

Tendencias recientes de cambio en materia de protección social de las situaciones de dependencia en el modelo social europeo. El caso español

SUMARIO: I. TENDENCIAS INSTITUCIONALES DE CAMBIO EN EL MODELO SOCIAL EUROPEO EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA. 1. EJES BÁSICOS DE LOS SISTEMAS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. 2. REFORMAS EUROPEAS RECIENTES EN LOS CLD. II. EL SISTEMA ESPAÑOL DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO SOCIAL EUROPEO.- III. PREFERENCIAS INDIVIDUALES EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. 1. MODELOS TEÓRICOS DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTADO DEL BIENESTAR. 2. NIVELES DE PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES. 3. EL MODELO DUAL DE PARTICIPACIÓN Y ELECCIÓN DE LA PERSONA AFECTADA EN EL SISTEMA DE DEPENDENCIA. IV A MODO DE CONCLUSIONES. V. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN

En primer lugar, se analizan las grandes tendencias de cambio en los sistemas de cuidados de larga duración en el llamado Modelo Social Europeo,

¹ Catedrático de Sociología. Universidad de Alcalá de Henares.

destacando los factores de convergencia más importantes en cuanto a la cobertura, sistema de prestaciones, financiación y gestión. En segundo lugar, se define la naturaleza institucional del modelo español de apoyo a la autonomía y atención a la dependencia destacando algunos de los retos de su aplicación. Finalmente, se aborda la participación social y libertad de elección por parte de las personas afectadas de las prestaciones sociales que contribuyen a su autonomía y bienestar. En este último sentido se resalta la ambivalencia de la acción protectora en la que se entrecruzan la necesaria libertad de la persona y la exigible seguridad y eficacia de la acción protectora.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, regímenes de bienestar europeos, elección individual, calidad de servicios cuidados de larga duración, descentralización, cuidados informales, gestión mixta del bienestar.

I. TENDENCIAS INSTITUCIONALES DE CAMBIO EN EL MODELO SOCIAL EUROPEO EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

1. EJES BÁSICOS DE LOS SISTEMAS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (a partir de ahora LAPAD), aprobada a finales de 2006 y que inicia su andadura en 2007, forma parte del desarrollo reciente en materia de protección social de la dependencia del llamado Modelo Social Europeo (MSE). El caso español es la materialización de un modelo específico de protección que articula la tradición del régimen de bienestar español con algunas de las tendencias europeas en cuidados de larga duración. Ambos aspectos deben ser objeto de consideración en la medida en que en los distintos ámbitos protectores se refleja la tradición institucional y cultural de cada país y las influencias mutuas, aprendizajes y convergencias relativas.

En general puede afirmarse que se ha producido en los últimos veinte años una transición en los Estados de Bienestar de la UE, con amplias diferencias en su seno y con la excepción singular de los países del régimen de bienestar nórdico, desde un modelo residual, asistencial y apoyado en el trabajo de cuidados de la mujer hacia un modelo de socialización creciente

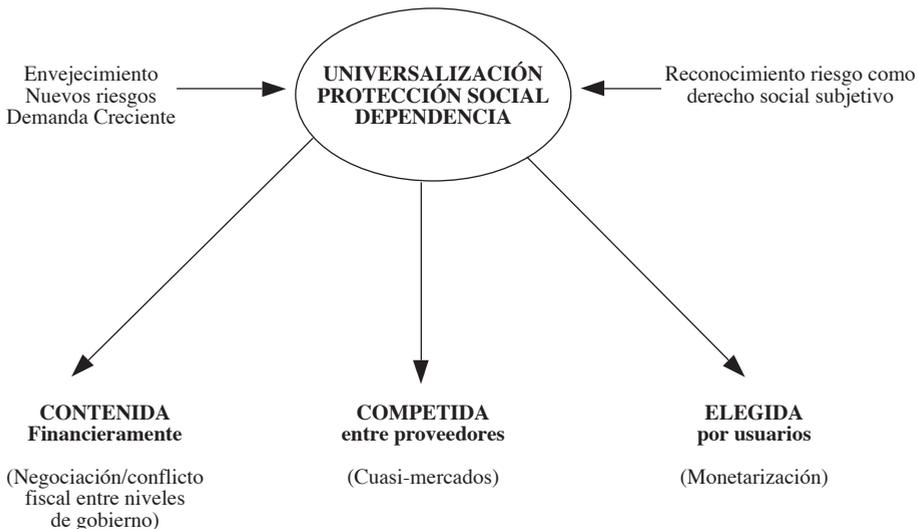
del riesgo. La universalización de la cobertura pública del riesgo de dependencia se ha extendido desde el mundo nórdico hacia el centro de la UE (régimen continental) y, recientemente, hacia el sur de la UE siendo España la pionera en el llamado régimen mediterráneo (Ferrera, 1996; Moreno, 2001; Rodríguez Cabrero, 1999 y 2004). Las recomendaciones de la Comisión Europea en la materia y los Joint Report sobre protección social que se publican desde 2005 reflejan con nitidez este cambio de tendencia.

En el Gráfico 1 hemos sintetizado esta tendencia hacia la universalización del riesgo que tiene como base sociodemográfica el envejecimiento de la población (sobre todo el llamado envejecimiento del envejecimiento) y riesgos asociados a nuevas discapacidades y enfermedades laborales, si bien tres cuartas partes de la población en situación de dependencia tiene más de 65 años y cerca de la mitad de la población afectada tiene ochenta y más años. Por tanto, una demanda potencial creciente de cuidados de larga duración, acelerada por los cambios en el tamaño y funciones de la familia y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, es uno de los factores fundamentales que han presionado a favor de la puesta en marcha de las nuevas políticas de protección social o de cuidados de larga duración (CLD). Como consecuencia el derecho subjetivo a la protección social en este ámbito se está extendiendo en el seno de los países del MSE. Se trata de un nuevo derecho universal que, además, refuerza la estructura de derechos sociales como son el derecho a la salud, a la educación, a una pensión o a la garantía de un ingreso mínimo bajo ciertas circunstancias.

Sin embargo, el desarrollo y gestión del nuevo riesgo social en el seno del Estado de Bienestar refleja la reestructuración profunda que éste ha sufrido en los últimos treinta años. En concreto, nos referimos a tres cambios en profundidad como son una financiación de las prestaciones en la que el copago es un elemento sustantivo, la competencia entre proveedores de servicios en la que el sector mercantil interviene de manera selectiva y creciente allí donde existen economías de escala y puede garantizarse un beneficio y, por último, la libertad de elección del usuario o beneficiario que no es sino la extensión de la ideología del consumidor de clase media al ámbito de los servicios públicos. Los dos primeros cambios tenían ya un peso relativo importante en los rudimentarios sistemas de cuidados de larga duración de hace dos décadas (con la excepción de los países del régimen nórdico) y, en general, en la rama o sistema de servicios sociales donde la naturaleza asistencial del derecho y una provisión mixta eran rasgos del sistema, particularmente en el régimen mediterráneo de Estado de Bienestar. El último rasgo, la libertad de elección se ha incorporado con fuerza creciente en esta nueva rama de protección al igual que lo ha hecho, aunque con diferencias importantes, en el ámbito de la sanidad y de la educación.

De este modo, los distintos modelos de cuidados de larga duración son una combinación de un tipo de universalismo que garantiza la cobertura de un riesgo en el orden legal de manera plena con fórmulas variables de intensidad protectora que limitan su impacto material o prestacional (en función de la renta y el patrimonio y de la oferta de servicios existente); los diferentes modelos no sustituyen sino que refuerzan el apoyo familiar tradicional (ahora bajo intensos cambios sociales), bajo la filosofía profesional dominante de cuidados en el domicilio hasta donde sea posible; el sistema de prestaciones se planifica y gestiona en niveles de mesogobiernos y gobiernos locales que contribuyen con su oferta de servicios y capacidad financiera; y, por último, la libertad de elección o combinación de prestaciones adecuándolas a la situación de necesidad se ha abierto paso a la vez que constituye un modo de contención del gasto social y de facilitar la gestión (Lundsgaard, 2005).

GRÁFICO 1
LOS EJES BÁSICOS DEL PROCESO DE REESTRUCTURACIÓN
DE LOS SISTEMAS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA
DURACIÓN ENTRE 1990-2008



En este sentido general se ha producido una relativa convergencia en materia de protección social a la dependencia que la Comisión Europea, a partir de Lisboa 2000, ha tratado de reforzar bajo el llamado “método abierto de coordinación” y que no es sino el reforzamiento institucional en cada país de la UE de los principios de *accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera* en materia de protección social y, de manera particular, en los cuidados

de larga duración (Consejo y Comisión Europeos, 2003) así como de promover mediante el aprendizaje mutuo y la transferencia de conocimiento formas de protección social con las características antedichas (Pacolet, 1998, 2006; Huber y otros, 2005; OCDE, 2005), lo que en cierto modo se ha producido en los últimos quince años con la extensión de este ámbito protector en el régimen continental de Estado de Bienestar y recientemente en el régimen mediterráneo.

El origen de los cuidados de larga duración ha sido diferente. Así, en el régimen nórdico es consecuencia de la extensión de su sistema de servicios sociales a las necesidades emergentes sin necesidad de una regulación específica legal de la protección social a la dependencia. En el modelo continental la acción protectora se incardina en el sistema sanitario bajo el paraguas de la Seguridad Social (Alemania, Austria, Francia, Luxemburgo, Flandes), con financiación mixta (cotizaciones, impuestos y copago) y bajo formas de gobierno descentralizado y modelos mixtos de gestión. El modelo anglosajón sigue anclado en fórmulas de tipo asistencial y con una creciente expansión de la oferta mercantil de servicios y, en gran medida, separado de la atención sanitaria. Por último, los países del Sur de Europa, sobre todo, España e Italia, han podido hasta ahora dar una respuesta privada en base a los cuidados informales de la mujer, no remunerados en general, y recientemente mediante la contribución del trabajo de la mujer inmigrante (parte de este mercado en la economía sumergida) como sustituta de la mujer trabajadora, en su mayoría de clase media funcional (BETTIO, SIMONAZZI, VILLA, 2006). Bajo este modelo las organizaciones no lucrativas o del Tercer Sector han tenido un rol tradicional de apoyo a las personas dependientes, de abogacía social y movilización colectiva al que se ha unido durante los últimos años la gestión de servicios en competencia creciente con el sector mercantil.

2. REFORMAS EUROPEAS RECIENTES EN LOS CLD

Si entrar en detalle en el análisis particular de cada modelo de protección social a la dependencia (ver PACOLET, 2006, PAVOLINI y RANCI, 2008), parece necesario señalar algunas de las tendencias recientes de cambio de las que participa en mayor o menor medida el régimen español de bienestar social y que de manera sintética recogemos en el Cuadro 1. Si consideramos cinco ámbitos de reformas —competencias, financiación, provisión de servicios, modelos de cuidados y tipo de prestaciones—, se observa que en el MSE se ha producido un cambio global en los sistemas de CLD, pero con amplio reflejo en el conjunto de los Estados de Bienestar. El cambio global

sería el paso de sistemas ampliamente descentralizados, de financiación y provisión pública, con un fuerte peso de la atención formal basada en los servicios hacia otros en los que la descentralización de funciones o reparto de responsabilidades, financiación y gestión mixtas, apoyo a la atención informal y opción por las prestaciones monetarias o fórmulas de cheque servicios se han abierto paso en los países con sólidos sistemas de servicios sociales (régimen nórdico) o en los que la provisión pública centralizada tenía un peso relativo importante (régimen continental). En este proceso de cambio los países del régimen mediterráneo se han encontrado en una situación paradójica, Italia y España en concreto, ya que han tenido que acometer la expansión del Estado de Bienestar, sobre todo en materia de servicios sociales, al mismo tiempo que adaptarse a estas tendencias de cambio en las que el nuevo modelo genérico emergente es reflejo de una pugna más amplia entre diferentes concepciones de lo público y lo privado y, en general, de los conflictos entre Estado, mercado y sociedad civil en la configuración de la reforma social.

Como en la mayoría de los procesos de cambio y reforma los avances vienen acompañados de costes y problemas. Así, por una parte, los modelos emergentes de CLD, en general los servicios públicos, han favorecido la accesibilidad de los servicios y prestaciones a los ciudadanos y afectados, han distribuido la responsabilidad entre los diferentes niveles de gobierno y, también, han abierto el juego a la provisión de servicios del sector privado, mercantil y no lucrativo, junto al sector público; desde el punto de vista de los ciudadanos se ha enfatizado en la personalización de la atención (criterio de calidad) y una mayor “voz” a la hora de definir los paquetes de prestaciones.

Pero en sentido contrario un modelo como el mencionado, próximo a los modelos del consumidor informado, plantea no pocos problemas que afectan a la igualdad y eficacia de los CLD. Así, por mencionar algunos, los problemas de coordinación entre niveles de gobierno surgen como un problema no menor ya que se trata de establecer la cooperación eficaz y basada en la confianza entre tres niveles de gobierno (central, regional y local) con competencias concurrentes en la materia y con distinto peso institucional y financiero. Igualmente la suficiencia financiera del sistema o, mejor, la distribución entre niveles de gobierno del coste del sistema, ya que el gasto total de éste, siendo importante, es mucho menor que el coste del sistema sanitario (fluctúa entre el 3% del PIB en los países del régimen nórdico y el 1,5% en los de tipo continental, en torno a 0,5 en España e Italia). Con un sistema de provisión mixta la producción de servicios tiene como reto el logro de la calidad y la atención personal que en ocasiones entra en conflicto con los costes de un sector intensivo en mano de obra. Finalmente, la

eficacia de las prestaciones es un tema abierto y depende de diferentes factores: el precio, la combinación óptima de servicios y prestaciones monetarias, el modelo de gestión, la estructura profesional, entre otros.

De ahí, que tratando de resumir el conjunto de políticas sociales alternativas, sea preciso mencionar de manera sintética a aquellas que parecen concitar un amplio consenso en la literatura científica y en la aplicación de las políticas públicas (ver SOTELO, 2007):

- a) La garantía de la igualdad del derecho y de las mismas prestaciones independientemente del lugar de residencia, una política social con pleno sentido en modelos que tienden a la fragmentación territorial e institucional. En este mismo sentido ha tenido lugar el progresivo reforzamiento del ámbito local en su dimensión institucional y financiera en los países del norte y centro de la UE.
- b) Diversificación de las fuentes de financiación teniendo en cuenta la pluralidad de agentes e instituciones que tienden a confluir en la misma garantizando, en todo caso, que el copago no constituya un factor de expulsión del sistema. Por otra parte, en la mayoría de los sistemas el sector público garantiza siempre una parte mínima de las prestaciones y en su totalidad a las personas sin recursos.
- c) La acreditación de centros y servicios y la aplicación de criterios estrictos de calidad constituye un elemento central del sistema público de atención; formar parte de la red pública y poder contratar la prestación de servicios implica en la práctica totalidad de los países de la UE un conjunto de requisitos materiales, organizativos y profesionales sin los que no es posible participar en dicha red.
- d) El plan de atención, la gestión del caso, con sus exigencias de intervención multidisciplinar, diseño flexible y participación de la persona en el propio proceso de decisión son otras de las políticas dirigidas a la materialización del derecho social.
- e) Por último, hay que destacar, en relación con el plan de atención la importancia creciente de la libertad de elección por parte de la persona afectada, si bien condicionada por los recursos existentes y por las exigencias sociosanitarias que implica cada caso.

Estas tendencias de desarrollo en el diseño y aplicación de los CLD tienden a ser dominantes en el orden cognitivo, donde la convergencia es elevada, si bien su concreción institucional es muy variada con un grado de convergencia desigual.

CUADRO 1
REFORMAS EUROPEAS EN LOS SISTEMAS DE CLD.
TENDENCIAS GLOBALES DEL MODELO SOCIAL EUROPEO

Ámbitos	80-90 s	90-20 s	AVANCES	PROBLEMAS	POLÍTICAS
1. Competencias	Centralización	Descentralización	Accesibilidad	Coordinación	Garantía igualdad
2. Financiación	Pública	Mixta	Responsabilidad	Suficiencia	Diversificación fuentes de financiación
3. Provisión	Pública	▲ Mixta	Competencia	Calidad	Acreditación
4. Modelos de cuidados	Formal	▲ Informal	Personalización	Clientelización	Plan Asistencial
5. Prestaciones	Servicios	Monestarias	Libre elección	Eficacia	Elección racional condicionada

Fuente: Diseño propio.

Estos cambios institucionales, con amplia divergencia entre países, han generado un sistema institucional de CLD que refleja las ambivalencias y contradicciones del conjunto de los sistemas de protección social en la fase de contención del Estado de Bienestar y de auge de la oferta privada en sus diversas formas (mercantil y no lucrativa) modalidades (concertada o no). En el Gráfico 2 hemos tratado de sintetizar tales ambivalencias de manera esquemática y profundizando en el modelo señalado en el Gráfico 1. Por una parte, el MSE de protección social se ha modificado parcialmente, en su visión ideológica y en su práctica institucional, con variaciones entre países, debido a la confluencia de tres fuerzas que se refuerzan entre sí: contención relativa del Estado de Bienestar, extensión de la gestión mercantil de servicios públicos y creciente oferta privada para las clases medias altas patrimoniales y sustitución parcial de la idea de cobertura del riesgo social por la respuesta individual al mismo. Estos tres campos de fuerzas inciden en la calidad del sistema de protección a la dependencia.

De manera más concreta, la atención a la dependencia incorpora en mayor o menor medida tres valores diferenciados: el punto de partida que supone el reconocimiento de un derecho social y que se traduce en el MSE en el acceso universal a un sistema protector; por otra parte, la forma concreta en que se materializa dicho derecho que define su intensidad protectora y que no es reflejo sino de opciones políticas, restricciones financieras, tradiciones institucionales y formas de gestión de un sistema protector; finalmente, en todo sistema protector en cuanto está dirigido al bienestar de las personas incorpora en mayor o menor medida no sólo la satisfacción de sus necesidades sino también de sus expectativas y preferencias. La

servicios (primero religiosa y no lucrativa y en la actualidad con un mayor peso de la gestión mercantil), unido a los factores antedichos (que se resumen en la reestructuración profunda del Estado de Bienestar y el peso ideológico de la libre elección del consumidor), configuran modelos de CLD *sui generis* que, sin tener el peso político y financiero que los sistemas educativo, sanitario y de pensiones, añaden no solo un campo de valor positivo en el desarrollo de los derechos sociales sino una elevada complejidad institucional y organizativa, como nos revela el caso español en su fase actual de despliegue. En este sentido es preciso enfatizar en que la extensión de los CLD no implica solamente el desarrollo de un derecho social que supone un avance en la construcción de los derechos sociales sino también que ésta tiene lugar en el contexto institucional e ideológico de contención del Estado de Bienestar.

II. EL SISTEMA ESPAÑOL DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO SOCIAL EUROPEO

El modelo de protección social que subyace en la LEPA y, en concreto, en el sistema de autonomía y dependencia (SAAD) es una respuesta al doble déficit o fallo institucional del sistema de Seguridad Social de no haber extendido la protección social de la dependencia a las circunstancias ajenas a las enfermedades y riesgos de trabajo y también al fallo de las CC.AA. en dar respuesta eficaz a una necesidad que teóricamente está contemplada en las competencias exclusivas en la materia que recogen las diferentes leyes de servicios sociales. Si a ello sumamos el impacto que en el nuevo riesgo tiene el envejecimiento de la población (ABELLÁN y ESPARZA, 2006; PALACIOS RAMOS y ABELLÁN, 2006) y los cambios progresivos en la estructura social de los cuidados informales, el resultado es que el LEPA es una decisión política de profundas consecuencias futuras en el sistema de protección español.

Toda ley social, como es la LEPA, es el resultado de de la articulación de inercias institucionales, nuevas necesidades sociales y respuestas políticas a un problema social o una demanda implícita o explícita (CASADO, 2004, 2006). Los *principios* en que se apoya la ley española vienen recogidos en el art. 3 de la misma y básicamente son siete: se trata de un sistema público, de acceso universal, de atención integral e integrada, transversal, de atención personalizada, accesible para todos en condiciones de igualdad en todo el territorio y basado en la participación de las personas afectadas, sus familias y las entidades que les representen. La participación de las personas afectadas se destaca como un principio básico que implica una reflexión en pro-

fundidad sobre la participación y libertad de elección que abordaremos en el apartado tercero de este texto.

En base a estos principios el SAAD se estructura en torno a cinco pilares fundamentales, como hemos señalado (RODRÍGUEZ CABRERO, 2007):

a) Un pilar protector mediante el que se establece el derecho social subjetivo a la acción protectora del nuevo sistema que garantiza un mínimo protector en base a un conjunto de prestaciones sociales. Como en los distintos modelos de la UE se garantiza el acceso universal pero la intensidad protectora está condicionada ya que se garantiza un mínimo mientras que la protección final dependerá del esfuerzo realizado por la totalidad de los niveles de gobierno, de la oferta de servicios y del copago. El acceso depende de un baremo de valoración que define un grado y nivel. A la espera de una evaluación en profundidad de la aplicación del baremo sabemos, en base a los datos del Sisad, que la población valorada en el grado tres es muy superior a la prevista en el Libro Blanco de la Dependencia, si bien lo realmente importante es la concentración anormal de la población del grado 3 en el nivel 2 o superior de dicho grado lo que arroja dudas sobre la eficacia en la aplicación del baremo. La intensidad protectora, como decíamos, depende de varios factores: del nivel de protección mínimo que establece la AGE y su correspondiente aportación por la CC.AA., de la protección acordada entre la AGE y las CC.AA. y, también, de la protección adicional complementaria que cada CC.AA. puede establecer y que puede constituir un factor al mismo tiempo de mejora de la calidad de las prestaciones pero también una fuente de desigualdad en la eficacia final del sistema entre las distintas CC.AA. a falta de mecanismos correctores.

Por otra parte, la combinación entre servicios y prestaciones monetarias afecta a la eficacia de la acción protectora. En el momento actual la prioridad de los servicios prevista en la ley no se ajusta a la realidad y no sabemos aún si ello se debe a una falta de depuración de la información, a una permisividad en el reconocimiento de prestaciones monetarias por razón de elección de las personas afectadas y, quizás también, a la facilidad de gestión, a la carencia de servicios, o a una combinación de todos ellos con distinto peso en cada CC.AA. En todo caso, la opción de la ley es mixta, como reflejo de la tradición protectora en este campo (prestaciones monetarias en la Seguridad Social y servicios en la rama de servicios sociales); la prioridad de los servicios que contempla la ley, con el objetivo de potenciar una red de servicios sociales de baja cobertura, parece haber entrado de facto en los modelos europeos de CLD que tienden a reconocer el peso de la libertad de elección y donde el problema consiste en cómo combinar la libertad de elección con la eficacia protectora, como luego veremos. En todo caso, la

inversión en servicios sociales es una precondition de una mayor accesibilidad a este tipo de prestaciones.

b) El segundo pilar es la articulaci3n competencial del SAAD y el gobierno del sistema. El complejo sistema de competencias que vertebran el SAAD es reflejo del modelo de Estado quasi-federal que obliga a una gobernanza basada en la confianza pol3tica y en una cooperaci3n institucional y t3cnica rigurosa. El debate que se estableci3 en su d3a entre un modelo de Seguridad Social, basado en el art. 41 de la CE —combinando un sistema contributivo con otro no contributivo— y otro basado en la competencia exclusiva de las CC.AA. (art. 148.1.20 de la CE) en materia de asistencia social y servicios sociales, se ha resuelto con un sistema dual en el que ni Seguridad Social ni las CC.AA. tienen la competencia 3nica en la materia. Se trata de un sistema que combina la competencia de la AGE para regular las condiciones m3nimas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo a la acci3n protectora (art. 149.1.1.^a) con la competencia de las CC.AA. en materia de asistencia social y servicios sociales. En este punto debemos recordar: A) Que la Seguridad Social tiene competencias en esta materia que puede regular tanto por v3a contributiva como no contributiva. El hecho de que no existan en el sistema de Seguridad Social m3s dispositivos normativos y protectores que los actuales ni que existan previsiones de desarrollo, no quiere decir que aqu3lla no deba tener una mayor presencia en 3mbitos como la financiaci3n (una parte importante de las situaciones de dependencia tiene su ra3z en enfermedades profesionales o d3ficits funcionales con origen m3s o menos remoto en las condiciones concretas de trabajo. B) En segundo lugar, que las CC.AA. han empezado a regular en su tercera generaci3n de leyes de servicios sociales (Asturias, Cantabria, Catalu3a, Madrid, Pa3s Vasco) las situaciones de dependencia y las prestaciones de apoyo a las mismas y que, por tanto, ha sido un d3ficit protector o fallo institucional que mal hubiera casado con un sistema competencial excluyente de cualquier otro tipo de gobierno. La puesta en marcha del nuevo sistema supone todo un reto en el Consejo Territorial al ejercicio de formas de gobierno cooperativas en las que el ejercicio del derecho social en todos los territorios del Estado ser3 la barrera l3mite para el desarrollo de la autonom3a de cada actor institucional o auton3mico e, incluso, para que 3ste no limite la autonom3a, en parte ocluida, de agentes de primer nivel de gobierno, como los Ayuntamientos

c) Desde el punto de vista de la gesti3n de los servicios el SAAD se basa en una red p3blica en la que participa la iniciativa privada, mercantil y sin fin de lucro. Es un sistema mixto de provisi3n de acuerdo con la tradici3n en el sistema de servicios sociales espa3ol (“ejecutoria secular y creciente” afirma la Exposici3n de Motivos de la Ley 39/2006, de 13 de siembre) y en

consonancia con las tendencias de los modelos europeos, si bien en éstos, como en el caso español, se está produciendo un relativo desplazamiento del sector no lucrativo por el sector mercantil. El sector no lucrativo o tercer Sector tiene en la LEPA un reconocimiento simbólico superior respecto de la empresa privada (art. 16.2: “se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes (centros privados concertados) al tercer sector”), lo que no quiere decir que ello se traduzca en una inevitable preferencia ineludible a la hora de concertar un servicio. Este reconocimiento supone poner en valor la tradición solidaria de las organizaciones voluntarias en el ámbito de la dependencia (basta recordar el papel histórico de las organizaciones de personas con discapacidad o el más reciente de las asociaciones de familiares de Alzheimer o de salud mental, por mencionar algunas), al mismo tiempo que se constata un cierto temor de ceder parte de un espacio considerado como propio y que es objeto de competencia por la empresa privada, sobre todo en el ámbito residencial, que se ha articulado en los últimos años en torno a organizaciones empresariales en los que se explicita el interés en la prestación de servicios para personas en situación de dependencia.

Un ámbito a tener en cuenta, a pesar de haber quedado desdibujado en la LEPA, es la presencia del sector sanitario en el SAAD (RUIPÉREZ CANTE-RA, 2006) ya que una parte importante de las prestaciones de dependencia son sociosanitarias, de manera particular en el grado 3 de dependencia. La aplicación de las prestaciones sociosanitarias previstas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario de 2003 se ha demorado y no se contemplan en el catálogo de prestaciones sanitarias. Una mayor presencia del sistema sanitario en el SAAD parece exigible tanto en la aplicación del baremo como en la gestión de todos los casos en los que las prestaciones son mixtas.

d) El pilar de la financiación es objeto de tratamiento específico en este número monográfico de Documentación Administrativa y, por tanto, no vamos a entrar en él con profundidad, únicamente señalar su importancia y algunos de los desarrollos necesarios en el futuro (MONTSERRAT CODORNIU, 2005, 2008). En el Preámbulo de la Ley 39/2006 se señala que la financiación será “estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante corresponsabilidad de las Administraciones Públicas” y, en todo caso, “la AGE garantizará la financiación a las CC.AA. para el desarrollo del nivel mínimo de protección” de acuerdo con las competencias de esta última. Bajo este modelo existe un nivel mínimo en el que concurren la AGE y las CC.AA. con una aportación similar; otra parte bajo convenio y una última complementaria que puede aportar o no cada CC.AA., si bien en la práctica ésta no tiene otra alternativa que cubrir en su caso el coste total de un servicio o prestación.

Los problemas que plantea este modelo no son escasos y van desde la consideración de si el nivel mínimo cubre o no una parte del coste real hasta la eficacia del convenio como fórmula de financiación. Cuestión previa en todo caso es la estimación cada año del coste real del sistema en base a algunas hipótesis razonables de población beneficiaria y combinación de prestaciones económicas y servicios. A partir de este dato básico y teniendo en cuenta el gasto histórico realizado por las CC.AA. y la AGE en materia de protección social a la dependencia cabe hacer un reparto de la financiación entre Administraciones. En todo caso será necesario llegar a un acuerdo sobre un nivel mínimo suficiente para cubrir el coste de la aplicación de la ley, incorporándolo a la financiación de los servicios básicos (caso de educación y sanidad), replantear la oportunidad del convenio como método de financiación (dejándolo para otros objetivos puntuales como la inversión en servicios y programas de innovación, entre otros posibles, o sencillamente suprimiendo un sistema de elevado coste político y administrativo y baja capacidad de financiación) y, en todo caso, establecer reglas precisas de transparencia informativa para conocer el esfuerzo real de cada Administración incluido el copago.

e) Finalmente, hay que destacar el pilar de la participación de las personas afectadas, familiares, organizaciones sociales y agentes del Diálogo Social. Aunque volveremos a este punto en el apartado tercero con mayor detalle, parece necesario hacer una valoración de conjunto de este último pilar que podemos denominar de legitimación del nuevo sistema. En este punto dos son los aspectos a destacar: la participación activa de la persona afectada y en, general, de las organizaciones sociales. En lo que se refiere a la voz institucional y social la ley ha previsto dos vías de expresión de voz: un órgano consultivo tripartito y paritario de 36 miembros en el que Estado tiene 18 miembros y las organizaciones sindicales tienen 9 miembros y las organizaciones empresariales otros 9. A este órgano, expresión del Diálogo Social, se suman otros ya reconocidos y que son objeto de consulta por parte de las AAPP como son el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Estatal de la Discapacidad y el Consejo Estatal de ONG de acción social, igualmente. Tienen funciones de información, asesoramiento y formulación de propuestas. El consejo consultivo es un medio para estimular el perfeccionamiento de la acción protectora en materia de dependencia y moderar las posibles tendencias centrífugas en la aplicación del SAAD, así como para velar por la igualdad y el equilibrio territorial; por su parte, los consejos sociales mencionados canalizan las nuevas necesidades sociales en dependencia y son la voz de las personas afectadas y sus familias, voz clave en muchos colectivos con especial vulnerabilidad. El conjunto de consejos consultivos mencionados tienen en suma funciones de impulso y perfeccionamiento de

la acción protectora, pueden frenar las tendencias corporativas, grupalistas y territoriales que pueden lesionar el ejercicio de un derecho y potencian la representación de los intereses de las personas afectadas. El desarrollo de esta voz es crucial sobre todo en esta fase inicial de despegue de la ley y una vía de reforzamiento de la sociedad civil.

En definitiva, el SAAD, al desarrollar un nuevo derecho social subjetivo en un contexto de competencias compartidas, requiere de una gobernanza cooperativa, una financiación suficiente, una gestión eficiente y eficaz y un sistema de participación individual y social, pilares todos ellos que introducen una elevada complejidad en el sistema pero también nuevas oportunidades en el desarrollo de los derechos sociales bajo fórmulas de gobierno multinivel y una mayor participación de los ciudadanos y de la sociedad civil.

Dentro de los diferentes aspectos del desarrollo del SAAD la participación ocupa un lugar preeminente y como parte del mismo la libertad de elección de la persona afectada. La tesis que defendemos a continuación es que el sistema español regula un modelo de participación que va más allá de la libertad del consumidor individual, arquetipo ideológico de la sociedad de consumo en la que se tienden a confundir necesidades y deseos así como precio y valor, abriendo un espacio amplio para la participación social en el nuevo sistema del que forma parte la libertad elección individual que, en todo caso, esta condicionada o modulada de manera positiva por las exigencias de seguridad y garantía de calidad e igualdad en el sistema de prestaciones. En este sentido la definición del Plan de Atención Individual es el ámbito de conciliación de las necesidades individuales (asistencia, autonomía, libertad) con las exigencias institucionales de protección social del riesgo.

III. PREFERENCIAS INDIVIDUALES EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

1. MODELOS TEÓRICOS DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTADO DE BIENESTAR

Los modelos existentes en el MSE de participación se han hecho complejos en las dos últimas décadas como consecuencia del desarrollo de dos fuerzas encontradas: extensión de la acción colectiva en el seno del Estado de Bienestar de agentes sociales y organizaciones colectivas y, al mismo tiempo, presencia creciente del sector privado en la gestión de servicios colectivos con su correlato de libertad de elección por el consumidor. Por tanto, la participación social y la elección individual, no necesariamente incompatibles, son dos realidades en los desarrollo recientes del Estado de Bienestar.

En todos los modelos de Estado de Bienestar se produce una articulación específica de distintos agentes institucionales, sociales, profesionales y económicos en relación con las necesidades y preferencias a las que dan respuesta bajo diferentes combinaciones de representación de intereses y formas de democracia participativa. Colaboración, consenso y conflicto forman parte de los procesos de decisión y afectan sin duda alguna a la materialización concreta de necesidades e intereses colectivos y particularistas.

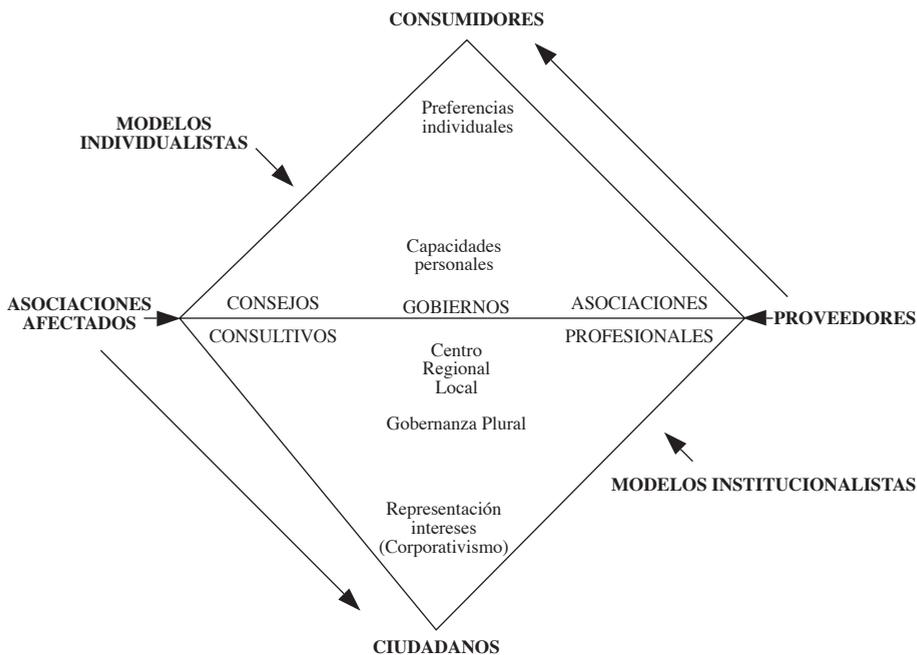
Desde el punto de vista teórico podemos diferenciar dos modelos generales de participación de forma necesariamente esquemática (ver Gráfico 3). Por una parte, los modelos individualistas que se basan en la relación entre consumidores y proveedores directamente o mediados por organizaciones de usuarios y empresarios. Este modelo requiere una mínima regulación e intervención por parte del Sector Público e ignora la acción colectiva expresada a través de sindicatos y organizaciones sociales y voluntarias. Se trata de modelos liberales de mercado político y económico en los que la combinación de Estado mínimo y máxima autonomía del mercado conforman el eje de la elección individual que no exige ni demanda formas complementarias de participación social. En este ámbito hablamos, más que de derechos, de preferencias que se satisfacen mediante la capacidad económica diferencial del usuario. Por otra parte, cabe diferenciar los modelos institucionalistas que tienen como centro al ciudadano sujeto de derechos sociales, garantizados por una activa intervención del Estado y reforzados mediante la acción colectiva en sus diferentes formas (movimientos sociales, asociaciones, sindicatos, plataformas de afectados, entre otras).

En la práctica concreta los modelos individualistas e institucionalistas no existen en forma pura en el MSE sino que forman conglomerados mixtos en los que cabe la doble participación de la persona afectada como ciudadano (a través de entidades sociales o sindicatos) y como usuario (a través de organizaciones de consumidores), del mismo modo que asociaciones de afectados y proveedores entran en relación de colaboración y/o competencia mediados por los diferentes niveles de gobierno del sector público y con la presencia de los intereses de las organizaciones de profesionales que modulan en una u otra dirección los resultados de la concertación. La complejidad de modelos tales es consecuencia, como decimos, de los distintos objetivos (necesidades-preferencias), variados intereses (mercantiles, altruistas, redistributivos, participativos) y formas de organización (asociaciones, empresas, corporaciones profesionales y organizaciones del sector público).

En este contexto la pregunta obligada es: ¿cuál es el modelo de participación y elección del SAAD? La respuesta es compleja y de manera tentativa la esbozamos a continuación de manera general (sistema de participación en el Estado de Bienestar) y, después, de manera particular con referencia ex-

presa al modelo de participación de la persona en situación de dependencia dentro de un marco general de participación social que contempla, como hemos dicho antes, la LAPAD.

GRÁFICO 3
 MODELOS DE PARTICIPACIÓN Y ELECCIÓN DE
 LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



2. NIVELES DE PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

El modelo general de participación del SAAD no es sino un desarrollo concreto del modelo de participación social e institucional que se ha construido en la rama de servicios sociales en España durante las casi tres últimas décadas. Si se prefiere es una variante del mismo y, en cierto modo, apenas podemos establecer diferencias entre la práctica participativa en la rama de servicios sociales y el modelo que define el sistema de dependencia.

Tal como se especifica en el Cuadro 2 en el sistema público de servicios sociales confluyen tres modos de participación: en el gobierno del sistema, en la gestión de los servicios y prestaciones y en la intervención concreta asistencial (FANTOVA, 2008). Los modos de participación desarrollan tres

sistemas: de gobierno o gobernanza, de producción mixta de prestaciones y servicios y de participación de los usuarios o personas afectadas. La variedad de instrumentos y herramientas que utiliza cada sistema para lograr su fin suele ser una mezcla de regulación formal y de acción informal. Así, en el ámbito de la gobernanza, además del rol central dominante de los gobiernos central y autonómico, la existencia de consejos consultivos que representan la voz de las entidades y organizaciones sociales está acompañada de ámbitos menos formalizados (voluntariado) o escasamente formalizados (asociaciones de facto de intereses y movimientos preasociativos). Por su parte, en el sistema de producción y gestión de servicios junto a la estricta regulación de los conciertos, sistemas de acreditación de centros y normas de calidad convive la atención informal no profesional y altruista con escaso nivel de organización. Por último, la intervención social es un espacio de satisfacción de la necesidad en el que lo público y lo privado, lo formal e informal, lo profesional y lo asociativo y familiar se combinan en distintas respuestas al problema o necesidad concreto.

La combinación de intereses y necesidades es fuente inevitable de tensiones y pugnas en todos los niveles mencionados. Así, en el nivel de la gobernanza la articulación de responsabilidades entre los niveles cooperativos de gobierno, AGE y CC.AA., en torno a la financiación, copago y acreditación ha sido un ámbito de conflicto, aunque limitado y gestionado, y que se reproducirá nuevamente bajo nuevas modalidades dado el sistema de multigobierno que exige una permanente construcción de la confianza institucional y del juego cooperativo para garantizar la satisfacción de las necesidades sociales. En el mismo sentido la confluencia en la gestión del sistema de dependencia de las exigencias de la democracia representativa y de la democracia participativa o asociativa, la gestión del llamado diálogo social, ofrece todo un campo de colaboración y, a veces, de conflicto. Por su parte, la provisión mixta de los servicios abre desde hace tiempo un frente latente de pugna entre la exigencia de la calidad y el coste de la misma que suele trasladarse a modalidades de empleo precario o, a un nivel más general, la tensión entre el sector mercantil y el sector voluntario por la gestión de los servicios y, en todo caso, los conflictos ideológicos que subyacen a la gestión de modelos mixtos en los que en muchas ocasiones no quedan nítidas las fronteras entre la satisfacción final de necesidades ciudadanas y los intereses de las organizaciones que gestionan servicios.

De ahí que en los modelos de intervención del espacio social europeo en materia de dependencia (PAVOLINI y RANCI, 2008) se haya asumido esta complejidad que requiere formas de gobernanza flexibles aplicables a los llamados mercados sociales bajo condiciones rigurosas de defensa nítida del derecho social, acreditación de centros para garantizar la calidad, participación social y desarrollo de buenas prácticas de intervención social.

CUADRO 2
NIVELES DE PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA PÚBLICO DE
SERVICIOS SOCIALES. DIMENSIONES, MODOS Y TENSIONES

Modalidades	Niveles	Sistema	Instrumentos	Tensiones/ Disfunciones	Intervención sociopública positiva
1. Intervención asistencial	Micro	Participación Usuarios	Formal/Informal	Politización/ Burocratización/ Clientelismo	Mercados sociales acreditados y con buenas prácticas
2. Gestión Servicios Sociales	Meso	Sistema mixto de producción	Concierto en Red pública Red pública directa Subvenciones	Calidad/ precarización Privatización/Red pública	Mercados sociales acreditados y con buenas prácticas
3. Gobierno del sistema	Macro	Gobernanza	Consejos Consultivos Sociales y Civiles	Responsabilidad pública/diálogo social-civil	Gobierno en red bajo centralidad de derechos sociales iguales

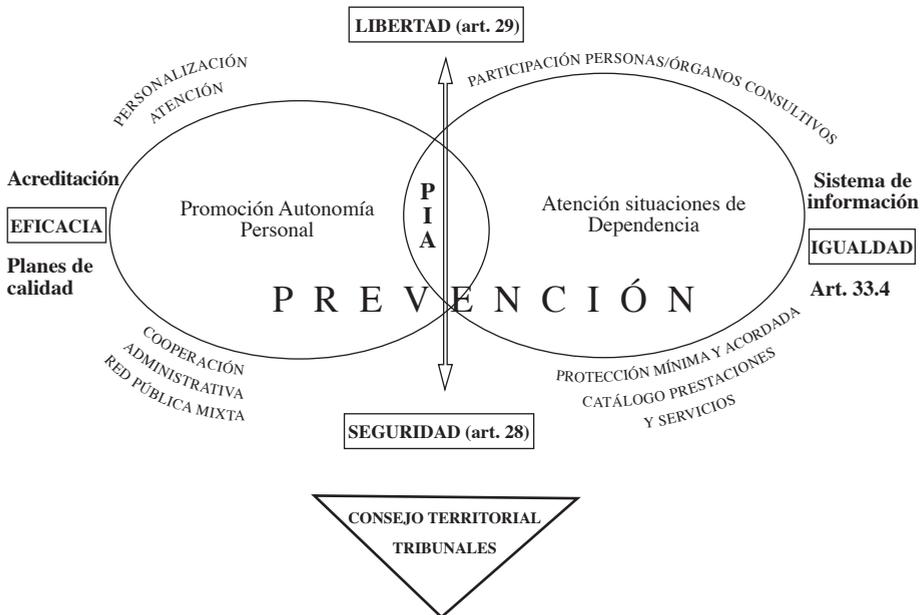
Fuente: Inspirado en F. Fontova (2008).

3. EL MODELO DUAL DE PARTICIPACIÓN Y ELECCIÓN DE LA PERSONA AFECTADA EN EL SISTEMA DE DEPENDENCIA

En este contexto de complejidad institucional de sistemas mixtos de protección social a la dependencia como los que se han generado en el MSE, es decir, un entrecruce de Estado y mercado bajo sistemas de gobierno múltiple y con fuerte presencia asociativa y corporativa, es donde cabe comprender el modelo dual de participación de la persona afectada por una dependencia y/o sus representantes en su caso, tal como contempla el modelo español de dependencia. En la práctica, el modelo español de participación tiene como objetivo garantizar al mismo tiempo la *libertad de elección* de la persona afectada y de sus familiares (reforzada por la participación colectiva o asociativa) con la *seguridad* y rigor del proceso de reconocimiento de la situación de dependencia y de definición de los contenidos protectores adecuados. La combinación de estos dos objetivos: libertad de elección y seguridad jurídica e incluso material, tiene lugar en el PIA (plan individual de asistencia) (ver Gráfico 4) que en realidad es una negociación entre profesionales, gestores y personas afectadas (y/o sus familiares) para definir un sistema de intervención, apoyado en un conjunto de prestaciones que sea lo más efectivo para la satisfacción de la necesidad mediante

una asistencia personalizada y de calidad. La definición de este sistema de intervención, necesariamente flexible y modulable en función de la persona afectada, está limitada en parte, obviamente, por la existencia de servicios y por otros posibles factores institucionales, profesionales e, incluso, geográficos. En todo caso el sector público debe garantizar al beneficiario una prestación bajo condiciones irrenunciables de igualdad, calidad y respeto a la persona de forma que no solo se atiende a una situación de dependencia sino que también contemple su contribución a la promoción de la autonomía de la persona, de la que forma parte la libertad de elección. Desde este punto de vista el debate sobre la libertad de elección es en parte un falso debate que supone la inevitable intromisión del Estado en el mundo de la libertad personal y de gestión de sus capacidades por las personas afectadas. La necesaria libertad de elección no puede ocultarnos que bajo el discurso de defensa a ultranza de la misma, sin tener en cuenta la seguridad, la calidad y la equidad, suele subyacer la ideología que defiende la retirada del sector público de la acción protectora a favor de modos de gestión privados o de formas de consumo de prestaciones cuya eficacia no es posible garantizar sin ciertas exigencias a la persona beneficiaria o a su entorno de apoyo y cuidados.

GRÁFICO 4

EL MODELO DUAL DEL SND DE PARTICIPACIÓN PERSONA
DEPENDIENTE (CAP. IV LAPDA)

IV. A MODO DE CONCLUSIONES

El modelo español de protección social a la dependencia se incardina en las tendencias protectoras del MSE. Aunque con amplias diferencias en su seno puede afirmarse que los sistemas europeos de CLD se caracterizan por la sustitución de la protección asistencial por otra de tipo universal que garantiza una cobertura del riesgo social sin menoscabo de la responsabilidad de la propia persona afectada y sus allegados y familiares. Igualmente, se trata de sistemas mixtos en cuanto a la financiación y provisión, con un peso relativo del copago que no existe, o en mucha menor medida, en los sistemas sanitarios. La importancia del nuevo riesgo, asociado en gran medida al envejecimiento de la población, supone al mismo tiempo un avance de los derechos sociales pero que, al producirse en el contexto de reestructuración del Estado de Bienestar, es en la práctica un campo de tensión entre lo público y lo privado, lo redistributivo y lo mercantil y, también, entre diferentes niveles de gobierno.

La puesta en marcha del SAAD en 2007 supone un hito en el desarrollo del Estado de Bienestar en España y todo un reto para desarrollar un sistema complejo institucionalmente que requiere no solo financiación suficiente, como los sistemas educativo y sanitario, sino también una elevada capacidad para garantizar un buen gobierno, cooperativo, participativo y eficaz que contribuya al mismo tiempo a dar respuesta al riesgo social a la vez que lograr una legitimación del nuevo sistema entre los ciudadanos.

La evaluación del nuevo sistema se producirá en 2010 cuando se disponga de un recorrido suficiente como para analizar en profundidad los problemas que se plantean en regulación, financiación y gestión. Mientras tanto el desarrollo del nuevo sistema protector requiere de una consolidación de la confianza institucional —la cooperación entre gobiernos en este ámbito puede ser fuente de buenas prácticas de gobierno multinivel, al que ha de sumarse con voz propia los Ayuntamientos—, de una financiación suficiente (lo que requiere transparencia, además de un elevado esfuerzo financiero por parte de la AGE) y de acciones comunes para reducir las desigualdades sociales y territoriales. La consolidación de la red de servicios sociales (SARASA, 2003; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, 2006) y los avances en coordinación sociosanitaria son también retos del Estado que contribuyen a la materialización eficaz de las prestaciones de dependencia.

En este contexto es posible desarrollar de manera relativamente exitosa un modelo de participación social amplio que contemple al mismo tiempo la confluencia de la fuerza reivindicativa y prestacional de las organizaciones sociales y de afectados con la personalización de la satisfacción de las necesidades individuales bajo criterios de igualdad, calidad y eficacia que pro-

porcionen una seguridad de que el derecho social está siendo protegido con efectividad.

V. BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN, A. y C. ESPARZA (2006) "Las personas mayores con dependencia". En Puyol y Abellán (2006) *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- BETTO, F., SIMONAZZI, A., VILLA, P. (2006) Change in care regimes and female migration: the "care drain" in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, vol. 16, 3.
- CASADO, D. (dir.) (2004) *Propuestas a la dependencia*, Madrid, CCS.
- CASADO, D. (2006) *Cómo abordar la dependencia funcional*. En Puyol y Abellán (2006) o.c.
- 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.
- FERRERA, M. (1996) *The Southern Model of Welfare in Social Europe*. *Journal of European Social Policy* 6 (1).
- 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.
- IMSERSO (2005), *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, Madrid, Imsero.
- 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 sustainability. *Health Working Paper*, vol. 20. Paris: OECD.
- MONTSERRAT, J. (2005), *El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo*, *Presupuesto y Gasto Público*, n.º 39/2005.
- MONTSERRAT, J. (2008) *El impacto de la ley de la dependencia en la renta de los usuarios mayores de 65 años: incidencia en el copago*. IEF, Documentos de Trabajo n.º 20/2008.
- MORENO, L. (2001) *La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo*. *Papers* 63/64.
- OECD (2005) Ensuring quality long-term care for older people. Policy Brief, vol march 2005. Paris: OECD.
- PACOLET, J. et al. (1998), *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission.
- PACOLET, J. (2006) *Protección social de personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración*. *Revista Española del Tercer Sector*, n.º 3, Mayo-Agosto.
- PALACIOS RAMOS y A. ABELLÁN GARCÍA (2006) *Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España*. En Puyol y Abellán (2006) *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- 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, n.º 3.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004) *Protección social de la dependencia en España*. Documento de Trabajo 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas.-

- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2007), *La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales*. Política y Sociedad n.º 4 (vol. 44).
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006) El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Madrid: Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 87.
- RUIPÉREZ CANTERA, I. (2006) *La atención sanitaria a las situaciones de dependencia*. Documentación Social n.º 141.
- SARASA, S. (2003) *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores*. Madrid: Fundación Alternativas.
- SOTELO, H. (2007) *Tendencias recientes en los servicios sociales europeos: algunos ejemplos paradigmáticos*. En D. Casado y F. Fantova (coordinadores): Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Madrid: FOESSA.

