

# Los modelos de atención sociosanitaria en perspectiva comparada



## Socio-health care models in comparative perspective

Viola, Analía Andrea

Analía Andrea Viola

aviola@fedea.es

Analista de investigación FEDEA, España

### Actas de Coordinación Sociosanitaria

Fundación Caser, España

ISSN: 2529-8240

Periodicidad: Bianaual

vol. 1, núm. 30, 2022

revistafcaser@gmail.com

Recepción: 27 Abril 2022

Aprobación: 16 Mayo 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/660/6603332003/>

DOI: [https://doi.org/10.48225/ACS\\_30\\_62](https://doi.org/10.48225/ACS_30_62)

**Resumen:** Los modelos de atención sociosanitaria en Europa oscilan entre sistemas de provisión universal público con menos intervención del mercado, modelos con un esquema híbrido entre provisión pública y privada y otros esquemas basados más en el sostén familiar. En la mayoría de los países la atención a la dependencia es un derecho universal mientras que, en el Reino Unido, por ejemplo, se accede a la protección previa comprobación de recursos. Los distintos enfoques de la política de dependencia a seguir en cada país han estado marcados por la historia de la política social y por la tradición preponderante. En los últimos años, existe una tendencia hacia una transición a la cobertura universal, con un marcado crecimiento de la oferta de servicios de cuidados privada, familiarización y una combinación de fuentes de financiación.

**Palabras clave:** Modelos, cuidados larga duración, dependencia, prestaciones, sociosanitario.

**Abstract:** Socio-health care models in Europe oscillate between universal public provision systems with less market intervention, models with a hybrid scheme between public and private provision and other schemes based more on family support. In most countries, dependency care is a universal right, while in the United Kingdom, for example, protection is accessed after verification of resources. The different approaches to dependency policy to be followed in each country have been marked by the history of social policy and by the prevailing tradition. In recent years, there is a trend towards a transition to universal coverage, with a marked growth in the supply of private care services, familiarization and a mix of funding sources.

**Keywords:** Models, long-term care, dependency, benefits, sociosanitary.

## 1. INTRODUCCIÓN

La atención sociosanitaria se define como “el conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria” (Cabrero & Codorníu, 2002:13)

A nivel internacional coexisten esquemas de atención sociosanitaria con características diferentes en cuanto a los servicios de atención y apoyo que brindan, las características de la población objetivo, el contexto particular en el que operan y el marco legal existente, entre otras cosas. También cada país se enfrenta con barreras financieras y trabas organizativas distintas que forman parte de su idiosincrasia.

Más allá de la diversidad de formas organizativas e intervenciones, se pueden considerar elementos comunes y definitorios de la atención sociosanitaria como por ejemplo (Ararteko-Defensoría del Pueblo, 2007): A. la combinación de una atención mixta, de la esfera de los servicios sociales y de salud, B. lograr la continuidad de los cuidados para tener un flujo continuo de estos servicios a su población, C. enfoque interdisciplinario y colaborativo de la atención y D. centrar la atención en la persona otorgándole un mayor bienestar y autonomía personal y priorizando su permanencia en su entorno social cotidiano.

La atención sociosanitaria se encuentra ligada en gran medida a la tradición protectora de cada país (Cabrero & Codorniu, 2002). Por ejemplo, aquellos países con una tradición universalista (“tipo Beveridge”) suelen tener la atención sociosanitaria más arraigada, más “naturalizada” que en comparación a los modelos de tipo Bismarkiano o de Seguridad Social. En efecto, esto nos hace remontar al contexto histórico de la política social en Europa. La orientación de la política social no ha sido uniforme para todos los países y así lo ha sido la atención sociosanitaria en donde los países disfrutaban de diferentes grados de atención y de provisión de servicios.

Para entender la historia de la política social sería útil enfocar dentro del análisis el esquema que Esping-Andersen utiliza para tal fin (Esping-Andersen, 1999). El autor presenta una diferenciación entre estado de bienestar y régimen de bienestar. Éste último identifica a aquellos modelos o tipos ideales que configuran, de un cierto modo, las políticas sociales en torno al Estado, el mercado o la familia. Por un lado, está la tradición anglosajona que entiende la política social, principalmente, como aquella dirigida hacia los más necesitados. En cambio, por el otro lado, la tradición europea comprende a la política social de manera más amplia, destacando no sólo los mecanismos de focalización hacia la pobreza sino aquéllos que conciernen al gasto público social, políticas hacia el mercado de trabajo, es decir, al conjunto de instrumentos de intervención estatal.

El objetivo de este trabajo es analizar los distintos modelos de atención sociosanitaria en Europa y sus principales características de acuerdo a una tipología y parámetros definidos para tal fin. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de dos buscadores de información, el Google Académico y el buscador de la Biblioteca de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Los criterios de búsqueda utilizados consistieron principalmente en las siguientes palabras claves: “atención sociosanitaria”, “long-term care Europe”, “Esping Andersen welfare regime typology”, “cuidados larga duración Europa”. Asimismo, los mismos trabajos y artículos encontrados constituyeron otra fuente de búsqueda propiamente dicha a través de las referencias aportadas en los mismos. Por último, también se pudo acceder a ciertos documentos impresos de gran valor para la temática utilizados con anterioridad en otros trabajos de investigación.

El siguiente artículo se estructura de la siguiente manera. En la sección 2, comenzamos haciendo una revisión histórica de la política social en Europa. Posteriormente, en la sección 3 analizamos los distintos aspectos que han marcado la consolidación y posterior debilitamiento de los regímenes de bienestar. En la sección 4, hacemos una descripción de los modelos de atención sociosanitaria existentes y el caso español comparado. Y finalmente, se exponen las conclusiones en la sección 5

## 2. MARCO TEÓRICO: LOS REGÍMENES DE BIENESTAR

Esping-Andersen clasifica a los regímenes de bienestar en 3 modelos (Esping-Andersen, 1999). El modelo liberal, el socialdemócrata y el conservador-corporativo. Éstos difieren en cuanto al nivel de protección otorgada a la población por parte de los distintos órdenes de instituciones existentes. Y es a partir de esta tipología de regímenes de bienestar como cada país ha construido su propio estado de bienestar.

Los criterios que distinguen un determinado régimen de bienestar de otro son la calidad y monto de los servicios como así también la cantidad y monto de las transferencias. La intensidad con que se utilicen estos criterios indica el camino a seguir de la política social, incidiendo sobre las condiciones y estrategias de vida. Además, otra característica importante para diferenciar los distintos regímenes ha sido el papel que ha tenido el Estado y la sociedad frente a los riesgos sociales. Es decir, quién se hace cargo (mercado, Estado o familias) de afrontar los riesgos derivados de la inestabilidad en el mercado de trabajo, de los cambios en las conductas de las familias (la inserción de la mujer en el mercado de trabajo, la atención a la dependencia y la repercusión sobre el cuidado infantil), accidentes, enfermedades, etc.

Hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX, la ideología liberal marcaba el rumbo de la política social. Se propiciaba un Estado no interventor, su rol debía restringirse a garantizar y favorecer la libre iniciativa y el mercado libre. La orientación de la política social era residual, el Estado no protegía al conjunto de la ciudadanía frente a los avatares del mercado. Son los países anglosajones como USA, Inglaterra, Australia y Canadá los que se han ubicado dentro de este marco conceptual o modelo liberal.

La provisión de servicios sociales, los seguros de salud, hacia la vejez, de desempleo, la legislación laboral, las políticas directas, las dirigidas hacia la pobreza, etc., han impactado en la determinación del nivel de vida dependiendo de su grado de universalidad y del nivel de protección de las instituciones frente a los riesgos sociales.

En palabras de Esping-Andersen, los Regímenes de Bienestar Liberales reflejan un compromiso político tendientes a minimizar el Estado, individualizar los riesgos y promover soluciones de mercado, impactando negativamente sobre la totalidad de los derechos ciudadanos. En estos regímenes, el mercado actúa como sostén institucional ante la ausencia de un papel activo del Estado en la economía. La atención de los programas sociales es de carácter focalizado, accediendo únicamente a los beneficios de la asistencia social los sectores más privados de recursos. Es así como el individuo por sí solo se encarga de enfrentar los cambios derivados del funcionamiento del mercado, dejando al Estado enfrentar los riesgos sociales que padece la población más desprotegida. En este sentido la política social liberal es asistencial.

En los Regímenes Socialdemócratas, el Estado provee de manera universal los servicios de salud, educación, seguros de desempleo y seguridad social, entre otros. La orientación de la política social es protectora de las leyes del mercado. Los regímenes socialdemócratas se comprometen a atender las necesidades de los individuos en forma plena, preponderando el papel del Estado frente a la cobertura de las contingencias que perjudican el bienestar de la población (incapacidad laboral, enfermedades, accidentes, etc.). Contrario a los modelos liberales, los regímenes socialdemócratas han intentado suprimir la dependencia del mercado en la economía, sociabilizar los riesgos y crear un marco regulatorio adecuado que permita proteger a la población frente al predominio del mercado.

Los seguidores de este enfoque han sido los países escandinavos cuyo propósito ha sido promover la igualdad de todos los ciudadanos en la recepción de subsidios de vejez o la cobertura de enfermedad, suministro de prestaciones y el cuidado de los niños, los mayores y los necesitados.

Por último, aquellos modelos intermedios se clasifican como Modelos Corporativos – Conservadores, destacando dos puntos esenciales que son, la segmentación, de acuerdo a la posición ocupada en el mercado de trabajo y el nivel de familiaridad. Dentro de este enfoque se encuentran algunos países de Europa continental como Italia y Alemania. Las reglas de acceso a la salud, educación etc., tienen llegada universal al estilo socialdemócrata pero la protección social se da en base a las relaciones laborales que se establecen en torno a la figura del padre-proveedor o jefe de familia. En este modelo la responsabilidad del bienestar de los individuos no recae en el mercado (rol marginal), tampoco en el Estado (rol subsidiario) sino que se apoya fundamentalmente en la familia (rol central). Los modelos corporativos – conservadores al igual que los modelos liberales resaltan el enfoque de la asistencia social sobre los derechos ciudadanos. Los derechos de acceso se dirigen a un determinado grupo según su participación en el mercado laboral. La política social es

entonces residual desde el punto de vista de la atención de las fallas originadas en las familias en este caso y no en el mercado como en el régimen liberal.

### 3. LA CONSOLIDACIÓN Y CRISIS DE LOS MODELOS PROTECTORES EN EUROPA

La consolidación de los modelos protectores a mediados de la década del 40 ocurría después de un largo proceso de estancamiento originado en la crisis de los años 30. El surgimiento de determinados riesgos económicos como la recesión, caída de la demanda laboral, amplio desempleo, pérdida de competitividad, crecimiento lento de los países europeos con respecto a Estados Unidos, y riesgos sociales tales como cambios en la estructura laboral familiar (aumento de la participación femenina) ante la mayor inseguridad en el mundo del trabajo, solicitaba un modelo de bienestar diferente que tomara en cuenta las nuevas necesidades y demandas de la población (Cortés & Marshall, 1993).

El modelo de intervención estatal que prevaleció en Europa Occidental después de la Segunda Guerra Mundial, se centró principalmente en el rol de las instituciones que protegían al trabajador frente a las contingencias. La política laboral propiciaba la permanencia en el empleo, el pleno empleo y legitimaba la negociación colectiva en la determinación del salario. Las modalidades que ha adoptado la política social en esta etapa histórica son heterogéneas, dependiendo del grado de universalidad de los servicios sociales, de las transferencias, de las protecciones sociales y del carácter privado – público de las instituciones. En cada país, se produjeron diversas combinaciones de los instrumentos de intervención social, que impactaron principalmente en el acceso a los bienes y servicios colectivos como así también en la seguridad social (Cortés & Marshall, 1993 & Belmartino, 2002).

La consolidación de los modelos protectores de Europa Continental, después de la Segunda Guerra Mundial, significó la extensión de un sistema de seguro social existente en relación con el mantenimiento del ingreso y el cuidado de la salud. Permitió la inclusión de aquella población no cubierta anteriormente y construyeron programas de ingreso mínimo para aquellos grupos que no pueden adherirse al sistema de seguro social. Es así como un elemento de universalismo (diferente entre los países) ha acompañado el modelo dominante de seguros (Esping-Andersen, 1997).

A mediados de la década del 70, se comienza a percibir un debilitamiento del modelo de acumulación vigente hasta ese entonces en Europa Occidental. En un mundo donde los cambios tecnológicos y la apertura al comercio internacional se imponían, ese sistema de producción en masa requería de adecuados cambios para seguir funcionando y enfrentar naturalmente la competencia externa. El nuevo paradigma industrial construido sobre la base de tecnologías innovadoras, enfatizaba las competencias individuales profundizándose las desigualdades salariales y eliminando así la relativa homogeneidad imperante en el fordismo (Belmatino et al., 2002).

La configuración del Estado de bienestar de posguerra promovía mayor seguridad en el empleo y en los ingresos y concentraba sus esfuerzos en alcanzar el pleno empleo. Pero la transición hacia una sociedad avanzada transformó la orientación de la intervención estatal. Por ejemplo, la crisis del modelo protector británico estuvo relacionada con el fracaso para sostener el compromiso de pleno empleo, como así también vinculada con la imposibilidad de garantizar un adecuado nivel de las transferencias como suplemento de los bajos ingresos y los beneficios ya establecidos. En la etapa de consolidación de las políticas sociales, Inglaterra se asemejaba a la tradición socialdemócrata en cuanto a la creación de programas de base universal, la conformación de un sistema nacional del cuidado de la salud y el objetivo de pleno empleo. En cambio, durante los años 80, la política social británica se fue asentando gradualmente sobre la ideología neoliberal a través de la privatización y la desregulación de los espacios sociales públicos y la preferencia hacia la focalización. Los beneficios por maternidad y enfermedad fueron transferidos al ámbito privado, los subsidios a las viviendas municipales fueron eliminados, las pensiones estatales fueron privatizadas y las pensiones privadas y los seguros de salud fueron atendidos a través de exenciones impositivas (Esping-Andersen, 1999).

Durante la crisis del Estado benefactor francés, los distintos regímenes sociales han experimentado cambios, que se han relacionado con el heterogéneo compromiso asumido por estas instituciones. Pero además de ello, la declinación de la participación de las contribuciones patronales con respecto al gasto público social y la instauración de un impuesto especial sobre la contribución social personal generaron un impacto en la estructura de financiación. El sistema de pensiones para adultos se ha construido, durante la posguerra, sobre la base de un principio de solidaridad intergeneracional, en donde la población activa cede parte de su ingreso para atender a la población adulta mayor. Pero a mediados de los años 80 este sistema presentó síntomas de debilitamiento ante la disminución de la participación de los salarios sobre el ingreso total y los cambios demográficos latentes. Se han formulado entonces diversas alternativas como la instauración de fondos de pensiones a través de un sistema de capitalización de ahorros. Los beneficios hacia las familias tuvieron como eje el apoyo hacia los niños y los seguros de desempleo se dirigieron hacia situaciones de desempleo friccional y no de largo plazo. Por último, la legislación laboral contempló la creación de un Ingreso Mínimo de Inserción para aquellos que no pudieran ingresar al mercado de trabajo (Boyer, 2002).

El retroceso de la seguridad social en los países del sur de Europa debe encontrarse en factores estructurales, sociales como políticos. Entre los primeros se hallan el nivel de desarrollo económico, las estructuras familiares, las características del mercado de trabajo y la migración. Los segundos se relacionan con la conformación de grupos de interés que protegen los beneficios de sus miembros. Como explica Gough (2000), los cambios que se produjeron tanto económicos, sociales y demográficos fueron transformando los modernos estados de bienestar. Estos acontecimientos se han relacionado con el envejecimiento de la población y el aumento de las tasas de dependencia, el crecimiento del desempleo y la incorporación de nuevas formas de trabajo, cambios en el rol de la mujer y la aparición de familias no tradicionales, presiones para reducir el gasto público y la adaptación de la política social a los requerimientos de la competencia económica.

#### 4. LOS MODELOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN EUROPA

El envejecimiento de la población marcó un hito en los pilares de los estados de bienestar en Europa. Los mismos han tenido que adaptarse para atender a las necesidades de las personas con falta de autonomía personal (De la Fuente Robles & Sotomayor Morales, 2015).

Los países europeos han abordado este tema desde diferentes ángulos ya sea a través de un mayor presupuesto público hacia los cuidados de larga duración o impulsando otras acciones específicas a nivel sanitario, social, urbanístico y residencial para este colectivo con mayor dependencia funcional (Gaymu, Ekamper & Beets, 2007). Los modelos van desde sistemas altamente integrados dependiendo principalmente de la provisión pública con una limitada injerencia privada a sistemas más privatizados donde el rol de la familia es preponderante y el papel del sistema público es más residual (Costa-Font & Zígante, 2014).

A modo de ejemplo en materia presupuestaria, podemos ver en el Gráfico 1 algunas diferencias entre los países de la OCDE respecto del gasto en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB. En los países nórdicos (Noruega, Suecia y Dinamarca) y los Países Bajos, el gasto total oscila entre 2,5% y 3% del PIB mientras que en los países mediterráneos como España e Italia dicho gasto no supera el 1%. Incluso en países como Hungría y Grecia, el gasto es menor entre 0,1% y 0,2. Nótese que el Reino Unido se encuentra en un punto intermedio entre los países nórdicos y los del sur de Europa con una participación del gasto de cuidados de larga duración en el PIB de 1,8%. De alguna manera, estos datos reflejan el grado de intervención del sector público en los países del norte de Europa frente a los sistemas más familiaristas en el sur de Europa o posiciones más intermedias y mixtas como el caso del Reino Unido.

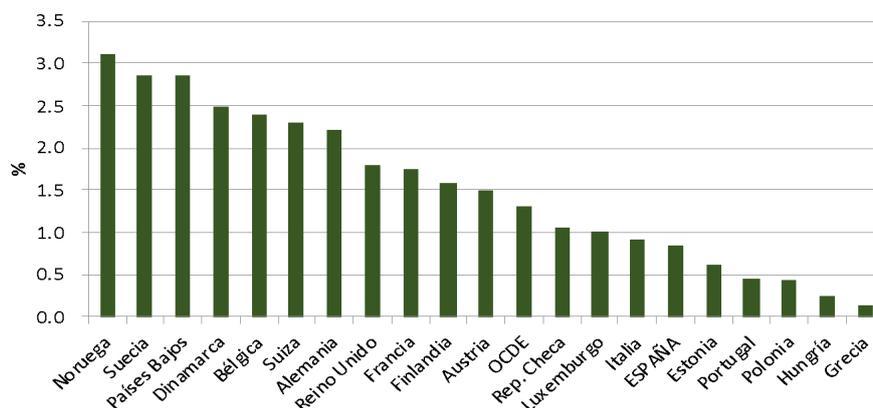


GRÁFICO 1:

Gasto total en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB. 2019. Países OCDE seleccionados en base a OECD stat.

En síntesis y para tener una visión general de los sistemas más conocidos en Europa, se puede distinguir 4 grandes modelos de protección que coexisten a nivel internacional con sus distintas especificidades (Quintero Lima, 2007; Cabrero, 2011), a saber:

1. El modelo anglosajón, siendo en Europa el caso representativo el del Reino Unido.
2. El modelo nórdico incluyendo también a los Países Bajos.
3. El modelo continental donde figuran por ejemplo Bélgica, Alemania y Francia.
4. El modelo mediterráneo especialmente los casos de Italia y España.

También es útil como señala Quintero Lima (2007) definir algunos parámetros de análisis para facilitar la comparación entre los distintos sistemas de protección social propuestos anteriormente. Aquí se proponen 5 elementos claves:

1. Contexto institucional: identificar si las personas dependientes gozan de un derecho universal o bien estén sujetas a una comprobación previa de recursos para poder acceder a la protección.
2. Población cubierta: qué tipo de sujeto es protegido, ya sean personas en situación de dependencia en general o bien si está dirigido hacia aquellas personas con discapacidades más severas.
3. Tipo de prestación brindada: se pueden otorgar prestaciones de servicios como atención a domicilio, teleasistencia, etc. como prestaciones económicas (subsidijs para la persona dependiente, para los cuidadores informales o bien una combinación de ambos tipos de prestaciones).
4. Proveedor de los servicios/sistema de gestión: puede ser una provisión mixta del sector público con el privado, cuál es el rol de la familia en la atención de la dependencia y la intervención del mercado, entre otras.
5. Financiación y tipo de coste compartido: sistema descentralizado, en base a impuestos, tipo de esquema de seguro social obligatorio, gobierno central. Tipo de copagos que existe y como se distribuyen.

## EL MODELO ANGLOSAJÓN: REINO UNIDO

### *Contexto institucional*

El caso inglés consiste en un modelo dual dado que la protección sanitaria se construye sobre los cimientos de un modelo “Beveridge” de cobertura universal, pero con una atención de tipo asistencial hacia la dependencia o cuidados de larga duración (Cabrero, 2011).

Asimismo, la protección otorgada a la dependencia está sujeta a la comprobación de recursos. Es decir, es un sistema tipo “red de seguridad” que solo se apoya en aquellos con necesidades muy severas que no pueden cubrir los costes de su cuidado (Comas-Herrera et al., 2010a).

En resumen, la idea detrás del sistema de protección de los cuidados de larga duración sitúa la responsabilidad principal de los componentes no relacionados con la atención médica hacia las personas y las familias. Por otra parte, las personas con ingresos por debajo del nivel de medios comprobados reciben fondos públicos de asistencia social y el sistema también direcciona los servicios a las personas que viven solas y no reciben ningún tipo de cuidado informal (Comas-Herrera et al., 2010b).

#### *Población cubierta y tipo de prestación brindada*

Las prestaciones bajo el modelo inglés se corresponden tanto con prestaciones monetarias para las personas dependientes y personas con discapacidad como a ayudas a los cuidadores informales familiares. En efecto, los beneficios monetarios como el subsidio de asistencia y el subsidio de vida por discapacidad desempeñan un papel fundamental dado que cubren más del 27% de la población de 65 años o más en Inglaterra (Jiménez & Viola, 2019).

Toda la cartera de servicios que otorga el sistema de protección inglés se realiza bajo una estricta comprobación de medios o de recursos y suele ser focalizada hacia las personas con mayores necesidades.

#### *Proveedor de los servicios/sistema de gestión*

La provisión de los servicios formales es responsabilidad tanto del gobierno local como el nacional. Los gobiernos locales brindan atención financiada con fondos públicos, como ya mencionamos, a quienes superen una evaluación de necesidades y prueba de medios.

En general, la mayoría de los servicios son prestados por proveedores privados, siendo un 86% organizaciones con fines de lucro y un 14% entidades sin fines de lucro. Los proveedores de atención residencial tienen la opción de aceptar residentes financiados con fondos públicos o no (Dyer et al., 2019).

#### *Financiación y coste compartido*

El nivel de financiación varía entre las distintas áreas. El gobierno central decide cuánto reciben las autoridades locales para la atención sociosanitaria y en qué deberán destinar esos fondos. Para aquellas personas no elegibles por los fondos públicos (a través de la prueba de recursos), los servicios son financiados de manera privada (familia, amigos, etc.). De esta manera, el usuario puede pagar casi la totalidad del coste de atención sujeto a su comprobación de recursos.

En el ámbito de la atención residencial, un poco más del 40% de los que requieren servicios de cuidados en este sector son autofinanciados. Alrededor de un 37% están totalmente financiados por autoridades locales y un 11% parcialmente financiados. Por último, un 10% de la población en el sector de atención residencial tienen necesidades de salud complejas y es financiado por el Servicio Nacional de Salud británico (Trigg, 2018).

## EL MODELO NÓRDICO

### *Contexto institucional*

Para los países que conforman este modelo (Dinamarca, Suecia, Finlandia y también se considera a los Países Bajos), la protección otorgada a la atención sociosanitaria adquiere el carácter de derecho universal al igual que los servicios de salud. Es decir, son sistemas de cobertura universal (sin comprobación previa de recursos como el caso del Reino Unido) descentralizados donde los servicios sociales son provistos principalmente por los municipios (Cabrero, 2011).

Para los Países Bajos, la responsabilidad mayoritaria de los cuidados de larga duración es del gobierno central que cubre tanto el cuidado en el hogar como en instituciones. Solamente se ha delegado la prestación de ayuda a domicilio para actividades domésticas a los municipios en 2007 dentro del proceso de descentralización (Schut et al., 2013).

#### *Población cubierta y tipo de prestación brindada*

En el modelo nórdico la población a atender se centra tanto en todos aquellos mayores que necesitan cuidado sin distinción de grado de severidad como en la población con discapacidad. Además, el tipo de prestaciones preponderante es a través de la financiación de servicios de cuidado.

Por ejemplo, en Dinamarca, la atención hacia los mayores se realiza a través de la financiación en centros residenciales o cuidado institucional en general, viviendas especiales con la ayuda de enfermería y servicios a domicilio. Asimismo, en Suecia también se contempla el derecho de libre elección del tipo de cuidado a través de una variada oferta como asistencia a domicilio de todo tipo (asistencia médica en domicilio, teleasistencia, etc.), centros de día o bien centros residenciales Quintero Lima (2007).

En Suecia, los beneficios financiados con fondos públicos cubren instituciones, atención domiciliaria, centros de día, provisión de dispositivos de asistencia y apoyo a los cuidadores informales. (OECD, 2011b). En Finlandia, además de incluir en su cartera los tradicionales servicios que ofrece el resto de países nórdicos, ciertos municipios proporcionan “vouchers” financiados con fondos públicos para los servicios de cuidado ya sea para pagar los servicios prestados por cuidadores formales (no se puede utilizar para pagar a los cuidadores informales) en instituciones del sector privado o sin fines de lucro avalados por los municipios (OECD, 2011c).

#### *Proveedor de los servicios/sistema de gestión*

En los últimos años, los modelos nórdicos han permitido cambios para que coexistan tanto la provisión pública como privada, dando lugar a formas mixtas de socialización, familiarización e individualización del riesgo de dependencia para dar respuesta a los nuevos desafíos de los estados de bienestar.

En Dinamarca, desde el año 2003 se estableció la libre elección del consumidor de los servicios y las autoridades locales han permitido que los proveedores privados ingresen en el mercado, cumpliendo los estándares de calidad establecidos por los mismos municipios (OECD, 2011a).

Por otra parte, en Suecia, la provisión de los servicios se realiza a través de una combinación de proveedores públicos y privados. Desde 2009, Suecia ha fomentado la prestación de servicios privados y la competencia en proveedores con el fin de estimular la rentabilidad y la calidad (OECD, 2011b).

#### *Financiación y coste compartido*

En general, en los distintos países nórdicos la financiación de los servicios sociales y de salud se realiza mayoritariamente a través de los impuestos generales. En cambio, en los Países Bajos la gran mayoría proviene de las cotizaciones a la seguridad social.

En Dinamarca, la atención sociosanitaria se financia a través de los impuestos generales en un 90% y se proporciona predominantemente de forma gratuita. Los servicios están financiados por las autoridades locales mediante subvenciones en bloque del gobierno federal, impuestos locales y transferencias de otras autoridades locales (Dyer et al., 2019).

En Suecia, la mayoría de los servicios sociosanitarios se financian a través de impuestos municipales locales en un 85% (del total del gasto en cuidados de larga duración), un 12% del gobierno nacional y el 4% de los usuarios (OECD, 2011b). Por otra parte, en los Países Bajos, el 90% de la financiación proviene de las cotizaciones a la Seguridad Social (60%) e impuestos (30%), siendo el 10% restante a cargo de los usuarios.

En general, en los Países Bajos, Dinamarca y Suecia al menos el 90% del coste es cubierto por el sector público para todos los niveles de necesidad, siendo baja la participación del usuario en la financiación del coste del servicio. En este sentido, los sistemas de copago en Suecia y Países Bajos están relacionados con los ingresos hasta umbrales definidos por una cierta cantidad “reservada” (Jiménez & Viola, 2019).

## EL MODELO CONTINENTAL

### *Contexto institucional*

En este modelo se incluyen aquellos países que forman parte de los regímenes corporativos-conservadores como, por ejemplo, Austria, Alemania y Francia[2]. Estos países han puesto en marcha sistemas de cobertura universal en los años 90 en una primera etapa garantizando unas prestaciones básicas y posteriormente en una segunda etapa dando apertura a formas de mercantilización de libre elección (Cabrero, 2011). De esta manera, al igual que en el modelo nórdico no se requiere de ninguna comprobación de medios para poder acceder a los beneficios (o solamente se requiere para determinadas ayudas sociales).

### *Población cubierta y tipo de prestación brindada*

En Alemania, el paquete de atención se enfoca generalmente en el cuidado personal. Los usuarios y sus familias suelen negociar con los proveedores de servicios sobre el tipo de paquete y las condiciones en las que se otorgan. Una vez acordado el paquete de cuidados, los usuarios y sus familias firman un contrato con el proveedor de atención que confirma los arreglos establecidos. También el beneficiario puede optar por prestaciones en efectivo, aunque en este caso el pago del seguro es inferior al otorgado por el cuidado formal “en especie” (Degavre et al., 2012). En este sentido, una mayoría de usuarios optan por combinar un pago parcial en efectivo con algunos servicios formales en especie.

En Francia, el seguro público de salud cubre los servicios de salud a los pacientes que requieren cuidados de larga duración debido a una condición médica crónica o aguda. Estos incluyen servicios de salud prestados en instituciones y cuidados de enfermería a domicilio (OECD, 2011d). Asimismo, como complemento a este apoyo se encuentra la prestación para la autonomía que otorga beneficios económicos adicionales hacia los mayores de 60 años que no pueden llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

### *Proveedor de los servicios/sistema de gestión*

En Alemania, los servicios de cuidado formal son prestados casi en su totalidad por proveedores privados (97%) con y sin fines de lucro que han sido contratados con fondos del seguro de la dependencia. Además, los proveedores de cuidados en establecimientos semi-residenciales son en su gran mayoría también privados y las organizaciones sin fines de lucro representan más de la mitad de dichos establecimientos. En el caso de las prestaciones en especie, solo son proporcionadas por aquellas organizaciones que están autorizadas y contratadas por el seguro de la dependencia (OECD, 2011e).

En Francia, la provisión también es predominantemente privada y el mercado del seguro privado de dependencia se encuentra muy desarrollado, siendo el segundo mercado en tamaño después de Estados Unidos. En este sentido, la participación de los seguros privados de dependencia representa el 45% del mercado en Francia (OECD, 2011d).

### *Financiación y coste compartido*

Estos modelos se rigen, basados en los sistemas tradicionales de Seguridad Social bismarkianos, en un esquema de seguro social obligatorio para financiar su atención sociosanitaria. En el caso de Alemania la financiación del sistema se realiza a través de un sistema de seguro de dependencia. En Francia, la atención a la población dependiente ya sea en instituciones o en el hogar se brinda principalmente a través del seguro público de salud y a través de una prestación para la autonomía (OECD, 2011d).

En estos sistemas, la participación del usuario es relativamente importante en el coste total de la atención. En Alemania, los beneficios para la población dependiente tienen un límite determinado y el subsidio se completa con ayudas sociales a nivel local sujeta a comprobación de medios. En Francia, el coste compartido por el usuario puede ser muy variable y va desde el 0 al 80% del coste total.

## EL MODELO MEDITERRÁNEO: ESPAÑA E ITALIA

### *Contexto institucional*

En España, el sistema de atención a la dependencia conocido como SAAD entró en funcionamiento en el año 2007 a partir de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 del 14 de diciembre). A diferencia del período anterior a la reforma, donde la atención estaba condicionada a los recursos, la introducción del SAAD universalizó el acceso a la atención, independientemente de la edad u otras características demográficas. De esta manera, la Ley de Dependencia se planteó como una vía para racionalizar y promover los servicios de atención al dependiente y otorgar un marco financiero más estable (Jiménez et al., 2016).

En Italia, los servicios de salud se garantizan con carácter gratuito en base a mecanismos de solidaridad mientras que la atención de las personas mayores se ha enfocada hacia dos niveles de asistencia: servicios sanitarios de distritos locales que garantizan en domicilio para las personas con movilidad reducida y la asistencia de mayores no autosuficientes en establecimientos especializados (Quintero Lima, 2007). Italia es considerada como un sistema con un alto grado de descentralización y fragmentación institucional de la dependencia (Tediosi & Gabriele, 2010).

#### *Población cubierta y tipo de prestación brindada*

Las prestaciones económicas predominan en este modelo. En efecto, en España el conjunto de prestaciones económicas representa entre un 40-50% del total de prestaciones (económicas y de servicios). Además, el sistema español ofrece un conjunto de prestaciones de servicios destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, apoyos de atención domiciliaria, centros de día y residencia de mayores está condicionado a la puntuación obtenida en una escala de valoración que considera la edad, el estado de discapacidad, los recursos económicos y la situación familiar.

En Italia los servicios formales de atención domiciliaria son relativamente subdesarrollados. En este contexto, el núcleo del apoyo a las personas con necesidades de atención social se cubre a través de asignaciones en efectivo (Degavre et al., 2012). El principal subsidio en efectivo para personas discapacitadas se llama “subsidio de acompañamiento” y por otra parte el “subsidio de cuidados” es otra ayuda que se instauró posteriormente a favor de quienes cuidan a una persona discapacitada que no es autosuficiente en el hogar. La diferencia entre estos dos subsidios radica que el primero es solicitado, reconocido y pagado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social mientras que el segundo es administrado por el municipio.

#### *Proveedor de los servicios/sistema de gestión*

Las familias en Italia y España constituyen el pilar central del sistema de apoyo para las personas mayores con necesidades de atención social. En Italia, los servicios de atención a la dependencia son provistos tanto por el sector público como el privado acreditado para brindar servicios de salud y asistencia social personal, siendo las regiones las responsables del control de calidad de los proveedores privados acreditados (Tediosi & Gabriele, 2010).

En el caso español, también existe una tendencia a la externalización de la provisión del servicio a través de distintas formas de colaboraciones público-privadas como contrataciones públicas y sistema de conciertos. En este sentido, se establece en el artículo 14 de la Ley de Dependencia que las prestaciones de servicios se proveerán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados (CEE, 2020).

#### *Financiación y coste compartido*

En este modelo priman varias fuentes de financiación para hacer frente a la atención de los mayores, entre una combinación de financiación pública, copagos y cotizaciones. En España, el sistema está financiado con impuestos y regionalmente descentralizado. Está fundamentado en tres pilares: aportación del Gobierno Central, aportación de las CCAA y, finalmente, copagos de los usuarios. Efectivamente, en los artículos 32 y 33 de la Ley 39/2006 figuran los tres niveles participantes en la financiación del SAAD.

En primer lugar, la Administración General del Estado asumirá la financiación del nivel mínimo de protección[3] que serán fijados anualmente a través de los Presupuestos Generales del Estado. En segundo

lugar, las comunidades autónomas aportarán al menos una cantidad igual a la prevista por la Administración General del Estado en el nivel de protección mínimo acordado y además podrían definir otros niveles de protección para sus residentes. Por último, los beneficiarios de las distintas prestaciones participarán en el coste de estas en función de sus recursos económicos, aunque ningún ciudadano quedará desprotegido por no disponer de capacidad económica suficiente (artículo 33.4).

En Italia, existe la presencia simultánea de 4 fuentes de financiación operando de manera independiente: a. el Ministerio de Salud en lo referido al componente de atención médica, b. el Ministerio de Políticas Laborales y Sociales contribuyendo al componente socio-asistencial, c. El Instituto Nacional de la Seguridad Social financia principalmente las prestaciones económicas (como se mencionó anteriormente) y finalmente d. las autoridades regionales y municipales para distintos tipos de cuidados en especie o servicios (Tur-Sinai & Lamura).

## 5. CONCLUSIONES

Los modelos de atención sociosanitaria descritos nos permiten tener una visión general de cómo se constituyen y qué elementos comunes y disímiles presentan para poder compararlos y posicionarnos en el debate. A modo de resumen, distinguimos en este trabajo 4 modelos de atención: 1. El modelo anglosajón, 2. El modelo nórdico, 3. El modelo continental y 4. El modelo mediterráneo. Para poder facilitar la comparación entre los mismos, definimos 5 parámetros de análisis, a saber: a. Contexto institucional, b. Población cubierta, c. Tipo de prestación brindada, d. Proveedor de los servicios/sistema de gestión y por último e. Financiación y tipo de coste compartido.

Como ya hemos visto, la atención sociosanitaria se encuentra supeditada en gran medida a la tradición de la política social llevada a cabo en cada país. Y esto nos ha hecho remontar a los orígenes de la política social de posguerra, a su desarrollo, consolidación y posterior debilitamiento de los regímenes de bienestar. Este debilitamiento estuvo relacionado sobre todo con el envejecimiento de la población que hacía pensar en iniciativas de ajustes de dichos modelos para poder atender a una demanda creciente de cuidados de larga duración.

Los distintos modelos de atención que coexisten en Europa pueden tener una intervención pública más dominante como en el caso del modelo nórdico, modelos con un esquema híbrido entre provisión pública y privada como el modelo continental y sistemas más familiaristas como en el modelo mediterráneo. Asimismo, en la mayoría de los países la atención a la dependencia es un derecho universal mientras que, en el Reino Unido, por ejemplo, se accede a la protección previa comprobación de recursos. En los últimos años, existe una tendencia hacia una transición a la cobertura universal, con un marcado crecimiento de la oferta de servicios de cuidados privada, familiarización y una combinación de fuentes de financiación.

Los distintos enfoques de la política de dependencia a seguir en cada país han estado marcados por la historia de la política social y por la tradición preponderante. Por ejemplo, en los modelos familiaristas donde atención familiar es más frecuente, puede incentivarse mayores subsidios monetarios que permiten al usuario adquirir el conjunto de servicios deseado o en su caso apoyarse en la figura de los cuidadores no profesionales o informales (Costa-Font, 2010). De esta manera, dependiendo del nivel de posicionamiento del rol del estado o la familia, cada país puede seguir un determinado tipo de política.

Más allá de las diferencias de atención sociosanitaria, en la actualidad la mayoría de los países europeos experimentan similares desafíos en la mejora de sus servicios como, por ejemplo, la falta de compromiso e integración de los servicios sociales y de salud, dificultades para adaptar los servicios a las necesidades y deseos de la persona mayor y aspectos como la falta de gobernanza, rendición de cuentas y liderazgo (de Bruin et al., 2020).

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Ararteko-Defensoría del Pueblo (2007), “Atención sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos, Informe extraordinario de la institución del Ararteko-Defensoría del Pueblo al Parlamento Vasco, Centro de Documentación y Estudios, Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa, Abril.
- Belmartino, S., Levín, S., & Repetto, F. (2001). Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso. *Revista Socialis*, 5.
- Boyer, R. 2002, “Is there a Welfare State Crisis? A comparative study of French Social Policy, OIT.
- Cabrero, G. (2011), “Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 29, Núm. 1, Pág.13-42.
- Cabrero, G. & Codorníu, J. (2002), “Modelos de atención sociosanitaria, una aproximación a los costes de la dependencia”, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- CEE (2020), “El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, Consejo Económico y Social España, Informe 03/2020.
- Comas-Herrera, A. et al. (2010a), “The long-term care system for the elderly in England”, ENEPRI Research Report 74, Contribution to the WP 1 of the Ancien Project, May.
- Comas-Herrera, A., Wittenber, R. & Pickard, L. (2010b), “The long road to universalism? Recent development in the financing of long-term care in England”, *Social Policy & Administration*, Vol. 44, No. 4, Pág. 375-391, Agosto.
- Cortés, R., & Marshall, A. (1993). Política social y regulación de la fuerza de trabajo. *Cuadernos Médico Sociales*, (65-66), 3-12.
- Costa-Font, J. (2010), “Family ties and the crowding out of long-term care insurance”, *Oxford review of economic policy*, 26(4), 691-712.
- Costa-Font, J., & Zigante, V. (2014), “Long Term Care Coverage in Europe: A Case for ‘Implicit Insurance Partnerships.’”, *LSE Health*, 37.
- De Bruin SR, et al. (2020), “Different Contexts, Similar Challenges”. *SUSTAIN’s Experiences with Improving Integrated Care in Europe*. *International Journal of Integrated Care*, 2020; 20(2): 17, 1–5.
- De la Fuente Robles & Sotomayor Morales, E. (2015). “The Spanish Long-Term Care System in the European Context”. *Arbor*, 191 (771).
- Degarve, F. & Nyssens, M. (2012), “Care regimes on the move, comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy”, Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Societe, Université Catholique de Louvain, Charlerio, Belgium.
- Dyer SM., Valeri M., Arora N., Ross T., Winsall M., Tilden D. & Crotty M. (2019). “Review of International Systems for Long-Term Care of Older People”. Flinders University, Adelaide, Australia.
- Esping-Andersen, G. (1997), “Welfare Status without Work: The impasse of Labour Shedding and Familiarism in Continental European Social Policy, G. Esping-Andersen (comp.), *Welfare Status in Transition*, Sage, Londres.
- Esping-Andersen, G. (1999), “Varieties of Welfare Capitalism”, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, OUP.
- Gaymu, J., Ekamper, P. & Beets, G. (2007), “Who will be caring for Europe's dependent elders in 2030?”, *Population (English Edition 2002-)*, 62. 675-706.
- Gough, I. (2000), “Social Safety Nets in Southern Europe”, *Global Capital, Human, Needs and Social Policies, Selected Essays, 1994-99*, Palgrave Macmillan.
- Jiménez, S. & Viola, A. (2019), “Observatorio de la dependencia. Tercer informe”, FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2019-42, Madrid.
- Jiménez, S., Vilaplana, C. & Viola, A. (2016), “Observatorio de la dependencia. Primer informe”, FEDEA, Estudios sobre la Economía Española no. 2016/05, Madrid.

- Martin, C. (2015), "Southern Welfare States: Configuration of the Welfare Balance between State and the Family. Campus. Southern Europe? Italy, Spain, Portugal, and Greece from the 1950s until the present day", pp.77-100, 2015, HAL open science.
- OECD (2011a), Denmark: Long-term Care, OECD: Paris, France.
- OECD (2011b), Sweden: Long-term Care, OECD: Paris, France.
- OECD (2011c), Finland: Long-term Care, OECD: Paris, France.
- OECD (2011d), France: Long-term Care, OECD: Paris, France.
- OECD (2011e), Germany: Long-term Care, OECD: Paris, France.
- Quintero Lima, M. (2007), "Modelos comparados en Europa de protección de las situaciones de dependencia", *Temas laborales*, Núm. 89/2007, Pág. 91-124.
- Schut, E. & Sorbe, S. (2013), "Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands", Working Papers No. 1010, OECD Economics Department.
- Tediosi, F. & Gabriele, S., (2010). "Long-term care in Italy", Istituto di Studi e Analisi Economica, ISAE, Roma ENEPRI Research Project No. 80, Contribution to WP 1 of the Ancien Project, June.
- Trigg, L. (2018), "Improving the quality of residential care for older people: a study of government approaches in England and Australia", London School of Economics and Political Science: London, UK.
- Tur-Sinai, A., & Lamura, G., "Innovating long-term care provision in Mediterranean welfare states: A comparison between Italy and Israel", Manuscript Draf.