período de despegue (1980-2000) y la década de reformas 2000-2010. A continuación analizamos cada uno de los regímenes de atención a la dependencia señalando los casos nacio-

nales específicos como ejemplos concretos de cada régimen. Diferenciamos siguiendo a **Esping-Andersen (1990)** cuatro regímenes de bienestar: anglosajón, nórdico, continental y mediterráneo.

a) En el **modelo anglosajón** suele incluirse al Reino Unido e Irlanda. Se trata de un modelo asistencial con amplia cobertura de servicios, sobre todo en el caso del Reino Unido, en el que las propuestas de universalización han quedado bloqueadas sucesivamente desde finales de la década de los años 90. En concreto, el inglés (puesto que cabe diferenciar otros submodelos en el Reino Unido) es un modelo de protección social dual en lo referente a la atención de la dependencia ya que la protección sanitaria es universal y la atención a la dependencia asistencial. A su vez, en el caso inglés, 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) y ayudas a los cuidadores familiares (care allowance), 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. Este modelo dual, como consecuencia de la demanda social de cuidados, ha extendido la cobertura de servicios bajo un modelo de creciente externalización de la provisión hacia el sector mercantil; al mismo tiempo ha promovido la sustitución progresiva de la oferta de servicios por las prestaciones económicas con el fin de que la persona afectada compre en el mercado los servicios o compense al cuidador principal.

Ya desde la primera reforma de los servicios sociales de 1993 (**Means, Morbey y Smith, 2002**) el modelo 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. La idea y práctica del presupuesto personal o personal budget para que la persona afectada compre los servicios en el mercado de servicios o incluso en el propio sector público se abre paso con cierta rapidez, en mucha menor medida los seguros privados.

Bajo este esquema, sólidamente asentado en la era Thatcher, los intentos posteriores de reforma enfocados hacia la universalización van a fracasar. Nos referimos a las propuestas de la Royal Comisión sobre long-term care en 1999 y las propuestas más recientes del Green Paper en 2009. La dependencial modelo asistencial histórico ha sido muy intensa de forma que la extensión en cobertura de servicios y prestaciones no ha modificado apenas la filosofía asistencial. Esta asistencialización se ha visto ampliada y reforzada mediante las nuevas políticas de provisión y promoción de los seguros privados.

b) Los países del **modelo nórdico**, no han regulado la atención de la dependencia mediante leyes específicas (**Sipillä, 1997**). Sencillamente han extendido la red de servicios sociales municipales progresivamente a medida que la demanda social fue creciendo. Un caso específico es Holanda ya que es un modelo que tiene rasgos del modelo nórdico y del modelo continental de Seguridad Social; en este último caso los cuidados de larga duración se incardinan en el sistema sanitario. En general

los países que forman parte de este modelo lograron a finales de la década de los ochenta, bajo gobiernos socialdemócratas, una amplia cobertura de servicios comunitarios y residenciales y fueron orientando la oferta pública, la privada era residual o casi inexistente, hacia un modelo de atención preferente en el domicilio respondiendo a la demanda social y a exigencias de eficiencia económica. La influencia de la nueva economía y la llegada al gobierno de partidos conservadores, caso de Suecia, 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 de servicios en las que se está desarrollando la externalización de los servicios y la competencia entre proveedores. En modelos de provisión estrictamente públicos apareció la provisión mercantil como consecuencia de la presión del mercado y de la puesta en marcha de nuevas formas de gestión pública que tenían como objetivo contener el coste del gasto social.

Las nuevas reformas no han reducido apenas el sector público de los servicios sociales sino que sobre la estructura pública existente han favorecido el peso de las prestaciones económicas familiares y la competencia entre proveedores. Dinamarca es una excepción a esta regla. Por otra parte, el elevado grado de descentralización de los servicios sociales conlleva 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. Ahora bien, con un desarrollo desigual se ha producido la transición hacia un modelo mixto en cuanto a gestión de servicios sociales y de estímulo de

las prestaciones económicas tal como demuestran diferentes autores (**Blomquist, 2004; Huber y otros, 2005 y 2009**). El nuevo modelo, variable entre municipios, supone una tendencia progresiva hacia la adopción de la tendencia general de los países de la UE, es decir: externalización de la provisión de servicios, reforzamiento de la idea y práctica de la libertad del usuario o consumidor para elegir entre prestaciones y proveedores y estímulos fiscales para la compra de seguros privados. Esta tendencia de expansión complementaria del sector mercantil, sin cuestionar el sistema público es una tendencia que confirma la investigación social (**Dahl, 2005; Rostgaard, 2006**). 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. Libertad de elección no ilimitada, sometida a controles públicos y a la garantía de la calidad asistencial y a los derechos de las personas. En este punto, la libertad de elección, existe un choque de enfoques entre la libertad que defienden las organizaciones de personas afectadas y los límites a los que apelan los sindicatos temerosos de que dicha libertad suponga un retroceso en la oferta de servicios públicos de la atención a la dependencia. En algunos países, como Holanda, híbrido de dos concepciones institucionales, las reformas han sido más intensas.

Los Países Bajos han afrontado reformas intensas desde mediados de la década de los años 90. La atención a la dependencia surgió como 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, amplía 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 de contención de costes transfiriendo el servicio de ayuda a domicilio, que estaba en el sector sanitario, a los servicios sociales municipales lo que provoca por una parte una mayor accesibilidad pero también un mayor grado de discrecionalidad y una contención de costes basada en una menor intensidad protectora en horas de cuidados. (**Shut y Van den Berg, 2010**).

c) **El modelo continental** de protección social a la dependencia es el que ha sufrido cambios más relevantes dentro del modelo social europeo, 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. 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 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. En la segunda fase, desde los primeros años de la pasada década, las reformas han tendido a la contención del gasto público mediante distintas fórmulas de externalización de los servicios, copagos, estímulo de las prestaciones económicas y fomento de los seguros privados. Hay que tener en cuenta que todos los sistemas 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.

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 los cuidados de dependencia tradicionalmente pertenecían (y siguen perteneciendo) al ámbito de la familia y sólo en circunstancias especiales el sistema de asistencia social se hacía cargo de los cuidados; los servicios eran gestionados normalmente por organizaciones voluntarias y religiosas, además del Estado. Este modelo residual se transforma en 1993 en dos ramas de protección: 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 en personas sin problemas de dependencia, si bien también presta servicios a personas en situación de dependencia; la segunda rama protectora,

que crea el seguro universal de dependencia, 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. 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. Lo que sucede es que el nuevo sistema no comprende solamente a la población ocupada sino a la totalidad de la población. Es una extensión del sistema de Seguridad Social al que contribuye en parte el sistema tradicional de los servicios sociales. 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.

Dadas las necesidades crecientes de cuidados familiares el recurso a personas cuidadoras inmigrantes ha sido una práctica creciente que el sistema ha tenido que reconocer regularizando su existencia. De ahí que, como en otros países de la UE, (**Óesterle y Heitzman, 2009; Da Roit, Le Bihan y Óesterle, 2007**) Austria ha extendido desde 2007 este sistema de apoyo a los cuidados familiares mediante la regulación de la ayuda doméstica de veinticuatro horas o de regularización de cuidadoras domésticas inmigrantes. 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. 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.

Por su parte **el modelo alemán** se aprueba en 1995. Es un modelo de cobertura universal al que se accede previa valoración de la situación de dependencia que clasifica en tres grados: grave, severo y moderado. 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 (**Schneider y Reyes, 2007**). 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. Las prestaciones básicas son financiadas mediante cotizaciones sociales si bien la prestación de servicios sociales por los municipios se realiza también mediante im-

puestos generales y recursos propios.

El modelo alemán de dependencia está dirigido, como el modelo austriaco, a reforzar los cuidados 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. La persona afectada que opta por prestaciones sociales en servicios pueda decidir entre proveedores que en el caso alemán eran inicialmente organizaciones no lucrativas que 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 tendencialmente deficitario. Al mismo tiempo ha favorecido las prestaciones económicas frente a los servicios si bien la tradición de cuidados familiares ha sido favorable a las mismas sobre cuyo destino decide bajo determinados controles de uso.

El modelo francés de dependencia, después de un primer desarrollo de tipo asistencial en 1997 - *Prestation spécifique dépendance* -, que no respondió a las expectativas de la población al ser dirigido a las personas sin recursos, pone en marcha en 2002 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 sistema cubre a la población mayor de 60 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 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. De este modo los cuidados informales familiares constituyen el núcleo a proteger. El APA justamente tiene como objetivo reforzar los cuidados familiares que son obligatorios en Francia. 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. (Le Bihan y Martin, 2007).

A la prestación de dependencia (APA) se accede mediante la valoración de la dependencia (escala AGGIR de seis niveles). 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.

d). **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 rápido envejecimiento de la población, la aceleración de los cambios en las funciones tradicionales de la familia y la integración laboral de la mujer. Frente a estos cambios han emergido demandas sociales a 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 entre hombres y mujeres de la carga de cuidados

Italia no dispone de un sistema universal de cuidados como el español pero si ha desarrollado un conjunto de prestaciones de apoyo a la familia sobre el que pudiera construirse en el futuro un sistema de tipo universal que articule las actuales políticas regionales 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 (*indennità 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 de una prestación fija, que no se modula por niveles de dependencia ha sido impresionante en la población de 65 años en adelante. De los 1,7 millones de beneficiarios, 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 asistencial con los servicios sociales municipales y regionales, de base asistencial, externalizados hacia empresas y organizaciones no lucrativas 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) (**Bettio y otros, 2006**). 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 (**Paolini y Ranci, 2008; Naldini y Saraceno, 2008**). 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.

En relación con el sistema español de autonomía y dependencia (SAAD) destacamos a continuación de manera sintética su naturaleza, estructura y funciones para cuya profundización el lector dispone en la actualidad de una amplia bibliografía (entre otros y a modo indicativo: **Casado, 2004; Defensor del Pueblo, 2000; Cobo Gálvez, 2009; Fantova, 2008; Marbán, 2009; Montserrat Codorniu, 2005 y 2009; Navarro, 2005 y 2007; Rodríguez Cabrero, 2004 y 2007; Rodríguez Rodríguez, 2006; Sarasa, 2003; Vilá, 2009; Grupo de Expertos, 2009**).

Hasta finales de la década de los años 80 del pasado siglo la atención a las situaciones de dependencia tenía una doble respuesta. Por una parte la Seguridad Social mediante la pensión de gran invalidez que establece un complemento por ayuda de tercera persona equivalente al 50 por cien de la pensión para todos aquellos que antes de la edad de jubilación hubieran tenido un accidente laboral grave; este complemento se extiende al nivel no contributivo en 1982 para las personas con discapacidad y se perfecciona con la ley de prestaciones no contributivas de 1990 para las personas con elevado grado de discapacidad que les impide realizar actividades de la vida diaria. Por otra parte, el sistema de servicios sociales de los Municipios, Diputaciones y Comunidades Autónomas, con una oferta de servicios comunitarios y residenciales para personas con necesidad de ayuda orientado progresivamente a toda la población pero bajo criterios de entrada de tipo asistencial.

Es en 1992, con la aprobación del Plan Gerontológico Estatal, cuando adquiere relevancia el debate sobre el impacto del envejecimiento y dentro de éste las situaciones de dependencia.

Los debates posteriores ponen de manifiesto que estaban empezando a madurar con gran rapidez los factores sociales y políticos asociados al envejecimiento de la población en conexión profunda con cambios familiares y una profunda revolución de género. La carga que las mujeres cuidadoras asumen en los cuidados de personas dependientes empieza a ver la luz y a adquirir valoración social así como la dimensión positiva que suponen para las personas afectadas y los propios cuidadores. El reconocimiento social, la conciencia social del problema, fue previo al diseño de programas locales y regionales de atención a la dependencia, de propuestas de protección social y de no escasos debates científicos y políticos. Así, después de un largo período de debate y acuerdos sociales en seno del Pacto de Toledo (2003), la publicación del Libro Blanco de la Dependencia en 2005 inicia una senda de debate político de casi dos años, que concluye el 30 de noviembre de 2006 con la aprobación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).

El sistema español es un modelo complejo de atención a la dependencia que responde y es influido por la nueva generación de derechos sociales y por la propia 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; se gestiona de manera descentralizada; la provisión de servicios es mixta en un marco de creciente competencia entre los sectores mercantil y la economía social; y canaliza las reivindicaciones y demandas sociales mediante un amplio sistema de participación

de los agentes sociales y económicos y las ONG en varios sistemas consultivos. Así, se trata de un sistema de protección social universal pero sometido a reglas de cooperación, contenido financieramente y sometido a un cierto grado de racionalización y coordinación institucional. Todo lo cual ha dado pie a las inevitables tensiones institucionales y financieras de la puesta en marcha de un sistema complejo. Al mismo tiempo se trata de una nueva extensión del Estado de Bienestar que contribuye a reforzar el sistema de protección social en su conjunto en un contexto no precisamente favorable que conlleva su racionalización y contención (**Álvarez, S. y Guillén, A. 2004**).

El diseño del modelo español es un mix entre el modelo nórdico (cobertura universal, financiación con impuestos – también cotizaciones - y orientado por norma a los servicios sociales) y el continental (regulación estatal de la valoración de la dependencia, garantía de igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo mediante prestaciones básicas por la Administración Central, valoración de la dependencia por grados y niveles, importancia de la libre elección de las personas afectadas y sus familias, Seguridad Social del cuidador no profesional, descentralización en las CCAA de la planificación y gestión), a los que en cierto modo ha seguido partiendo de la existencia de un conglomerado o rama de atención histórica en el que confluían el sistema sanitario, los servicios sociales y las prestaciones de la Seguridad Social. Entre finales de 2007, en que el sistema empieza realmente a aplicarse ya que los primeros meses son de producción normativa para el desarrollo de la ley, y finales de 2010 se ha desarrollado un sistema de creciente cobertura, con amplias diferencias entre Comunidades Autónomas, preferencia

por las prestaciones económicas respecto de los servicios (la mitad de las prestaciones, en lo que sin duda ha influido una oferta de servicios que es aun insuficiente a pesar de su notable crecimiento en los últimos veinte años y el impacto de la crisis económica y financiera) y un modelo de gobernanza entre Administración Central y Autonómica relativamente estable, después de las tensiones y ajustes iniciales de su puesta en marcha, con un papel subordinado de las corporaciones locales.

A la espera de los resultados de la evaluación institucional prevista en la ley cabe destacar algunos de sus efectos más relevantes: una extensión de la cobertura que alcanza a 650.000 personas de los Grados III y II de dependencia; el crecimiento de unos cien mil nuevos empleos directos en servicios sociales sin considerar los empleos inducidos vía prestaciones económicas, cuyas condiciones de trabajo son objeto de análisis sindical (**Comisiones Obreras, 2008**); un reforzamiento del sistema regional y municipal de servicios sociales que parece transitar desde un modelo asistencial a otro mixto; un crecimiento de la oferta privada mercantil en los servicios sociales que consolida un desarrollo iniciado en la década de los 90 y, junto a ello, nuevas ofertas del sector privado que promueven seguros complementarios para grupos de renta elevada.

Como sistema mixto el modelo español de autonomía y dependencia da respuesta a varios requerimientos. Por una parte tiende a reconstruir y reforzar el sistema de cuidados familiares que sigue contando con un importante apoyo en la población española. Por otra parte, potencia los servicios en la medida en que éstos liberan el trabajo de la mujer cuidadora y generan empleo. Se está dando

al mismo tiempo un proceso de refamilización de los cuidados informales y de socialización del riesgo al igual que en otros países de la UE. De ahí que no sea una sorpresa, a la luz

de los modelos continentales sobre todo, el que la elección social se haya inclinado por las prestaciones económicas que inicialmente se previeron como excepcionales.

MODELOS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN				
REFORMAS DEL PERÍODO 1980-2000	Modelo anglosajó (Reino Unido, Irlanda)	Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica)	Modelo nórdico (Suecia, Finlandia, Dinamarca)	Modelo mediterráneo (España, Italia, Portugal,)
Derecho social a la protección social de la dependencia	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho universal	Derecho mixto: universal en atención sanitaria; asistencial en servicios sociales
Financiación	Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta	Cotizaciones en el nivel contributivo; impuestos en el nivel no contributivo; copago en la prestación de servicios.	Impuestos generales y locales; copago	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta
Prestaciones sociales	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas	Servicios y prestaciones monetarias topadas. Ayudas técnicas	Servicios sociales y ayudas técnicas	Prestaciones monetarias, servicios sociales y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios	Municipal	Regional y Municipal
Provisión de servicios según importancia	Empresas, ONGs y ayuntamientos	ONGs y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas	Ayuntamientos, ONGs y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo al cuidador informal	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Limitado apoyo al cuidador informal
Situación actual de los modelos	Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia	Reformas en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda	Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos	Aprobación de la ley de la dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia.

Los cambios sociales y morales son a veces más lentos que las decisiones del legislador y más aún que las previsiones de los expertos. En la medida en que el proceso de integración laboral de la mujer española se amplíe y con-

solide y maduren los cambios culturales en las funciones de la familia y en el reparto de la carga de cuidados se producirá un progresivo giro hacia los servicios. Pero este es un proceso de tiempo.

REFORMAS 2000-2010				
PRINCIPIOS ORIENTADORES	Consumerismo individualización del riesgo	Refamiliarización y mercantilización	Universalización, familiarización y mercantilización dual	Universalismo, familiarización y mercantilización
ACCESIBILIDAD	Preferencia personas en grave dependencia sin recursos	Universal	Universal	Transición hacia cobertura universal
PRESTACIONES	Preferencias prestaciones monetarias y presupuesto personal	Preferencia prestaciones monetarias y programas conciliación	Servicios: crecimiento prestaciones monetarias y presupuesto personal	Preferencia prestaciones monetarias; servicios sociales municipales y regionales
PROVISIÓN	Privada mercantil	Privada: mercantil; tercer sector en declive	Pública con crecimiento sector mercantil	Mixta: provisión tercer sector y crecimiento sector mercantil
FINANCIACIÓN	Mixta: pública y copago	Mixta: impuestos, cotizaciones y copago	Pública y copago	Mixta: impuestos y copago. También cotizaciones
GOBERNANZA	Fragmentación institucional y regulación central	Regulación central y gestión regional con financiación compartida	Regulación central y gestión municipal	Fragmentación con tendencia a sistematización

Fuente: Elaboración propia en base a: Gledinning (2007); Huber (2009); Pommer, Weittiez y Stevens (2007); OCDE (2005)

3. CONCLUSIONES

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 y 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. Una nueva extensión del Estado de Bienestar paralela a procesos de ajustes en el gasto sanitario.

Los sistemas de dependencia tienen raíces nacionales profundas lo que implica que su diseño es altamente dependiente de su historia social e institucional. En la práctica los diferentes sistemas han ordenado sus sistemas tradicionales en una sola rama o sistema, los han dado coherencia y racionalidad, han asegurado su financiación y han articulado un conjunto de responsabilidades coordinadas por el sector público. Más que un cambio radical se ha producido una ordenación, racionalización y expansión de las políticas existentes. Los sistemas de dependencia no sustituyen los cuidados informales ni la familia, al contrario los refuerzan en cierto modo y ponen también las bases para un desarrollo que facilite el reparto de la carga de los cuidados en los hogares y una socialización del riesgo que promueva la integración laboral de la mujer. En este sentido los sistemas de dependencia son conservadores al reforzar los cuidados informales pero también son reformadores al liberar tiempo de cuidados y poder destinarlos a otros usos como es el trabajo remunerado.

Los nuevos sistemas de dependencia son mixtos: el Estado regula el conjunto del sistema, garantiza unas prestaciones básicas y reequilibra las políticas regionales y locales; la familia sigue siendo estructura central en el sistema de cuidados; y la provisión de servicios se ha transferido sobre todo al sector privado mercantil y sin fin de lucro. 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 y las políticas de contención del gasto social confluyen a favor de un desarrollo de las prestaciones monetarias en detrimento de los servicios. Este desarrollo es objeto de debate 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.

La consolidación del desarrollo de las políticas y sistemas de dependencia es un hecho en una buena parte de los países de la UE. Al formar parte de la estrategia europea de protección social difícilmente se producirán ajustes a la baja; además cuentan con un amplio apoyo social. Pero mantener los actuales sistemas, bajo su orientación universal, de calidad y sostenibilidad, no implica que no puedan tener lugar reformas o contrarreformas que tiendan a reducir la intensidad protectora o a desarrollos que retornen a la familia parte de la carga de cuidados. Las tensiones entre los cambios sociales y demográficos (que presionan hacia nuevas formas de socialización del riesgo) y las financieras (que presionan a formas de contención del gasto y de reparto^o del coste entre sociedad, familia, usuario y Estado) son inevitables y evidentes en la actualidad. En este sentido y aunque las políticas sociales son de competencia nacional no cabe duda de que

las tendencias de convergencia en el conjunto de la UE marcarán la dirección y el contenido de las políticas de atención a la dependencia.

BIBLIOGRAFÍA:

Arriba, A y Moreno, J. (edi.) (2009) El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: IMSERSO.

Álvarez, S. y Guillén, A. (2004) The OECD and the Reformulation of Spanish Social Policy: a combined search for expansion and rationalization. In K. Armingeon and M. Beleyer (eds.): The OECD and European Welfare States. Cheltenham: Edward Elgar

Blomquist, P. (2004) The choice revolution: privatization of Swedish Welfare Services in the 1009s". Social Policy Administration, volume 38, nº 2.

Bettio, F. et al. (2006). Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean. Journal of European Social Policy, 16(3): 271-285.

Casado, D. (dir.) (2004) Respuestas a la dependencia, Madrid, CCS.

Casas Mínguez, F. (2010) Los servicios sociales y el mercado de servicios en la Unión Europea. En Rodríguez Cabrero, G (Coor.): Servicios sociales y cohesión Social. Madrid: CES.

Cobo Gálvez, P. (2009) Génesis y elaboración de la Ley de promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia. Documentación Administrativa, nº 276-27. Monográfico sobre El sistema para la autonomía y la atención a la dependencia.

Colombo, F., Fujisawa, R., Llena, A., Pearson, M. (2009) La necesidad creciente de trabajadores para cuidados de larga duración (CLD). ¿Qué están haciendo los países de la OCDE?. Revista Economistas, nº 122.

Comisiones Obreras (2008) El empleo en la atención a la dependencia. Hacia un sector productivo de calidad. Madrid: Confederación Sindical de CCOO.

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.

Da Roit, B, Le Bihan, B., Ósterle, A. (2007) Long-term care policies in Italy, Austria and France : variations in cash-for-care schemes. Social Policy & Administration, vol. 41, nº 6.

Dahl, H.M. (2009) New public management, care and struggles about recognition. Critical Social Policy, 29 (4).

DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid, Defensor del Pueblo.

Esping-Andersen, G. (1990) The three worlds of welfare capitalism, Cambridge: Polity.

Fantova, F. (2008) "Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas". Bilbao: Instituto de Derechos Humanos (Universidad de Deusto).

Huber, M., Hennessy, P., Izuni, J., Kim, W. & Lunsgaard, J. (2005) Long-term care for older

people. Paris: OCDE.

Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasió, K., Marin, B. (2009) Facts and figures on Long-term care: Europe and North America. European centre for Social Welfare Policy and Research. Viena..

IMSERSO (2005), Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España, Madrid, Imserso.

Le Bihan, B. y Martin, C. (2007) Cash for care in the French welfare state: a skilful compromise?. En En Urgenson, C. y Yeandle, S. (eds) Cash for care in developed welfare states. Houndmills: Plagrove MacMillan.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Lundsgaard, 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 sostenibility. Health Working Paper, vol. 20.Paris: OECD.

Marban, V. (2009) La atención a la dependencia. En L.Moreno (edi) Reformas de las políticas de bienestar en España. Madrid: Siglo XXI.

Martínez Buján, R. (2010). Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos, Madrid: CSIC.

Means, R., Morbey, H. y Smith, R. (2002) From community care to market care? The development of welfare services for older people. Bristol: The Polity Press.

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. (2009) Evolución y perspectivas de la financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Documentación Administrativa nº 276/277.

Naldini, M. y Saraceno, C. (2008) Social and familia policies in Italy: not totally frozen but far from structural reforms. Social policy % Administration, vo. 42, 2.

Navarro, V. (2005): La situación social en España I. Madrid, Biblioteca Nueva.

Navarro, V. dir. (2007) La situación social de España. Madrid: Biblioteca Nueva.

OECD (2005) Ensuring quality long-term care for older people. Policy Brief, vol march 2005. Paris: OECD.

Óesterle, A. y Heitzman, K. (2009) Welfare State development in Austria: strong traditions meet new challenges. En Schubert, K., Hege-lich, S., Bazant, U. (eds) The handbook of European Welfare Systems. London: Routledge.

Pacolet, J. (2006) "Protección social de 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.

Pavolini, E. and Ranci, C. (2008) "Restructuring the Welfare State: reforms in long-term care in Western European countries". Journal of European Social Policy, volume 18, nº 3.

Rodríguez Cabrero, G. (2004) Protección social de la dependencia en España. Documento de Trabajo 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas.

Rodríguez Cabrero, G. (2005) Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo. En V. Navarro (dir.) La situación social en España, Madrid, Biblioteca Nueva

Rodríguez Cabrero, G. (2009), "El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)", Gestión y Análisis de Políticas Públicas, nº 2, julio-diciembre 2009, pp 33-58.

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.

Rogero García, J. (2010) "Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores". Madrid: IMSERSO.

Rostgaard, T. (2006) Constructing the care consumer: free choice of home care for the elderly in Denmark. *European societies*, 3 (3).

Sipilä; (ed.) (1997) Social care services: the key to the Scandinavian welfare model. Ader-shot: Avebury.

Sarasa, S. (2003) Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores. Madrid: Fundación Alternativas.

Schneider, U y Reyes, C. (2007) Mixed blessings: long-term care benefits in Germany. En Urgenson, C. y Yeandle, S. (eds) Cash for care in developed welfare states. Houndmills: Plagrave MacMillan.

Sotelo, H. (2007) Tendencias recientes en los servicios sociales europeos: algunos ejemplos paradigmático. En D. Casado y F. Fantova (coordinadores): Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Madrid: FOESSA.

Schut, F. T. y Van den Berg, B. (2010) Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands. *Social Policy and Administration*, 44(4).

Vilá, A. (2009) Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales. Madrid: EAPN.

VV.AA. (2009). Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (en línea). <http://www.imserso-mayores.csic.es>