

ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA UE: MODELOS, TENDENCIAS Y RETOS

JOSEBA ZALAKAIN

SIIS Centro de Documentación y Estudios

Fecha de recepción: 10/10/2017

Fecha de aceptación: 1/11/2017

SUMARIO: 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. 2. ¿CUÁNTOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EXISTEN EN LA UE? 3. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LOS PAÍSES DE LA UE. 4. TENDENCIAS Y RETOS. 5. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN: El objetivo de este artículo es el de describir algunas de las características básicas de los modelos de atención a la dependencia en Europa, a partir del análisis de los elementos que articulan esos modelos en los diversos países de la Unión. Con ese punto de partida, se describen también cuáles son las tendencias de cambio que se vienen manifestando en relación a los modelos de atención a la dependencia en el continente, y se ponen de manifiesto algunos de los retos y desafíos a los que se enfrentan estos modelos. Entre ellos, cabe destacar la necesidad de adaptar los servicios de atención a la dependencia al paradigma de la inversión social y a la crisis de los cuidados, haciendo compatible responder a la creciente demanda en el ámbito los cuidados a la dependencia con la necesaria reorientación o recalibración de los Estados del Bienestar.

ABSTRACT: The objective of this article is to describe some of the main characteristics of the long term care models in Europe, and to analyze the elements that articulate these mo-

dels in the different countries of the Union. The article also describes the trends of change that have been manifested in relation to the models of long term care in the continent, and emphasizes some of the challenges faced by these models. Among them, the need to adapt long term care services to the social investment paradigm and to the care crisis, making compatible to respond to the growing demand in this area with the necessary reorientation and recalibration of the Welfare States.

PALABRAS CLAVE: Dependencia, servicios de atención, estudio comparativo, tendencias, gasto social.

KEY WORDS: Long term care, care services, comparative study, trends, social expenditure.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo básico de este artículo es el de describir algunas de las características básicas de los modelos de atención a la dependencia en Europa, a partir del análisis de los elementos que articulan esos modelos en los diversos países de la Unión. Con este texto no se pretende establecer o re-establecer cuáles son los modelos de atención a la dependencia que existen en el continente ni describir en detalle cómo se articula en cada uno de ellos el sistema de atención a la dependencia; se pretende, más bien, comparar la situación de los diversos países en relación a una serie de indicadores comunes -comparables y disponibles para la mayor parte de los países- para comprobar si, efectivamente, podemos hablar de modelos comunes y, en ese caso, cuáles son los elementos que diferencian unos modelos de otros.

El segundo objetivo de este artículo, a partir del análisis anterior, es el de plantear cuáles son las tendencias de cambio que se vienen manifestando en relación a los modelos de atención a la dependencia en el continente, y poner de manifiesto algunos de los retos y desafíos a los que se enfrentan estos modelos.

Desde el punto de vista metodológico, el artículo se basa en el análisis de una serie de indicadores comunes provistos por diferentes fuentes y en una revisión de la literatura publicada en los últimos años en relación a las características de los sistemas de atención a la dependencia en Europa. Para enfocar suficientemente el análisis, los datos recogidos en este artículo se centrarán preferentemente en tres aspectos específicos: el volumen y las características de la población activa ocupada en el ámbito de la atención a las personas mayores, así como sus condiciones laborales; el gasto destinado a la atención de las personas en situación de dependencia, así como la composición de ese gasto; y, finalmente, la composición de la oferta asistencial y el grado de cobertura de la demanda potencial.

Si bien es cierto que la utilización de diversas fuentes de datos permite recoger una amplia gama de indicadores, es preciso también tener en cuenta las limitaciones y dificultades que supone la comparación de ese tipo de indicadores a nivel supraestatal. Las principales dificultades para la comparación se derivan de los siguientes elementos:

- Definición del concepto de dependencia o de cuidados de larga duración (CLD), que no responde en todos los países a las mismas problemáticas o perfiles de necesidad.

- Armonización en la definición de servicios y prestaciones. Si bien los modelos de atención a la dependencia se basan en todos los países en la combinación de un paquete relativamente limitado de servicios o prestaciones -atención residencial, diurna y domiciliaria, y prestaciones económicas-, los servicios y prestaciones que en cada país se engloban en un mismo concepto -*day care* o *home care*, por ejemplo- pueden ser muy diversos y variados. Incluso las estadísticas mejor armonizadas, como el Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS), esconden en realidad diferencias internacionales en ocasiones importantes en lo que se refiere a la definición de los servicios y las pautas de recogida y clasificación de la información.
- Cuando son comparables, los datos disponibles -salvo en cuestiones como el gasto en prestaciones sociales- no están por lo general suficientemente actualizados y/o en ocasiones se refieren a grupos muy reducidos de países. En otros casos, el análisis se deriva de fuentes que no están específicamente diseñadas para el análisis de los modelos de atención a la dependencia -como la Encuesta Europea de Población Activa (EU_LFS)-, lo que dificulta el análisis específico de estas cuestiones.
- También debe tenerse en cuenta, como una limitación de este tipo de análisis, la diversidad interna dentro de los países de la UE, especialmente en aquellos más descentralizados. En esos casos, la imagen global que puede derivarse del conjunto del Estado puede diferir en gran medida de las diferentes realidades que se pueden dar a nivel subestatal.
- Parte de los datos que se utilizan se derivan de registros administrativos, cuya validez y comparabilidad es en ocasiones dudosa. Del mismo modo, cuando se utilizan estadísticas, la representatividad de las muestras utilizadas no es siempre la necesaria para el análisis de situaciones que, aún entre las personas mayores, no dejan de ser minoritarias.
- Finalmente, es también necesario hacer referencia, como una de las limitaciones más importantes a la hora de la realización de comparaciones internacionales en relación a los modelos de atención a la dependencia, a la mayor indefinición que, en relación a otros ámbitos de la protección social, tienen los derechos relacionados con los cuidados de larga duración y sus formas de provisión. En efecto, las comparaciones internacionales son sin duda más sencillas en otros ámbitos más asentados y consolidados de la protección social -las pensiones, la educación, la sanidad...-, debido a que el carácter todavía novedoso y, en cierto modo, difuso de los sistemas de atención a la dependencia en Europa dificulta analizar y comparar en los mismos términos su desarrollo en los diferentes países de Europa.

2. ¿CUÁNTOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EXISTEN EN LA UE?

Como se acaba de señalar, el objetivo de este texto es el de identificar las diferencias que existen en los diversos países de Europa en lo que se refiere a la provisión de servicios a las personas en situación de dependencia. En todo caso, es necesario también poner de manifiesto cuáles son los elementos comunes que, en términos generales, comparten los diferentes países. Efectivamente, más allá de sus diferencias, todos los sistemas europeos de atención a la dependencia comparten una serie de características comunes:

- El primer elemento común es su carácter complementario en relación a la atención informal. Los sistemas formales de atención a la dependencia no sustituyen a las familias ni a las redes informales de atención, especialmente en el caso de las personas afectadas por situaciones más severas de dependencia (Bonsang, 2009), si bien implican un esfuerzo -variable en cada modelo- por socializar o mutualizar la carga que las familias asumen a la hora de atender las necesidades de las personas en situación de dependencia.
- En todos los países, los sistemas de atención a la dependencia combinan prestaciones económicas -en general, dirigidas a las personas cuidadoras y/o a la compra de servicios de atención directa-, atención residencial y servicios domiciliarios, con un énfasis especial en estos últimos. Resulta menos habitual la provisión de otro tipo de servicios, como los de promoción de la autonomía personal, los de asesoramiento, orientación y gestión de casos, etc.
- Los sistemas de atención a la dependencia están públicamente regulados y financiados, si bien su asunción como derecho social, no discrecional, es por lo general tardía e incompleta (en todo caso, más incompleta en unos países que en otros, como veremos).
- Es también importante señalar que, en cualquiera de los modelos que se quieran establecer, la definición de las situaciones de necesidad cubiertas y la concreción del derecho a la percepción de los diversos servicios o prestaciones es más laxa y difusa que en otros sistemas de protección social, como las pensiones, la educación o la sanidad. En ellos, tanto la determinación de las situaciones de necesidad que dan acceso a la percepción de los servicios como el propio contenido de los servicios tienen, por lo general, una definición más clara y formas de acceso menos discrecionales.

- En la mayor parte de los modelos de atención existentes, y a diferencia de lo que ocurre en otros sistemas de protección social, como la sanidad, las personas usuarias co-participan en la financiación del sistema.
- En todos los modelos, la provisión de los servicios es mixta e intervienen en ella tanto el sector público, como el sector privado con fin de lucro o mercantil y el sector privado sin fin de lucro.
- Aunque variable, existe también en todos los modelos analizados un cierto nivel de coordinación o integración con el sistema de salud.

Señaladas estas similitudes y coincidencias, ¿cuántos modelos de atención a la dependencia existen en Europa? ¿Cuáles son sus características? Rodríguez Cabrero y Marbán (2013) diferencian cuatro modelos diferentes, en función de su orientación general, sistemas de financiación, prestaciones contempladas, modelos de gestión y grado de apoyo a la red informal. Sobra decir que la clasificación propuesta recoge de forma más o menos directa las clasificaciones al uso en relación a los regímenes de bienestar en Europa.

Cuadro 1. *Propuesta de clasificación de modelos de atención a la dependencia en función de los regímenes clásicos de bienestar*

Modelos	Características
Liberal	<ul style="list-style-type: none"> • Reino Unido e Irlanda • Orientación selectiva y asistencial, financiado mediante impuestos generales y copago • Servicios, ayudas técnicas y prestaciones económicas • Gestión municipal, provisión mixta • Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual
Nórdico	<ul style="list-style-type: none"> • Suecia, Finlandia y Dinamarca • Derecho universal, financiado mediante impuestos generales y copago • Servicios de atención directa y ayudas técnicas • Gestión municipal, combinación de provisión pública y (crecientemente) privada • Apoya y sustituye a la familia cuidadora
Corporativo	<ul style="list-style-type: none"> • Alemania, Francia, Austria, Holanda, Bélgica • Derecho universal con nivel contributivo (cotizaciones) y no contributivo (impuestos). Copago. • Servicios, ayudas técnicas y prestaciones económicas topadas • Seguridad Social, regiones y municipios • Amplio apoyo al cuidador informal

Mediterráneo	<ul style="list-style-type: none"> • España, Italia y Portugal • Orientación asistencial, en evolución hacia orientación universal • Impuestos generales y copago • Servicios de atención directa, ayudas técnicas y prestaciones económicas topadas • Provisión y gestión por parte de ayuntamientos y regiones, tercer sector y sector privado • Limitado apoyo al cuidador informal
--------------	--

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez Cabrero y Marbán (2013)

Por su parte, la Comisión Europea (2016) establece una clasificación basada en cinco grandes grupos o *clústeres* de países. Si bien esta clasificación difiere en cierta medida de la más clásica propuesta por Rodríguez Cabrero y Marbán (2013), recoge los elementos básicos de la anterior, con un grupo formado básicamente por los países nórdicos, con Holanda, y otro que agrupa a los países centroeuropeos (clúster B); el clúster C incluye una amalgama en principio diversa de modelos -Francia, UK, Finlandia, Irlanda, España y Austria-; el clúster D incluye a los países mediterráneos, con la excepción de España, además a Hungría; y el E recoge básicamente a los países del Este, salvo la ya señalada Hungría.

Cuadro 2. Propuesta de clasificación de modelos de atención a la dependencia en cinco grupos o clústeres

Modelos	Características
Clúster A	<ul style="list-style-type: none"> • Dinamarca, Holanda y Suecia • Orientado a la atención formal: amplia, accesible y asequible • Provisión pública de servicios financiada mediante impuestos generales y prestada por la administración local • Gasto público elevado y gasto privado reducido • Prestaciones económicas modestas • Reducida utilización de cuidados informales, que sin embargo disfrutan de un apoyo elevado
Clúster B	<ul style="list-style-type: none"> • Bélgica, Chequia, Alemania, Eslovaquia y Luxemburgo • Atención formal de accesibilidad media y cierta orientación a la atención informal • Provisión financiada mediante contribuciones obligatorias • Gasto público medio y gasto privado reducido • Prestaciones económicas modestas • Alta utilización de cuidados informales, apoyo intenso a cuidadores/as

Clúster C	<ul style="list-style-type: none"> • Austria, UK, Finlandia, Francia, Eslovenia, España e Irlanda • Atención formal de accesibilidad media o baja; cierta orientación hacia los cuidados informales • Provisión pública de servicios financiada mediante impuestos o cotizaciones • Gasto público medio y gasto privado medio • Prestaciones económicas elevadas • Alta utilización de cuidados informales, apoyo intenso a cuidadores/as
Clúster D	<ul style="list-style-type: none"> • Hungría, Italia, Grecia, Polonia, Portugal • Baja accesibilidad de los servicios formales y orientación clara hacia la atención informal • Provisión financiada mediante sistemas débiles de aseguramiento • Gasto público bajo y gasto privado elevado • Prestaciones económicas de baja cuantía • Elevada utilización de cuidados informales, que sin embargo no disfrutan de un apoyo elevado
Clúster E	<ul style="list-style-type: none"> • Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Rumania y Croacia • Baja accesibilidad de los servicios de atención formal y orientación casi exclusiva a la atención informal • Provisión financiada mediante sistemas muy débiles de aseguramiento • Gasto público muy bajo • Escasa utilización de prestaciones económicas • Muy elevada utilización de cuidados informales, que sin embargo no disfrutan de un apoyo elevado

Fuente: *Elaboración propia a partir de Comisión Europea (2016)*

3. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LOS PAÍSES DE LA UE

En todo caso, como se ha dicho, el principal objetivo de este texto no es el de describir o analizar las características de los diversos modelos de atención a la dependencia en Europa sino, más bien, recoger algunos indicadores o datos que permitan determinar las diferencias que existen entre los diversos países en relación a tales cuestiones. Secundariamente, es posible -aunque no es el objetivo primordial del texto- establecer clústeres, modelos o agrupaciones de países o, si se desea, analizar cuál es la situación de España en relación a los indicadores analizados.

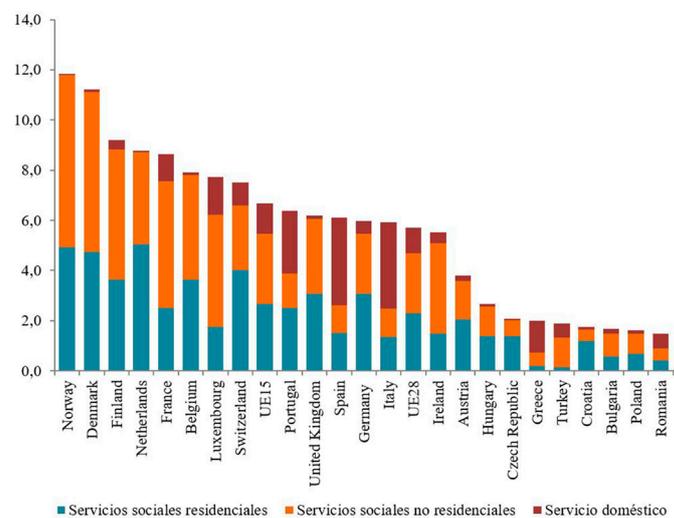
Como se ha señalado en la introducción el análisis se centrará preferentemente en tres ámbitos específicos: el volumen y las características de la población activa ocupada en el ámbito de la atención a las personas mayores, así como sus condiciones laborales; el gasto

destinado a las atención de las personas en situación de dependencia, así como la composición de ese gasto; y, finalmente, la composición de la oferta asistencial y el grado de cobertura de la demanda potencial.

El primero de los indicadores que cabe analizar se refiere al volumen de población ocupada que trabaja en los diferentes países de la UE en el ámbito de los servicios sociales y a la distribución de esa población en los dos grandes ámbitos en los que, a diferentes efectos, cabe diferenciar la ocupación en el sector: los servicios de atención residencial y los servicios de atención en la comunidad, donde se ubican tanto los servicios de atención diurna como los servicios domiciliarios y otros. A estos dos sectores de ocupación se les ha sumado otro sector que, si bien no se limita a la atención de las situaciones de dependencia, se utiliza en muy diversos países -entre ellos España-, para dar respuesta a esas situaciones: el servicio doméstico¹.

Los datos recogidos en el gráfico 1, a partir de los datos de la Encuesta Europea de Población Activa (*European Labour Force Survey*) ponen de manifiesto con claridad las diferencias que existen en los diversos países de Europa en relación al volumen de población ocupada en el ámbito de los servicios sociales.

Gráfico 1. % de población ocupada en el ámbito de los servicios sociales residenciales, servicios sociales no residenciales y servicio doméstico en la UE (2016)



Fuente: Elaboración propia a partir de la *European Labour Force Survey* (2016)

El gráfico pone de manifiesto, en primer lugar, que en los países del Norte de Europa, con Holanda y Francia, entre el 8% y casi el 12% de la población ocupada trabaja en estos sectores. En los países del Este por el contrario, donde además el porcentaje de población

1 El volumen de población recogido en estas estadísticas no presta sus servicios únicamente en el ámbito de la atención a las personas mayores y/o en situación de dependencia. También trabajan en otros ámbitos como el de infancia y familia, discapacidad o pobreza. La mayor parte de la fuerza de trabajo recogida en este sector de actividad presta sin embargo sus servicios a las personas mayores en situación de dependencia.

ocupada es menor, el porcentaje de personas que trabajan en este ámbito apenas llega al 4%. Con Italia y Alemania, España está en una situación intermedia con un porcentaje del 6%. Lo que diferencia a Italia y España, en cualquier caso, es el peso del servicio doméstico en el conjunto de esa fuerza de trabajo y que representa, en ambos países, más del 50% de toda la población ocupada. De hecho, si no se computara a las personas empleadas en el servicio doméstico, el porcentaje de población ocupada en el sector de los servicios sociales en España apenas llega al 3%, frente a casi el 12% en Dinamarca y el 5% en el conjunto de la UE28.

De hecho, si los datos se expresan en otros términos, cabe señalar que en los países del norte de Europa, se contabilizan casi 200 profesionales de los servicios sociales por cada trabajador/a del servicio doméstico. En Italia y en España por el contrario, el número de trabajadores del servicio doméstico supera al de las personas ocupadas en los servicios sociales, con 0,7 profesionales de los servicios sociales por cada trabajador del servicio doméstico. Así pues, frente al mayor desarrollo de los servicios sociales formales, el modelo que en ese sentido conforman Italia y España se caracteriza por el recurso mayoritario al servicio doméstico, como complemento de la atención familiar en un marco en el que la oferta pública de servicios de atención y cuidado está aún muy escasamente desarrollada.

La segunda característica que, desde el punto de vista de la fuerza de trabajo, distingue a los diversos modelos europeos se refiere al papel de las personas inmigrantes en la atención a las personas con dependencia (Martínez Buján, et al. 2013; Martínez Buján, 2010)². En ese sentido, los diferentes modelos de atención a la dependencia se diferencian tanto en el mayor o menor recurso a las mujeres inmigrantes como en el papel que se les asigna en la organización social del cuidado (Van Hooren, 2014).

Tal y como se ha explicado en otros trabajos (Nogueira y Zalakain, 2015), el modelo o régimen de bienestar social imperante en cada país explica en buena medida su camino a seguir en la relación entre cuidados y población migrada. Desde esa perspectiva, las comparaciones que se han realizado entre los diversos países europeos en relación a la extensión y las características del cuidado de personas dependientes por parte de mujeres inmigrantes, diferencian tres grandes modelos.

- Por una parte, el modelo mediterráneo, en el que las familias recurren con frecuencia a la contratación privada de cuidadoras inmigrantes para que presten, en el domicilio de la persona atendida, bien como interna o como externa, los cuidados

.....

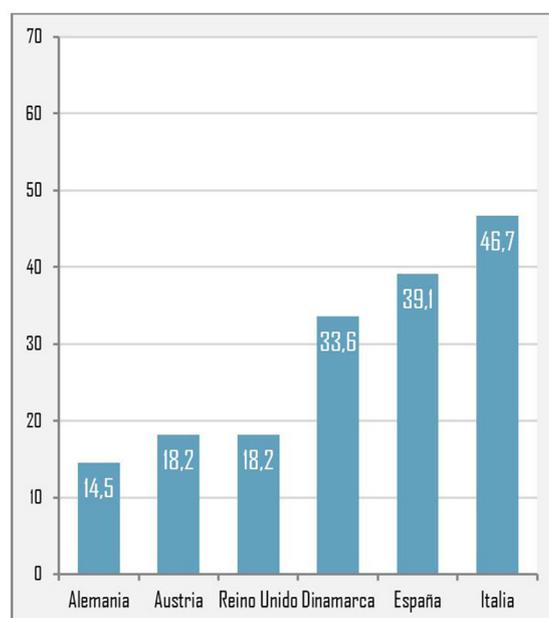
2 En efecto, para Martínez Buján (2010), “la migración internacional en España (y en los países de Europa del sur) es utilizada para cubrir las debilidades de la protección social a la dependencia y llenar los huecos que la incorporación laboral de las mujeres nativas ha dejado en sus hogares. Este mercado laboral de cuidados encuadrado, en la mayor parte de los casos, en el interior del servicio doméstico se ha llegado a convertir en nuestro país en un verdadero nicho laboral para las mujeres inmigrantes (fundamentalmente latinoamericanas) y, en la actualidad, se ha configurado como la principal vía de externalización y mercantilización del trabajo familiar de cuidados”.

necesarios, en ocasiones en el marco de la economía sumergida. Italia, Grecia y España serían referentes claros de este tipo de modelos. Cabe hablar en estos casos de la evolución de un modelo de cuidados familiares a otro en el que las cuidadoras inmigrantes son parte del dispositivo familiar (*migrant in the family*), utilizando la terminología propuesta por Bettio et al. (2006).

- Por otra, aquellos países en los que se recurre también a cuidadoras inmigrantes, si bien su participación laboral se materializa preferentemente en centros de atención (residencias o centros de día) o mediante la contratación por parte de empresas especializadas en la prestación de servicios de atención domiciliaria. Reino Unido o Suecia serían referente de este modelo.
- Finalmente estarían otros países, como Francia u Holanda, en los que la participación de mujeres inmigrantes en las labores de cuidado a las personas mayores es muy limitada o residual.

Cabe añadir, por otra parte, que existen también diferencias relativamente importantes en lo que se refiere al perfil de los profesionales que trabajan en el sector de los cuidados a la dependencia en función de los países analizados. Así, el siguiente gráfico pone de manifiesto, para una muestra de países, que el nivel formativo en el sector es diferente en función de los países analizados y que son precisamente los países del sur de Europa, en este caso, Italia y España, los que registran un porcentaje de personal con bajo nivel formativo más elevado.

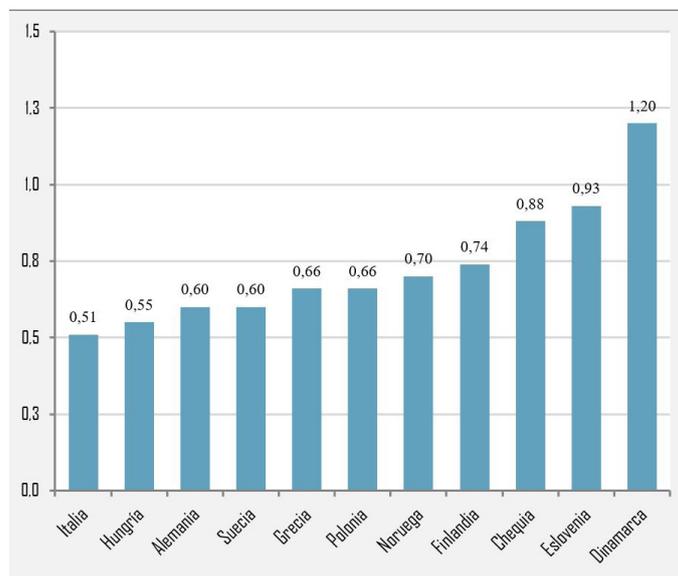
Gráfico 2. % de trabajadores/as del sector CLD con bajo nivel educativo



Fuente: León, Pavolini y Rostgaard (2014)

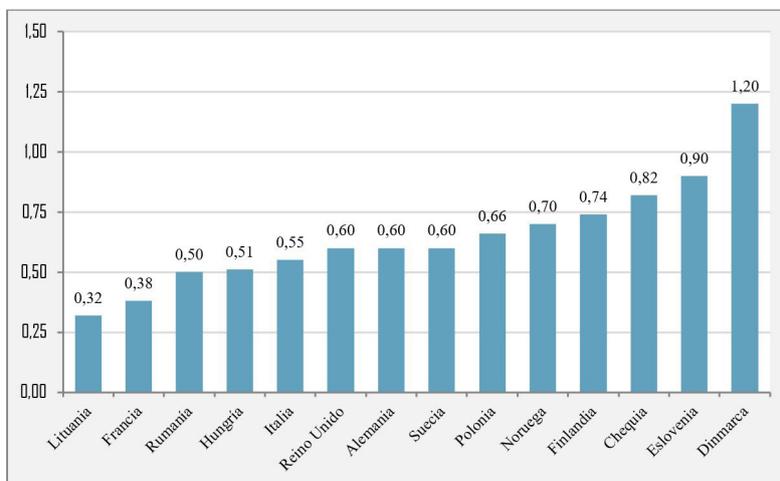
El salario medio de los trabajadores del sector de los cuidados es, por otra parte, inferior a la media de la población asalariada en la mayor parte de los países analizados. La diferencia en relación al salario medio no es, sin embargo, la misma en todos los países de Europa. Nuevamente, se observan en este aspecto diferencias entre los diferentes países que apuntan, como en los casos anteriores, a la existencia de modelos claramente diferenciados, también en lo que se refiere a las pautas retributivas del personal: los países del norte de Europa tienden a ofrecer salarios más cercanos al salario medio -superiores incluso, en el caso de Dinamarca-, mientras que en los países del Sur y el Este del continente los salarios, especialmente en el sector domiciliario, se alejan con más claridad de la media.

Gráfico 3. Salario de trabajadores no cualificados de residencias (en relación al salario medio)



Fuente: Bettio, F. y Verashchagina, A. (2010)

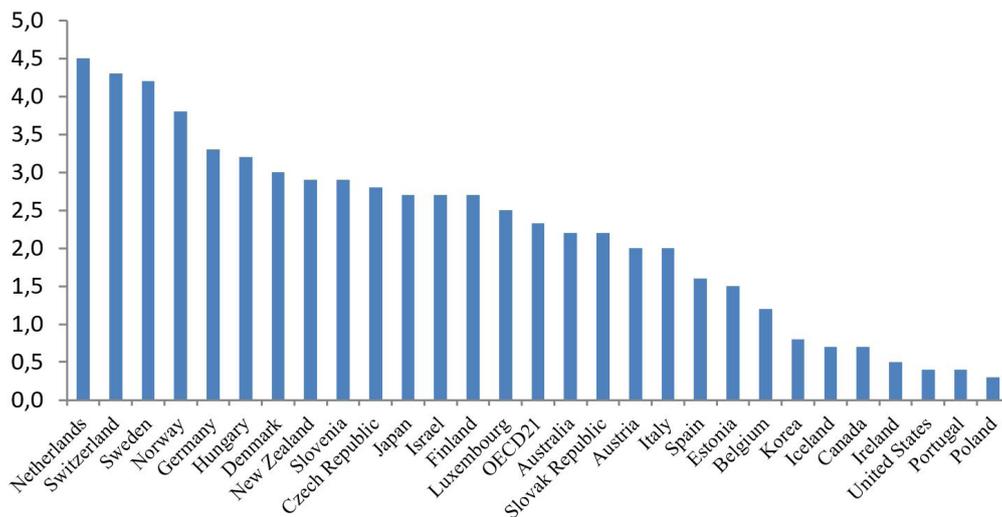
Gráfico 4. Salario de trabajadores no cualificados en domicilio (en relación al salario medio)



Fuente: Bettio, F. y Verashchagina, A. (2010)

Más allá de los aspectos referidos a la población ocupada las principales diferencias entre los diversos países se refieren al nivel y la composición de la oferta de cuidados, así como al gasto público destinado a estos servicios. En efecto, los datos de la OCDE ponen claramente de manifiesto las diferencias que existen en relación al porcentaje de población atendida en el ámbito de la atención a la dependencia en los diversos países de Europa. Se observa en el gráfico, nuevamente, que son los países del norte de Europa los que registran tasas de cobertura más elevadas, que oscilan entre el 3% de toda la población en Dinamarca y el 4,5% de Holanda. España se sitúa entre los países con tasas de cobertura más reducidas (1,6% de la población), junto a otros países con los que comparte ciertas características culturales como Italia (2%), Bélgica (1,2%), Irlanda (0,5%), Portugal (0,4%) o Polonia (0,3%).

Gráfico 5. Porcentaje de población atendida en instituciones y a domicilio en los diversos países de la OCDE en el ámbito de la atención a la dependencia (2013 o año más cercano)

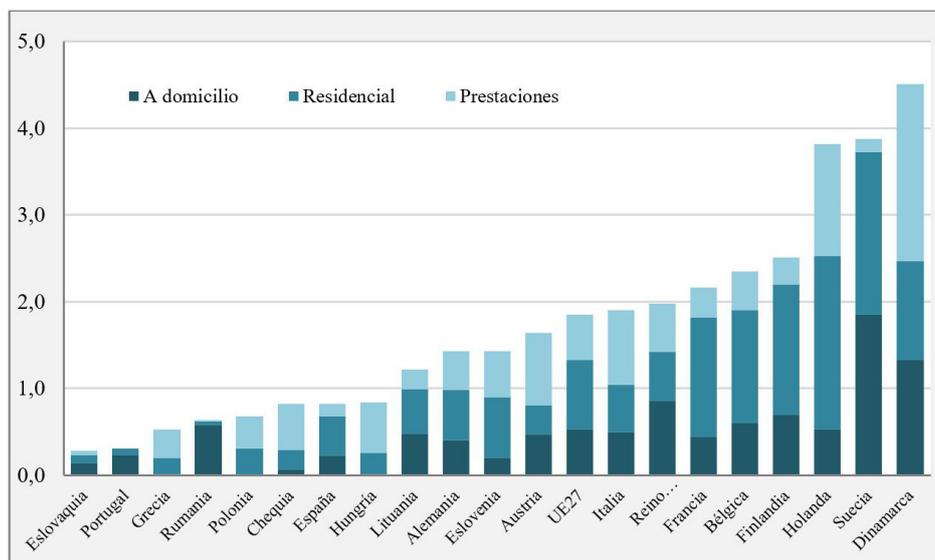


Fuente: OCDE Data

Las diferencias entre países se observan aún con más claridad cuando se analiza el nivel de gasto que en los diversos países se destina a los servicios de atención a la dependencia. Nuevamente, son Finlandia, Holanda, Dinamarca y Suecia los países que destinan un mayor porcentaje del PIB a la financiación de estos servicios, con porcentajes que superan en algunos casos el 3%. Un grupo de ocho países, entre los que se encuentra España, destinan por el contrario menos del 1% a la financiación de estos servicios. Difiere también en los diversos países, independientemente además del nivel general de gasto, el patrón relativo a la composición de ese gasto: así, por ejemplo, los modelos holandés, sueco y danés difieren entre sí en la medida en que el sueco, de acuerdo a los datos disponibles, recurre poco a las prestaciones en metálico (ya sean finalistas para el pago de servicios o para compensar los

gastos genéricos en los que incurren los cuidadores), mientras que Dinamarca, a diferencia de los otros dos países nórdicos, recurre en menor medida a la atención residencial. Holanda, por su parte, realiza un gasto relativamente bajo en servicios de atención domiciliaria, en relación al menos al gasto que realiza en servicios residenciales y prestaciones económicas.

Gráfico 6. Gasto público en relación al PIB por tipo de servicio y prestación en la UE (2010)

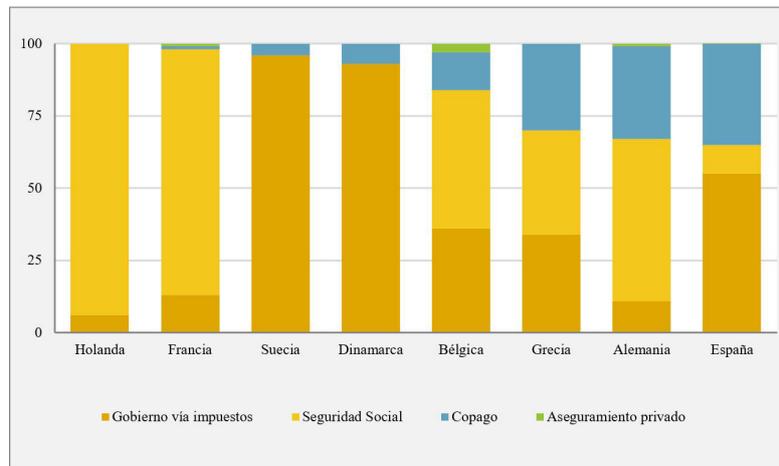


Fuente: Lipszyc, Sail y Xavier. *Economic Papers*, 469. Comisión Europea (2012)

España, por su parte, destina la mayor parte del gasto realizado -al menos en 2010, apenas iniciado el despliegue de la Ley de Dependencia- a los servicios residenciales, destinando una cantidad sensiblemente menor a los servicios de atención domiciliaria (0,22% del PIB) y a las prestaciones económicas (0,14%).

Junto al montante total del gasto, existen también diferencias muy notables entre los diferentes países de la UE en lo que se refiere a las fuentes de financiación de ese gasto. El gráfico 7 recoge para diversos países de la UE, a partir de un informe de la Comisión Europea, la proporción que en cada país representan las diversas fuentes de financiación de la atención formal. De los países analizados, los dos escandinavos -Suecia y Dinamarca- se caracterizan por recurrir preferentemente a la financiación pública mediante impuestos generales; los países del centro de Europa -Holanda, Francia, Alemania y Bélgica- recurren por su parte fundamentalmente a los ingresos de la Seguridad Social, mediante las cotizaciones previstas en el marco de un sistema de aseguramiento. Grecia y España -en este caso, junto a Alemania- conceden por el contrario un papel esencial al copago de las personas usuarias, que supone en España el 35% de la financiación de los cuidados de larga duración, frente a, por ejemplo, el 4% en Suecia o, siempre de acuerdo a las fuentes citadas, el 1% en Francia.

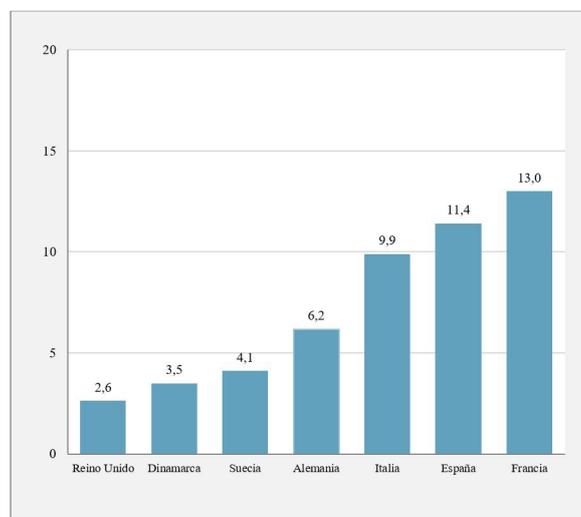
Gráfico 7. Distribución en % de las fuentes de financiación de los servicios de atención a la dependencia en diversos países de la UE (2013)



Fuente: European Commission (2016)

También difieren en los diversos países analizados otros aspectos de gran relevancia de cara a la calidad de la atención y la sostenibilidad económica de los modelos de atención a la dependencia como las ratios de atención o los costes unitarios de los diferentes tipos de centros. En lo que se refiere a la primera de las cuestiones, si se compara el número de personas ocupadas y el número de plazas disponibles en el conjunto de los centros residenciales para personas mayores de una serie de países, las diferencias que se observan son muy importantes: en efecto, si en el Reino Unido se contabilizan apenas 2,6 residentes por cada persona ocupada en el sector residencial de atención a las personas mayores, en España la ratio asciende a 11, en Italia a 9 y en Francia a 13,4.

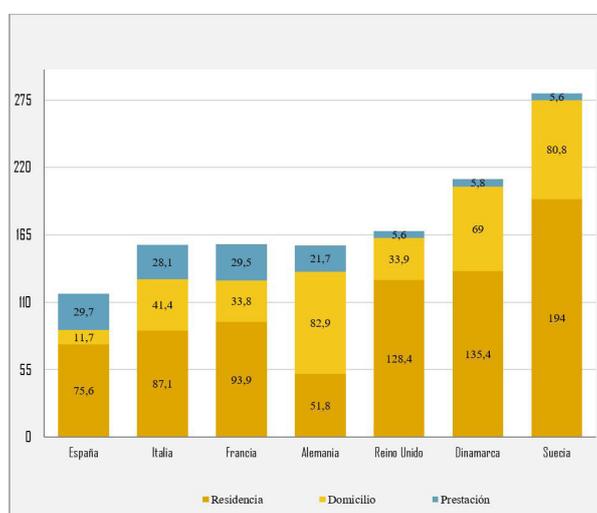
Gráfico 8. Número residentes por cada persona ocupada en servicios residenciales



Fuente: European Commission (2016)

Otro de los indicadores que es preciso tener en cuenta a la hora de analizar las diferencias entre unos países y otros a la hora de desarrollar sus sistemas de atención a la dependencia se refiere al coste unitario de cada uno de los servicios, que resulta clave a la hora de garantizar la sostenibilidad económica de cada uno de esos modelos. En ese sentido, no debe olvidarse que el incremento del gasto en los sistemas de atención a la dependencia no siempre se relaciona con el incremento de las tasas de cobertura -es decir, con el hecho de atender a un número mayor de personas-, sino que en ocasiones se debe al incremento de los costes unitarios, que se derivan a su vez de dos factores: el incremento de las ratios de atención y/o el incremento de los costes de personal.

Gráfico 9. Coste unitario en relación al PIB per cápita en residencia, domicilio y prestación



Fuente: European Commission (2016)

Como se observa en el gráfico anterior, son nuevamente los países del norte de Europa -en este caso, Dinamarca y Suecia- los que registran costes unitarios más altos, medidos en relación al PIB per cápita de cada país. Así, en Suecia, el coste por plaza de un centro residencial equivaldría casi al doble del PIB per cápita del país, mientras que en España apenas representa el 75% y en Alemania el 51%. El coste de los servicios domiciliarios oscila entre el 11% del PIB per cápita en España -unos 2500 euros anuales, aproximadamente- y el 80% del PIB per cápita alemán o sueco. Estas diferencias pueden derivarse tanto de las ratios de atención y/o de la intensidad horaria en el caso de la atención a domicilio, como del coste salarial del personal de atención directa o, menos probablemente, del resto de costes indirectos del servicio (margen empresarial, etc.). Finalmente, también se observan diferencias de importancia en lo que se refiere al coste unitario de las prestaciones económicas, que oscilan entre el 20% y el 30% del PIB per cápita en los países del sur y el centro de Europa y apenas superan el 5% en los del Norte, así como en el Reino Unido.

4. TENDENCIAS Y RETOS

Hemos visto, en resumen, que no es posible hablar de un modelo europeo de atención a la dependencia y que, cuando se analizan los escasos indicadores comunes disponibles a nivel internacional, se observan variaciones muy significativas. Esas variaciones permiten pensar en la persistencia de los modelos clásicos de atención -al menos, el modelo nórdico, el centroeuropeo y el mediterráneo, al que habría que añadir el anglosajón y el de la Europa del Este-, con estructuras ocupacionales, tasas de cobertura, niveles de gasto, patrones de financiación y estructuras de coste muy diferentes.

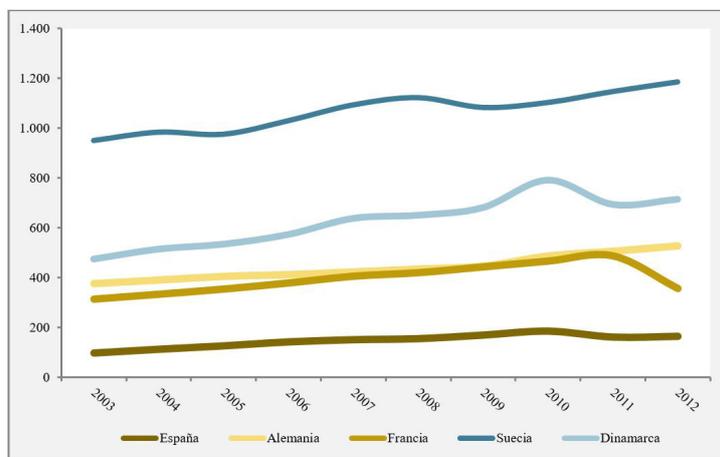
Esta diversidad impide hablar de tendencias y retos comunes, en la medida en que, dado el muy diferente grado de desarrollo de cada uno de los modelos, cada país o grupo de países debería hacer frente a retos muy diversos. Sin embargo, la bibliografía consultada permite plantear ciertas tendencias comunes y/o apuntar hacia retos también similares, comunes al menos a los países que han alcanzado ya un cierto desarrollo en este ámbito.

En lo que se refiere a las tendencias, parece claro que la mayor parte de los países de Europa se encuentran -tras una primera fase de expansión finalizada en 2008-, en una fase de contención y repliegue en lo que se refiere a los servicios de atención a la dependencia. La fase de contención, desarrollada entre 1990 y 2008, en función de los países, se caracterizó por la expansión de los sistemas públicos nórdicos; la creación de sistemas de aseguramiento y universalización en el centro de Europa (Austria, Alemania, Holanda) y más tarde en España; y por la europeización de la importancia política y social de los cuidados de larga duración. El periodo de contención y repliegue -que se solapa en parte al anterior, en la medida en que en algunos países se remonta a inicios del siglo- se caracteriza por la intensificación de tres tipos de presiones: presiones demográficas (envejecimiento de la población y creciente incorporación femenina al mercado de trabajo, que deriva en lo que se conoce como crisis de los cuidados); presiones económicas (derivadas del incremento del gasto asociado a la señalada crisis de los cuidados pero también al impacto de la crisis económica y de las políticas consiguientes de contención del gasto público); y presiones culturales (que derivan tanto en la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión mediante la externalización de servicios como de la demanda por una parte creciente de las personas usuarias y de sus representantes de cambios conceptuales de calado en la prestación de servicios, en la línea de garantizar una mayor autodeterminación de las personas usuarias y una mayor individualización de la atención, abandono de los sistemas institucionales tradicionales, etc.).

Es también importante destacar, en cualquier caso, que la fase de contención y repliegue en ningún caso se ha traducido en una reducción de las coberturas de atención y/o del gasto destinado a este tipo de servicios. Desde el punto de vista de las coberturas de

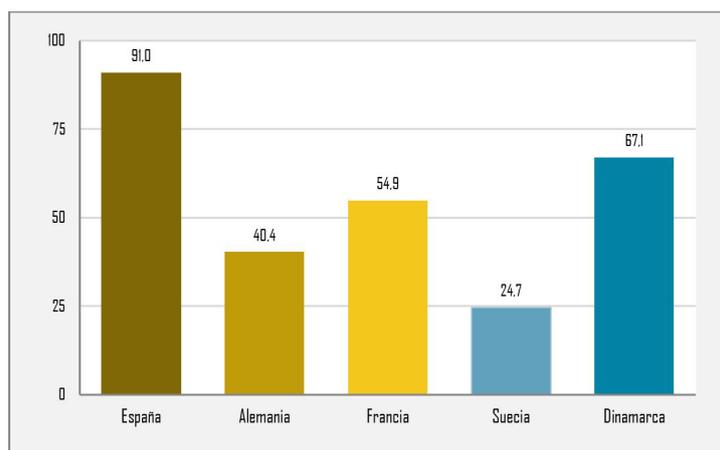
atención, en el conjunto de la OCDE las coberturas han crecido de media en un 25% entre 2000 y 2013, y solo en algunos países nórdicos -que partían de niveles de cobertura muy elevados- se puede hablar de una cierta reducción en el porcentaje de personas atendidas. Lo mismo cabe decir del gasto en este tipo de servicios: los dos gráficos siguientes ponen de manifiesto que el gasto ha crecido en todos los países y que lo ha hecho de una manera especialmente intensa en aquellos países que partían de niveles más bajos de gasto. Pese a ello, no puede hablarse de convergencia, y las diferencias entre los diversos países siguen siendo muy sustanciales.

Gráfico 10. Evolución del gasto público en CLD en PPS por habitante en diversos países de Europa



Fuente: European Commission. Institutional Paper, nº 37

Gráfico 11. Incremento del gasto público en CLD en PPS por habitante (03/año más gasto)



Fuente: European Commission. Institutional Paper, nº 37

El mantenimiento de los niveles de cobertura y de gasto, en todo caso, es compatible con el retroceso que en la mayor parte de los países se ha producido, especialmente tras la

crisis, en relación al diseño de los diversos sistemas de atención a la dependencia. Así, en la literatura académica se pueden identificar algunas tendencias comunes a la hora de dar una respuesta a estas presiones (que dependen en todo caso mucho del contexto nacional). Se puede hablar en ese contexto de re-asistencialización y focalización (se da una prioridad creciente a los niveles más graves de dependencia y/o a las personas con menos recursos económicos), de freno a la des-familiarización (las familias adquieren -o, más bien, recuperan- un mayor protagonismo y se produce un freno al proceso de asunción de responsabilidades públicas sobre el cuidado, de crecimiento en la responsabilidad individual o familiar en lo que se refiere a la organización y la financiación de los cuidados y de re-mercantilización (es decir, de un recurso creciente al mercado privado para la provisión de cuidados -con o sin financiación pública-, además de un cierto desplazamiento del sector no lucrativo).

En ese marco, las tendencias que se vienen aplicando en los diferentes países se caracterizan por una parte por el impulso -en proporción variable- a las prestaciones económicas en detrimento de los servicios de atención directa, como elemento de contención del gasto y de promoción de la autodeterminación. Se ha tendido también, al menos en algunos países, a introducir medidas de fomento de la libertad de elección de las personas usuarias a la hora de elegir qué servicios precisan (y dónde y cómo los quieren recibir), con un mayor protagonismo del herramientas como el cheque servicio, presupuestos individuales, etc.³. Del mismo modo, se ha dado un claro impulso a las políticas de prevención, en ocasiones en el marco del paradigma de la inversión social mediante el desarrollo de estrategias de envejecimiento activo, etc. (Ibáñez y León, 2014). También cabe hablar de los esfuerzos que se vienen realizando en diferentes países para avanzar hacia un nuevo paradigma de atención (desinstitucionalización, calidad de vida, atención centrada en la persona, etc.), mientras se extienden al mismo tiempo, sin embargo, modelos de intervención “en serie”, de carácter casi fordista, mediante los que se busca la contención del gasto. Todo ello apunta a la búsqueda de un difícil equilibrio entre cantidad y calidad, entre profesionalización y familiarización; entre estandarización y flexibilidad.

En ese marco, y como conclusión, ¿cuáles son los principales retos que tienen hoy por hoy planteados los sistemas de atención a la dependencia en Europa y, particularmente, en



3 Uno de los elementos que se derivan de la apuesta por la autodeterminación y la autonomía de las personas usuarias de servicios sociales es el desarrollo de modelos de prestaciones económicas para la adquisición de servicios de atención y cuidado, directamente por parte de la persona afectada, en el mercado ordinario, mediante el recurso a cheques-servicio, presupuestos individuales y otras figuras similares. Si bien es cierto, que en algunos casos, el desarrollo de estas formas de provisión -que, en el ámbito de la dependencia en España podría equipararse a la prestación económica vinculada al servicio- se justifica por la necesidad de reducir el coste que supone la prestación directa o concertada de servicios de atención directa, no se puede negar que responde también a la demanda de determinados colectivos de personas usuarias, que consideran su derecho poder elegir, organizar, contratar y supervisar directamente los servicios que precisan. Especialmente desarrollados en países como Reino Unido u Holanda, estos modelos se basan en la idea de entregar a las personas con derecho a acceder a los servicios sociales una asignación económica específica para que ellas mismas sean quienes, con el apoyo que precisen, contraten, gestionen y coordinen su paquete de atención (SIIS, 2011).

los países que pueden ubicarse en el modelo mediterráneo o meridional? De la revisión de la literatura realizada cabe distinguir los siguientes:

- Adaptar los servicios de atención a la dependencia al paradigma de la inversión social y a la crisis de los cuidados, haciendo compatible la creciente demanda en el ámbito los cuidados a la dependencia con la necesaria reorientación o recalibración de los Estados del Bienestar hacia ámbitos hoy por hoy claramente desatendidos, como las políticas de garantía de ingresos o las de familia e infancia, en un contexto en el que las brechas intergeneracionales son cada vez más evidentes.
- Avanzar en la mutualización y socialización de los riesgos, alcanzado un nuevo equilibrio entre (nuevo) riesgo social y problema familiar.
- Garantizar, en ese contexto, la sostenibilidad económica de los cuidados a la dependencia, mediante: a) la introducción de reformas en la financiación del Estado de Bienestar; b) la reorientación del papel del voluntariado y de la atención en la comunidad; d) un mayor control del coste de los servicios, garantizando al mismo tiempo condiciones laborales adecuadas a todos los agentes y la creación de empleo de calidad.
- Mejorar la evaluación de las intervenciones y los sistemas de información.
- Mejorar la coordinación sociosanitaria y la gobernanza interinstitucional del sistema.
- Garantizar a las personas con dependencia apoyos de suficiente calidad e intensidad, lo que implica: a) ampliar, al menos en los países del Sur y el centro, las coberturas tanto a las personas dependientes como a las personas en situación de riesgo o fragilidad; b) ofrecer a las personas que están en sus domicilios (y a quienes les cuidan) apoyos de suficiente intensidad; c) alcanzar, en cada país, un equilibrio adecuado entre prestaciones económicas, servicios a domicilio y servicios en institución; d) garantizar el apoyo y la supervisión a las familias en el uso de las prestaciones económicas; y e) culminar el proceso de cambio hacia un modelo centrado en la persona, favoreciendo la libertad de elección de las personas respecto a cómo y dónde quieren ser atendidas.

5. BIBLIOGRAFÍA

BETTIO, F. y VERASHCHAGINA, A., (2010). *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. EGGE European Network of Experts on Employment and Gender Equality issues. Fondazione Giacomo Brodolini.

BONSANG, ERIC, (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 28 (1).

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

IBÁÑEZ, Z., LEÓN, M., (2014). Early childhood education and care provision in Spain. En: *The transformation of care in European societies*. Hampshire, Palgrave MacMillan.

KRAUS et al. (2010). *A typology of long-term care systems in Europe*, ENEPRI Research Report nº. 91.

LEÓN, M., RANCI, C. y ROSTGAARD, T., (2014). Pressures towards and within universalism: conceptualising change in care policy and discourse. En: *The transformation of care in European societies*. Hampshire, Palgrave MacMillan.

LIPSZYC, B., SAIL, E y XAVIER, A., (2012). Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. *Economic Papers* nº 469.

MARTÍNEZ BUJÁN, RAQUEL, (2010). Servicio doméstico y trabajo de cuidados. Hacia la privatización del cuidado familiar, *Alternativas*, 17, pp. 157-179.

MARTÍNEZ BUJÁN, RAQUEL; PÉREZ CARAMÉS, ANTÍA, (2013). *Mujeres migrantes, trabajo de cuidados y servicio doméstico*. Universidad de A Coruña, A Coruña.

NOGUEIRA, J., ZALAKAIN, J., (2015). La discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidados a dependientes en Euzkadi. *Zerbitzuan*, nº 60.

RODRIGUES, R., HUBER, M. & LAMURA, G., (eds.) (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.

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

SIIS Centro de Documentación y Estudios, (2011). Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional. Diputación Foral de Gipuzkoa.

VAN HOOREN, F., (2014). Migrant care work in Europe: variety and institutional determinants. En: *The transformation of care in European societies*. Hampshire, Palgrave MacMillan.

JOSEBA ZALAKAIN

SIIS Centro de Documentación y Estudios

jzalakain@siis.net