

La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa

Joseba Zalakain

SIIS Servicio de Información e Investigación Social
jzalakain@siis.net

Mendekotasunaren arretarako zerbitzuak antolatzeko Europako zenbait herrialdetan erabiltzen dituzten ereduak alderatzen ditu artikulu honek, funtsean herrialde hauek: Frantzia, Alemania, Erresuma Batua, Herbehereak eta Suedia. Batez ere mendekotasun-egoeran dauden edo iraupen luzeko zainketa behar duten adinekoentzako zerbitzuei erreparatzen die lanak. Herrialde bakoitzean indarrean den sistemaren berri ematen du, zazpi alderdi berezi kontuan hartuta: zerbitzuen irismena (gastua, estaldura eta intentsitatea), lurralde- eta eskumen-antolaketa, mendekotasunaren arretarako gizarte-sistemen eta osasun-sistemaren arteko koordinazioa, zerbitzuak eskuratzeko moduak, zerbitzu- eta prestazio-zorroaren edukia, arreta eskaintzen duten erakundeekin eta langileekin lotutako gaiak, zerbitzuen finantzaketa eta kalitatea ikuskatzea, ebaluatzea eta bermatzea.

GAKO-HITZAK:

Mendekotasuna, adinekoak, gizarte-zerbitzuak, arreta soziosanitarioa, prestazio ekonomikoak, sarbidea, zerbitzuen ebaluazioa.

Este artículo compara las fórmulas utilizadas para organizar los servicios de atención a la dependencia en varios países europeos, fundamentalmente, Francia, Alemania, el Reino Unido, los Países Bajos y Suecia. El trabajo se centra de forma preferente en los servicios para las personas mayores en situación de dependencia o con necesidad de cuidados de larga duración. El sistema vigente en cada país se describe en relación con siete aspectos específicos: el alcance de los servicios (gasto, cobertura e intensidad); la organización territorial y competencial; la coordinación entre los sistemas sociales de atención a la dependencia y el sistema de salud; las fórmulas de acceso a los servicios; el contenido de la cartera de servicios y prestaciones; las cuestiones relacionadas con las organizaciones proveedoras de la atención y con el personal; la financiación de los servicios; y, por último, la inspección, la evaluación y la garantía de la calidad.

PALABRAS CLAVE:

Dependencia, personas mayores, servicios sociales, atención sociosanitaria, prestaciones económicas, acceso, evaluación de servicios.

1. Introducción y metodología

El objetivo de este artículo es comparar las fórmulas utilizadas para la organización de los servicios de atención a la dependencia en diversos países de Europa. De forma muy resumida, se describe la forma en la que se articulan en diversos países del continente los servicios orientados a las personas con dependencia y se señalan algunas tendencias, innovaciones y buenas prácticas. El objetivo del artículo no es, en cualquier caso, recoger buenas prácticas o experiencias aisladas, sino describir qué respuesta se da en los países analizados a los elementos que articulan el modelo de atención a la dependencia.

La descripción se centra fundamentalmente en cinco países, que se consideran significativos tanto por su tamaño como por su pertenencia a un modelo o régimen del bienestar social determinado. Se ofrece así información sobre Francia, Alemania, el Reino Unido¹, los Países Bajos y Suecia, aunque en algunos casos también se alude a experiencias o prácticas desarrolladas en otros países, como Dinamarca, Italia o Irlanda. Si bien en algunos casos se hace referencia a las personas con discapacidad, el trabajo se centra preferentemente en los servicios para las personas mayores en situación de dependencia o con necesidad de cuidados de larga duración (ambos términos se utilizan de forma indistinta).

En lugar de examinar cada país de forma monográfica, se ha optado por analizar el sistema vigente en cada país describiendo su situación en relación con siete aspectos específicos: el alcance de los servicios (gasto, cobertura e intensidad); la organización territorial y competencial; la coordinación entre los sistemas sociales de atención a la dependencia y el sistema de salud; las fórmulas de acceso a los servicios; el contenido de la cartera de servicios y prestaciones; las cuestiones relacionadas con las organizaciones proveedoras de la atención y con el personal; la financiación de los servicios; y, finalmente, las cuestiones relacionadas con la inspección, la evaluación y la garantía de la calidad.

El artículo ha sido elaborado en el marco de un trabajo más amplio desarrollado para el Observatorio de la Realidad Social del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. La mayor parte de la información proviene de trabajos comparativos anteriores realizados por el SIIS Servicio de Información e Investigación Social para diversas entidades, como la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, la Diputación de Barcelona o la Diputación Foral de Gipuzkoa.

¹ En el caso del Reino Unido, dado el amplio nivel de descentralización existente, la mayor parte de la información se refiere a Escocia, aunque también se ofrece información relativa a Inglaterra o, en algunos casos, al conjunto del Reino Unido.

2. El alcance de los servicios: gasto, cobertura, ratios e intensidad

La Tabla 1 recoge algunos indicadores básicos sobre el alcance de los servicios de atención a la dependencia en diversos países de Europa, a partir de la información que periódicamente publica la OCDE (2021). Más allá de la dificultad de comparar los datos relativos a los países incluidos en la tabla, se observa que el porcentaje de personas mayores de 65 años atendidas por los sistemas de atención a la dependencia asciende, en el conjunto de la OCDE, al 10,7%². Dos tercios de esa población reciben servicios de atención en el domicilio y el tercio restante, servicios de atención residencial.

Las plazas residenciales equivalen, en el conjunto de la OCDE, al 4,2 % de las personas mayores, con porcentajes que se acercan al 7 % en Bélgica, los Países Bajos y Suecia. El gasto en atención a la dependencia, incluyendo tanto los cuidados provistos por el sistema de salud como por el sistema de servicios sociales, supera el 3 % del PIB en Dinamarca, los Países Bajos, Noruega y Suecia, frente al 0,9 % en España. Se calcula que, en el conjunto de la OCDE, trabajan en el sector de los cuidados en torno a cinco personas por cada 100 personas mayores de 65 años, con porcentajes superiores al 10 % en los países nórdicos.

Los datos sobre las ratios de atención residencial o la intensidad de los servicios de asistencia domiciliaria son muy fragmentarios y poco homologables, en la medida en que no siempre se siguen los mismos criterios para determinar las ratios. En todo caso, la información disponible para los diversos países analizados permite ofrecer algunos datos orientativos:

- Aunque apenas existen datos sobre las ratios reales de atención directa en el Reino Unido, un estudio comparativo de 2012 señala que cada auxiliar atiende de media a cuatro residentes en los turnos de día y de tarde y a seis en los de noche, con lo que la ratio total de atención sería de 0,9 profesionales a dedicación plena equivalente por usuario/a, estimando una jornada anual de 1.600 horas (Harrington *et al.*, 2012).
- En el caso de las residencias alemanas, las ratios de atención oscilan entre 35 trabajadores/as de atención directa por cada 100 personas usuarias en Sarre y 42 en Sajonia (Rothgang, 2019).

² El valor correspondiente a España está en esa línea (11,5 %), si bien los datos que la OCDE ofrece respecto a España pueden estar sobredimensionados, ya que el porcentaje de personas mayores de 65 años usuarias de servicios de atención a la dependencia enmarcados en el Sistema Nacional de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD) en relación con la población mayor de esa edad ronda el 9 %.

Tabla 1. Indicadores básicos sobre el alcance de los servicios de atención a la dependencia en diversos países de Europa

	% de personas mayores de 65 años atendidas	% de personas atendidas en el domicilio	% trabajadores/as por 100 personas mayores	plazas en residencias por 1.000 mayores	% PIB en atención a la dependencia
Bélgica	—	—	5,5	68,7	2,4
Dinamarca	14,6	76	7,8	37,7	3,6
Finlandia	13,4	68	7,9	54,2	2,4
Francia	9,9	59	2,4	49,1	2,4
Alemania	18,4	77	5,4	54,2	2,2
Hungría	11,8	75	1,9	44,5	0,6
Irlanda	3,2	—	3,8	46,4	1,4
Italia	—	—	3,7	18,8	0,9
Países Bajos	11,9	65	8,0	72,1	4,1
Noruega	15,1	73	12,4	43,5	3,7
OCDE	10,7	68	5,2	42,5	1,5
Polonia	—	—	0,6	11,3	0,4
Portugal	1,9	35	0,8	—	0,9
España	11,5	81	4,8	43,9	0,9
Suecia	16,0*	74	11,9**	68,1	3,4

* Estimación a partir de los datos de la OCDE. ** Se tienen únicamente en cuenta los/as trabajadores/as de entidades públicas.

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2021).

- Diversos trabajos estiman que la ratio de atención en los centros residenciales suecos es cercana a 0,8 trabajadores a dedicación plena equivalente (Harrington *et al.*, 2012; Winblad, Blomqvist y Karlsson, 2017).
- En el caso francés, de acuerdo con la encuesta que se realiza a escala nacional a todos los centros residenciales, la ratio de personal a dedicación plena equivalente alcanza en el conjunto de los centros residenciales el 0,57, es decir 57,2 profesionales a dedicación plena equivalente por cada 100 plazas instaladas, incluyendo tanto el personal de atención directa como el que realiza actividades administrativas o de gestión.
- Los datos sobre la intensidad horaria del servicio de asistencia domiciliar son aún más dispersos. En todo caso, se calcula que en el caso francés las horas de atención financiadas por la *allocation personnalisée d'autonomie* (APA) equivalen a 29 horas mensuales por persona usuaria; en Escocia se estima una intensidad media de 38 horas mensuales y en Suecia de 30 (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2022).

3. La organización territorial y competencial

Los países analizados optan por dos modelos básicos para la organización de los servicios: algunos han desarrollado un modelo centralizado en el que la mayor parte de los servicios se establecen a escala nacional. Si bien la participación de las administraciones subestatales en la provisión y la

regulación de los servicios no es desdeñable, el papel de las administraciones locales tiende a ser residual, y se centra en el campo de la asistencia social. Por el contrario, otros países asignan las responsabilidades principales a la administración municipal, a la que otorgan competencias muy amplias y gran margen de autonomía.

Se señalan a continuación los elementos más destacables en cuanto a la organización territorial y competencial de los cuidados de larga duración en los países analizados:

- En el caso alemán, el protagonismo corresponde tanto a la Seguridad Social como a los estados (*Länder*). El sistema de cuidados se articula mediante un sistema de aseguramiento social, que, además de un sistema de financiación específico, implica el protagonismo de las cajas gestoras de ese seguro (*Pflegekassen*). En ese marco, el contenido de los servicios se regula de forma común para el conjunto del país y mediante la concertación entre las entidades aseguradoras y las empresas proveedoras. La regulación de los requisitos funcionales, materiales y personales de los centros, así como la planificación de la oferta de plazas, corresponde sin embargo a los estados, de lo que se deriva una gran diversidad territorial³. El papel de los municipios es residual.

³ Al margen de los servicios previstos en el marco del Seguro de Dependencia, existen también servicios de cuidado prestados en el marco del sistema de salud y financiados por el Seguro de Enfermedad. Además, en el marco de la normativa de asistencia social, los ayuntamientos también prestan servicios de atención domiciliar, aunque su papel es básicamente asistencial.

- El modelo francés se articula a través de una prestación económica denominada *allocation personnalisée d'autonomie*. Esta prestación se orienta a las personas mayores de 60 años⁴ y presenta una doble modalidad, en función del lugar en el que se prestan los cuidados (domicilio o residencia). Si bien la regulación del sistema es nacional, los departamentos provinciales juegan un papel protagonista tanto en la financiación del sistema como en su gestión, pues les corresponde realizar la valoración de necesidades y los planes individuales de intervención, así como abonar y cofinanciar las prestaciones, gestionar la oferta de proveedores o acreditar los servicios, entre otras funciones. Como en Alemania, los municipios juegan un papel relativamente residual, fundamentalmente orientado a la asistencia social.
- En Italia el sistema es más complejo y se caracteriza por una gran fragmentación. Básicamente, la Seguridad Social financia y gestiona la prestación para las personas cuidadoras (*indennità di accompagnamento*), que representa la principal prestación existente en el país. Los municipios y las provincias, por su parte, gestionan los servicios de atención directa (domiciliarios y residenciales), con criterios de acceso, contenidos, coberturas, y modelos de financiación muy diferentes.
- El caso neerlandés también se caracteriza por la complejidad, ya que la atención a las personas con dependencia se realiza desde cuatro sistemas diferentes y mediante cuatro marcos regulatorios distintos. Los municipios son responsables de ofrecer servicios a domicilio —en especie o mediante prestaciones— en el marco de la Ley de Asistencia Social; los seguros de salud ofrecen cuidados domiciliarios y de atención residencial en el marco de la Ley de Salud, mediante un sistema de aseguramiento público; y, finalmente, las regiones ofrecen servicios domiciliarios y residenciales en el marco de la Ley de Atención a la Dependencia. Los cuidados a los menores de 18 años con dependencia se regulan mediante la Ley de Juventud.
- En Escocia los servicios para las personas mayores dependientes son prestados y financiados por los ayuntamientos, en coordinación con el Servicio Nacional de Salud (NHS). La autonomía de los municipios es elevada tanto en lo que se refiere a los criterios de acceso a las diversas prestaciones como en lo que se refiere al contenido de las prestaciones o al establecimiento de las tarifas a las personas usuarias, dentro del marco general establecido por la administración regional y por la administración central.
- El modelo sueco de Servicios Sociales se caracteriza por la descentralización y el amplio margen de autonomía local en la prestación de los servicios. Los ayuntamientos son los responsables de la gestión de los servicios sociales en un marco normativo relativamente laxo, que deja un amplio margen para la autonomía local, mientras que la gestión de los servicios sanitarios corresponde a las provincias.
- Como en Suecia, en Dinamarca los servicios de atención a la dependencia son competencia de los 98 ayuntamientos, que ofrecen a las personas en situación de dependencia cinco grandes tipos de servicios: medidas preventivas, servicios de rehabilitación, asistencia domiciliaria, servicios residenciales y otras medidas, entre las que destacan los servicios de asistencia personal y las comidas a domicilio.

Es importante señalar en cualquier caso que, cuando se habla de ayuntamientos o administraciones municipales, su tamaño es generalmente mucho mayor que el de los ayuntamientos españoles o navarros. En el caso sueco, por ejemplo, el tamaño medio es de unas 35.000 habitantes y en el caso escocés de casi 170.000.

4. Fórmulas de coordinación e integración sociosanitaria

Más allá de la organización territorial y competencial, cada uno de los países de Europa ha desarrollado modelos diferentes para la coordinación de los servicios de salud y los servicios de atención a la dependencia. Se señalan a continuación, muy brevemente, algunos mecanismos de interés:

- En Francia, la intervención de las autoridades sanitarias es particularmente clara en el ámbito de la atención residencial, de forma que las agencias regionales de salud (ARS) intervienen en los acuerdos de concertación de las plazas residenciales y en la planificación de la oferta residencial. Además, el sistema de salud financia, como se señala más adelante, una parte del coste de las residencias, la mayoría de las cuales tienen, como se explica más adelante, la consideración de medicalizadas⁵.

⁵ *Grosso modo*, la medicalización implica la presencia en cada centro de un “médico coordinador” responsable del seguimiento médico de todas las personas residentes. El médico coordinador no tiene capacidad de intervención ni de prescripción de medicamentos, y sus funciones se centran, como se explica en los siguientes epígrafes, en la coordinación y la planificación de los servicios médicos que se prestan en el centro. Este profesional debe tener una titulación especializada en geriatría o gerontología, o en gestión de residencias para personas dependientes, y puede ser tanto un profesional autónomo que presta sus servicios a jornada parcial en uno o varios centros residenciales como un empleado propio adscrito al centro. Puede también ser el médico de cabecera de algunos residentes, si ejerce como profesional autónomo.

⁴ Las personas menores de esa edad acceden a la denominada *Prestation de compensation du handicap* (PCH).

- En Alemania, los seguros de dependencia están adscritos a los servicios de salud. En ese marco, el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad es responsable de la elaboración de los criterios que regulan la evaluación los servicios de atención domiciliaria y residencial prestados por los proveedores privados y de la definición del marco de evaluación. A su vez, los Servicios Médicos de los Seguros de Enfermedad son responsable de la valoración y determinación del grado de necesidad de las personas beneficiarias del seguro, así como de la contratación de los servicios a los proveedores privados, lo que implica la definición del contenido de los servicios mediante acuerdos con los operadores privados.
- En el Reino Unido, el servicio nacional de salud (NHS) interviene en la financiación de los centros residenciales con cuidados de enfermería (*nursing homes*), así como de la financiación de la atención a las personas con dependencia que presentan necesidades intensas de atención sanitaria. Además, en el caso escocés, los servicios de atención a la dependencia son prestados por los denominados *health and social care partnerships*⁶.
- En el caso neerlandés, buena parte de los servicios de atención a la dependencia son prestados, financiados o inspeccionados por los servicios de salud, en el marco de la Ley del Seguro de Salud y de la ley de dependencia. El conjunto del sistema de atención depende del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte, que regula el conjunto de las políticas de atención a la dependencia del país. Juega también un papel esencial el Instituto Nacional de Salud, órgano de gobierno independiente encargado de velar por el correcto cumplimiento de los dos seguros obligatorios de ámbito nacional (el sanitario y el de cuidados a la dependencia). Además, las 31 oficinas regionales de atención sanitaria gestionan el seguro de atención a la dependencia. Entre sus funciones están la contratación y el control de las entidades proveedoras de servicios.
- En Suecia, la diferencia entre los servicios sociales y sanitarios es más clara, ya que mientras que los ayuntamientos son responsables de los servicios de atención a la dependencia, las provincias se responsabilizan de los servicios sanitarios. En cualquier caso, los principales organismos reguladores y de inspección son comunes.

⁶ Existen 31 organismos de este tipo en Escocia y cada uno de ellos agrupa al Servicio Nacional de Salud y la autoridad local correspondiente para la gestión de los servicios sociosanitarios. Las formas de integración de los servicios sociales y sanitarios son diferentes en cada uno de ellos, con funciones, competencias y tareas diferentes en función de cada zona o comarca.

5. Fórmulas de acceso a los servicios de atención a la dependencia

El acceso a los servicios de atención a la dependencia puede analizarse desde dos puntos de vista:

- de una parte, los mecanismos para la valoración de las necesidades, la determinación del derecho de acceso a los servicios, la elaboración del plan de atención y la atribución de los servicios o prestaciones a las personas usuarias;
- de otra, los mecanismos para la asignación del servicio, que pueden materializarse bien mediante la provisión de la atención —directamente por la Administración o mediante un proveedor subcontratado—, bien mediante la asignación de una prestación económica para la financiación del servicio, que la persona usuaria contrata en el mercado privado.

La práctica totalidad de los países analizados comparten algunas características básicas:

- Todos los países ofrecen una cobertura de responsabilidad pública, independientemente de cuáles sean los criterios de acceso y determinación de necesidades, la titularidad jurídica de los proveedores o la participación económica de las personas usuarias. El grado en el que se ejerce esa cobertura pública, sin embargo, varía entre los países.
- Todos los países establecen unos criterios de acceso (valoración de la dependencia) y requieren la elaboración de un plan de atención. En algunos casos los criterios de baremación son comunes para todo el territorio nacional, mientras que en otros esos criterios son establecidos por los municipios, y la administración central se limita a dictar unas directrices básicas.
- La práctica totalidad de los países ha desarrollado modelos universales, en el sentido de que los servicios se ofrecen a todas las personas que acreditan una situación de necesidad, independientemente de su renta o patrimonio. Sin embargo, como se explica posteriormente, la renta y el patrimonio sí se tienen en cuenta para la determinación del copago, lo que indirectamente afecta a la universalidad del sistema, al cubrir solo parcialmente a las personas con un nivel de renta determinado.
- En la práctica, la totalidad de los países garantizan un derecho subjetivo a los servicios a las personas que cumplen los requisitos de acceso. En algunos casos, sin embargo, la concreción de ese derecho se deja en manos de los ayuntamientos a los que se deja un margen de autonomía importante.

La principal diferencia entre los países analizados se refiere a la forma de provisión de los servicios. *Grosso modo*, los países nórdicos, al igual que España, tienden a asignar servicios de atención

directa (que pueden ser, o no, complementados con prestaciones para cuidadores). Los países del centro de Europa —singularmente, Alemania y Francia— recurren, por el contrario, a las prestaciones económicas, mediante las cuales las personas usuarias contratan el servicio requerido a un proveedor (normalmente, aunque no siempre, privado). Otros países —como los Países Bajos, Inglaterra o Escocia— han desarrollado sistemas mixtos, en los que las prestaciones económicas o presupuestos personales conviven con la asignación directa de servicios.

En todo caso, es patente la importancia creciente de los principios de libre elección y competencia entre proveedores, que se traduce en el uso de prestaciones económicas para acceder al servicio. Este mayor protagonismo de la libre elección y del acceso mediante prestaciones económicas a los servicios de cuidados tiene su origen tanto en la necesidad de ofrecer a las personas usuarias una mayor capacidad de elección, autodeterminación y control como en el deseo de contener el gasto asociado a los servicios y en la aplicación de lógicas mercantiles a su funcionamiento (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011). Si bien el acceso a los servicios mediante prestaciones económicas (o la propia idea de fomento de la libre elección) ha resultado en algunos países⁷ polémica (debido a que se ha considerado que contribuye a la mercantilización del servicio y su deterioro), en otros —por ejemplo, Francia o Alemania— el uso de estas prestaciones no parece haber sido particularmente criticada o contestada.

Se resumen a continuación las principales características del modelo de acceso en cada país:

- El acceso a las prestaciones del Seguro de Dependencia alemán se realiza mediante un baremo de valoración con cinco niveles de necesidad, a partir de la consideración de las necesidades de la persona en cuanto a movilidad, habilidades cognitivas y comunicativas, comportamiento y problemas psiquiátricos, autocuidado, manejo de la enfermedad y de los tratamientos y organización de la vida cotidiana y contactos sociales. La valoración es realizada por el personal de los seguros médicos encargados de la gestión del Seguro de Dependencia, utilizando para ello los criterios establecidos a escala nacional.

Una vez determinado el grado de dependencia y el derecho a los servicios, el acceso a estos no se realiza mediante la atribución de una plaza en un centro residencial o de unas horas de atención domiciliaria, sino mediante la atribución de una prestación económica que la persona con dependencia puede utilizar para: a) compensar los cuidados de una persona cuidadora informal;

b) acceder a un centro residencial; c) adquirir ayudas técnicas o financiar el coste de los servicios de asistencia domiciliaria que se requieran.

- En Francia, el grado de dependencia de las personas solicitantes de la *allocation personnalisée d'autonomie* se determina mediante la escala AGGIR, que establece seis niveles de dependencia. Una vez determinado el grado de dependencia, y en función de las necesidades de la persona usuaria, el personal sociosanitario del Departamento elabora un plan específico de atención, en el que se recogen, entre otros elementos, el número de horas de atención que se incluyen en el marco de esa prestación (y que son, por tanto, cofinanciadas por la Administración).

Como se ha señalado previamente, las personas usuarias pueden acceder a la APA a domicilio como a la APA en establecimiento residencial. La primera permite financiar un número determinado de horas de atención por parte de una agencia acreditada de servicios de atención a domicilio, así como la adquisición de ayudas técnicas, comidas a domicilio y otros servicios similares. También puede ser utilizada para contratar libremente a una persona profesional o incluso a un familiar⁸, excepto esposo/a o persona con la que la persona dependiente convive. La segunda se utiliza para la financiación de la tarifa que las residencias aplican para financiar los cuidados personales derivados de la situación de dependencia (como se explica más adelante, los cuidados sanitarios y los servicios de alojamiento y manutención se financian por otras vías).

- En Italia, el acceso a la prestación para cuidadores se basa en una valoración por parte de una comisión médica provincial, dependiente de la Seguridad Social. En el caso de los servicios residenciales y domiciliarios, por el contrario, los criterios de acceso los establece cada municipio o región.
- En Escocia no existe un baremo único de acceso al sistema, y cada municipio o consorcio sociosanitario establece los requisitos de acceso y los criterios para la asignación de los servicios, así como el contenido de la valoración. En lo que se refiere a la opción entre prestaciones económicas y servicios de atención directa, Escocia ha establecido un modelo denominado *self-directed support* o apoyo autodirigido, mediante el cual las personas usuarias de los servicios prestados en la comunidad pueden elegir entre cuatro posibilidades a la hora de recibir sus servicios: a) una prestación económica (*direct payment*) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para la contratación

⁷ Cabe señalar los casos de Reino Unido, Dinamarca o Suecia, por ejemplo, donde la contestación a estos modelos ha sido mayor.

⁸ En este caso, podría decirse que la prestación se asemejaría a la prestación económica de cuidado en el entorno familiar (PECEF) que prevé en España la ley de dependencia.

y el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa; b) un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria; c) un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local; d) La combinación de las tres opciones anteriores. El sistema de *self-directed support* no se aplica a los centros residenciales. En estos casos, la administración local es la que asigna un servicio concreto a las personas usuarias.

- La libertad de elección de la naturaleza de la atención —prestación o atención directa—, así como del proveedor de servicios, constituye un elemento clave del sistema de atención a la dependencia neerlandés, tanto en la atención residencial como en la que se presta a domicilio. Los centros responsables de la valoración de las necesidades de la persona solicitante no pueden imponer el proveedor que prestará los servicios prescritos, ya que esta decisión recae, en última instancia, en la persona usuaria. En el caso de la asistencia domiciliaria de carácter social (la cubierta por la Ley de Atención Social), las oficinas municipales correspondientes determinan el tipo de atención y el número de horas que se atribuyen a cada caso, en función de las necesidades y preferencias individuales. Una vez determinado el paquete de atención, la persona usuaria puede elegir entre servicios en especie o prestaciones económicas⁹.
- En Suecia, no existe una escala o baremo de acceso a los servicios que se utilice a escala nacional, y cada municipio utiliza sus propios criterios para determinar qué personas pueden recibir servicios de atención a la dependencia y qué tipo de servicios (residenciales, domiciliarios) pueden corresponder a cada persona, así como, en el caso de optarse por la asistencia domiciliaria, el número de horas y las tareas a realizar. En todo caso, las solicitudes de servicio son analizadas por un/a gestor/a de casos, quien, tras una entrevista individual, una visita a domicilio y una valoración de la situación y las necesidades de cada persona, establece un plan de atención en el que se establecen los servicios correspondientes a cada persona.

En ese marco, las personas a las que se reconoce el derecho de acceso al servicio pueden elegir entre el servicio de asistencia domiciliaria o un servicio de alojamiento o residencial.

⁹ Si la persona usuaria opta por los servicios en especie, el municipio se ocupa de contratarlos a las entidades proveedoras de servicios con las que opera habitualmente. Los ayuntamientos se encargan asimismo de financiar los servicios. La opción de recibir una suma en metálico equivalente a las horas de apoyo que le han sido reconocidas, en forma de prestación económica, permite a la persona usuaria utilizar ese dinero para adquirir los servicios de empresas o cuidadores autónomos o para compensar o retribuir a un familiar. Esta fórmula, denominada presupuesto personal, obliga a la persona usuaria a pagar a la persona cuidadora, como mínimo, 25 euros/hora.

Además, los ayuntamientos están obligados a ofrecer al menos dos proveedores de servicios diferentes. Estos proveedores pueden ser bien de titularidad pública, bien de titularidad privada, correspondiendo a la persona usuaria la selección del proveedor.

- Como en Suecia, en Dinamarca los criterios de acceso a los servicios de atención a la dependencia los establecen los municipios, competentes en lo que se refiere a la provisión del servicio. Aunque no existe una norma general al respecto, los ayuntamientos suelen valorar el grado de necesidad de las personas que solicitan el servicio en función de una escala de cinco grados, tras una visita domiciliaria del equipo municipal de valoración. También en Dinamarca, la provisión de los servicios de atención a la dependencia está basada en la idea de la libre elección, de manera que todos los ayuntamientos daneses están obligados a ofrecer a las personas usuarias al menos dos proveedores diferentes, uno de los cuales puede ser de titularidad pública.

6. El contenido de la cartera de servicios y prestaciones

En general, todos los países analizados tienen una cartera similar de servicios y prestaciones para las personas dependientes, basados fundamentalmente en la atención domiciliaria, la atención residencial, la atención diurna y los productos de apoyo o ayudas técnicas. Las principales diferencias que pueden observarse en los diversos modelos analizados se refieren básicamente a los siguientes elementos:

- Las fórmulas residenciales existentes en cada país y, concretamente, el recurso a fórmulas alternativas de alojamiento. En ese sentido, una de las principales tendencias detectadas en la revisión realizada es el desarrollo de fórmulas alternativas de alojamiento para las personas mayores dependientes —apartamentos tutelados, viviendas comunitarias, unidades de convivencia— que se sitúan a medio camino entre la vivienda y la residencia tradicional, y ofrecen a las personas usuarias un entorno más hogareño, más centrado en la persona, (Sancho y Martínez Rodríguez, 2020).
- La diferenciación entre la atención doméstica y la atención personal, dentro de los servicios de asistencia domiciliaria, y la gama de servicios adicionales de apoyo en el domicilio que se ofrecen a las personas con dependencia (visitas preventivas, servicios de rehabilitación, ayudas técnicas). En ese marco, también es muy diferente en cada país la posibilidad de combinar prestaciones y apoyos diversos.
- Los servicios de apoyo a las personas cuidadoras, la existencia de prestaciones económicas para conciliar los cuidados personales y las responsabilidades laborales de las personas

cuidadoras y la existencia de prestaciones orientadas a las personas cuidadoras para compensar los costes económicos y personales del cuidado informal.

Se describe a continuación el contenido básico de la cartera de servicios establecida en cada país:

- Si bien el seguro de dependencia alemán contempla hasta quince prestaciones, las prestaciones fundamentales están orientadas a cofinanciar el acceso a los servicios de apoyo en el domicilio y a los de atención residencial. En función de su grado de dependencia, las personas cubiertas por el seguro pueden optar entre la prestación que financia el acceso a una residencia, la prestación para cuidados no profesionales (*Pfleged*) y la prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales (*Pflegesachleistung*).

Las cuantías de las prestaciones oscilan entre los 125 euros para el acceso a un centro residencial o de día para las personas de grado I y los 2.005 para el acceso a residencias para personas de grado V. La prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores no profesionales oscila entre 316 y 901 euros, mientras que la prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales oscila entre 689 y 1.995 euros. La prestación para el acceso a los cuidados profesionales es para cualquiera de los niveles de dependencia muy superior a la prestación económica para atención por cuidadores no profesionales y muy similar a la prestación que se concede para el acceso a los servicios residenciales¹⁰.

El sistema alemán fomenta la compatibilidad de las diversas prestaciones, combinando por ejemplo la prestación para cuidados profesionales a domicilio con la prestación para cuidados no profesionales¹¹. Existe también la posibilidad de utilizar una parte de la prestación económica para el pago de la atención domiciliaria para el pago de servicios complementarios, como el uso de plazas residenciales de respiro, por ejemplo. Además, las personas usuarias de los servicios de asistencia domiciliaria tienen derecho a una serie de prestaciones complementarias (para abonar los costes de un/a cuidador/a sustituto/a en caso de ausencia de la persona cuidadora habitual durante un máximo de seis semanas al año; o para abonar los costes de una estancia de respiro en un centro residencial).

¹⁰ En el caso de la atención residencial, debe tenerse en cuenta que la prestación no cubre los gastos de alojamiento y manutención que se prestan en los centros residenciales (que son directamente abonados por la persona usuaria), sino únicamente los relacionados con los cuidados personales.

¹¹ En ese caso, se calcula el porcentaje de la prestación de cuidados profesionales no utilizada y se aplica el porcentaje restante a la cuantía correspondiente a la prestación por cuidados no profesionales. Es decir, si se ha utilizado el 50% de la prestación para cuidados profesionales, se percibirá el 50% del importe de la prestación familiar.

Por otra parte, al hablar de la cartera de servicios en Alemania es necesario hacer referencia al creciente desarrollo de formas de vivienda alternativa, que entran en la categoría de viviendas comunitarias o apartamentos tutelados y que, por lo general, se basan en fórmulas a medio camino entre la atención residencial y la domiciliaria. En ese sentido, durante los últimos años han experimentado un gran desarrollo las llamadas viviendas compartidas, asistidas o de grupo, que pueden englobarse de forma conjunta en el modelo de viviendas asistidas (Montero, 2018)¹².

- En el caso italiano, la principal prestación es, como se ha señalado, la *indemnitá de accompagnamento*, que tiene una cuantía de 515 euros mensuales, independientemente del nivel de dependencia o de renta. Esta prestación tiene una amplia cobertura —en torno al 11% de la población de 65 y más años, frente al 3,2% de las residencias y el 4,7% del servicio de asistencia domiciliaria (2021b)—.
- En el caso francés, como se ha señalado, la *allocation personnalisée d'autonomie* puede recibirse tanto para financiar el acceso a una residencia como para financiar el acceso a cuidados y apoyos en el domicilio. La APA a domicilio permite el acceso tanto a centros de atención diurna (relativamente poco extendidos) como al servicio convencional de asistencia domiciliaria¹³, ayudas técnicas, servicios de teleasistencia, adaptaciones domésticas o comidas a domicilio, así como a la atención por parte de un/a cuidador/a, siempre que no sea cónyuge o conviviente. La *allocation personnalisée d'autonomie* también sirve para financiar servicio de respiro y estancias en centros residenciales con apoyo de baja intensidad (*residences autonomie*). En lo que se refiere a la cuantía de la prestación, depende tanto del tipo de servicio elegido, como del grado de dependencia y de la renta de la persona usuaria.

¹² Con diferentes denominaciones (*wohngruppen*, *pflegewohngruppen*, *betreutes whonungen* o *wohngemeinschaften*), se trata en todos los casos de viviendas ordinarias en edificios convencionales o construidos *ex profeso*, con un número reducido de habitaciones individuales y servicios compartidos. Junto con su menor tamaño, es importante destacar que, desde el punto de vista de los cuidados y la regulación relativa al seguro de dependencia, estas viviendas no están sujetas a la normativa residencial, sino a la normativa relativa a los servicios de atención domiciliaria, lo que permite una mayor flexibilidad en su diseño y gestión. Además, están sujetas —en lo que se refiere a los aspectos estructurales— a la normativa de cada estado, así como a la normativa federal que regula estas viviendas desde el punto de vista de los derechos de las personas consumidoras. Este tipo de alternativas están experimentando —desde hace décadas, pero particularmente en los últimos años, debido al crecimiento de la población mayor— un desarrollo muy superior al del resto de las fórmulas de alojamiento para mayores, en parte debido a los estrictos requisitos que se establecen para las residencias convencionales.

¹³ Además de los servicios de asistencia domiciliaria convencionales, cabe destacar la existencia en Francia de dos modalidades de servicio de asistencia domiciliaria sociosanitario: los servicios de cuidados de enfermería a domicilio (SSIAD), financiados por el seguro de salud, y los servicios polivalentes de ayuda y cuidados a domicilio (SPASAD), que constituyen una mezcla de SAD convencional y SAD de enfermería.

En cuanto a la oferta residencial, el principal tipo de centro en Francia es el llamado EHPAD (*établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*). Se trata de centros medicalizados, orientados a personas en situación de dependencia moderada o severa. Existen también otras modalidades, como las *residences autonomie*, con atención de baja intensidad, orientados a personas mayores de 60 años autónomas o con un grado muy reducido de dependencia, o los llamados *établissement d'hébergement pour personnes âgées* (EHPA), similares a los anteriores y caracterizados por su naturaleza no medicalizada. También existen las llamadas unidades de cuidados de larga duración (USLD). Se trata de dispositivos residenciales vinculados física y organizativamente a centros hospitalarios y tienen un nivel de medicalización sustancialmente mayor que en los EHPAD, puesto que se dirigen a personas muy dependientes que precisan una atención médica constante.

- Como en el resto de los países analizados, Escocia ofrece tanto servicios residenciales como de apoyo en el domicilio a las personas valoradas como dependientes por las autoridades locales. Dentro de la categoría de la asistencia domiciliaria se incluyen también otras actividades o tareas que pueden ser contempladas en el paquete de atención, como equipamientos y ayudas técnicas, apoyo socioeducativo y recreativo, servicios de respiro, comidas a domicilio y apoyo para la vida independiente. Por el contrario, las tareas relacionadas con la atención doméstica o menajera —limpieza, compras, preparación de comidas en general— no se contemplan como parte del servicio o, al menos, no se financian íntegramente en el marco del sistema público y deben ser financiados —o al menos, cofinanciados— por las personas usuarias, siempre que sus recursos superen un umbral determinado (ver apartado relativo a la financiación).

En lo que se refiere a la oferta residencial, los dos tipos principales de centros residenciales para personas mayores en el Reino Unido son los llamados *nursing homes* y los *residential care homes*¹⁴. Junto con ellos, cabe destacar los modelos de *extra care housing* y *sheltered housing*, equiparables a las viviendas comunitarias o apartamentos tutelados en España.

- Como en el resto de los países analizados, el servicio de asistencia domiciliaria ofrece en Suecia tanto servicios de atención personal como servicios de atención doméstica. Además de los servicios convencionales de asistencia

domiciliaria, existen en Suecia tres prestaciones económicas de interés:

- Algunos municipios ofrecen, de forma discrecional, una prestación para las personas cuidadoras (*hemvardsbidrag*), que ronda, dependiendo de los ayuntamientos, los 500 euros mensuales. Esta prestación complementa, y no sustituye, los servicios de atención directa.
- Los municipios también pueden ofrecer una prestación (*anhoriganställning*) similar a la PECEF española, mediante la cual un/a familiar o allegado atiende a la persona con dependencia, en condiciones similares a los/as profesionales del servicio de asistencia domiciliaria (SAD). El uso de esta prestación es muy reducido.
- Además, las personas con discapacidad menores de 65 años pueden obtener una prestación económica para la contratación de un asistente personal, en el marco de la Ley de Discapacidad. Esta prestación está gestionada por la Seguridad Social y se dirige a las personas con necesidades de atención que exceden las 20 horas semanales.

En lo que se refiere a las fórmulas de alojamiento residencial, Suecia engloba dentro del concepto de *särskilt boende* o alojamiento especial el conjunto de las plazas residenciales para personas mayores enmarcadas en el ámbito de los servicios sociales, si bien cabe señalar que, en la práctica —debido a sus características arquitecturales y organizativas—, estas plazas residenciales pueden estar más cerca de las viviendas asistidas o apartamentos tutelados de nuestro entorno que de los centros residenciales clásicos.

- En Dinamarca, además de los servicios habituales (atención domiciliaria y residencial), se contemplan otros dos servicios de interés. Por una parte, los ayuntamientos están obligados a ofrecer a todas las personas mayores de 75 años al menos una visita domiciliaria al año, de carácter preventivo, al objeto de revisar su situación funcional, social, psicológica y relacional. También se ofrecen visitas de este tipo a las personas de menor edad que se consideran en situación de riesgo. Además, los ayuntamientos daneses están obligados a ofrecer un programa específico de actividades de rehabilitación a las personas usuarias de la atención domiciliaria¹⁵.

¹⁵ En la línea del paradigma del envejecimiento activo, los servicios de asistencia domiciliaria han ido orientándose en diversos países de nuestro entorno a la prestación de servicios, más o menos intensivos, de rehabilitación. Los servicios de recapacitación o rehabilitación a domicilio constituyen una nueva modalidad de atención domiciliaria, particularmente desarrollada en el Reino Unido, los Países Bajos o Dinamarca. A diferencia de los servicios tradicionales de atención domiciliaria, la recapacitación habitualmente es de tiempo limitado (por lo general, de seis a doce semanas) y está orientada a maximizar la independencia mediante una intervención intensiva orientada, personalizada y multidisciplinaria. Este tipo de programas

¹⁴ Los *residential care homes* (o *care homes*, en general) son centros residenciales orientados a personas mayores en situación de dependencia o que precisan de apoyo para las actividades de la vida diaria, pero que no presentan necesidades sustanciales en materia de salud.

Además de los servicios de asistencia domiciliaria y residencial, las personas en situación de dependencia que residen en sus hogares pueden recibir otros apoyos, como la prestación para contratar a un/a asistente personal —que puede ser una persona del entorno familiar— o una prestación económica para las personas cuidadoras que interrumpen su actividad laboral. Esta prestación se diferencia de otras prestaciones para los cuidados familiares, como la PECEF en España, en su mayor cuantía¹⁶ y menor duración temporal, en tanto en cuanto están diseñadas para la cobertura de situaciones temporales o excepcionales, así como en el hecho de que están dirigidas exclusivamente a las personas que dejan temporalmente de trabajar en el mercado laboral para dedicarse a los cuidados.

- La variedad de fórmulas organizativas y de financiación de los cuidados a las personas dependientes en los Países Bajos dificulta su descripción. En todo caso, cabe señalar, en lo que se refiere a los cuidados a domicilio, que las prestaciones varían en función del marco a través del cual se financien los servicios. De forma muy resumida, las prestaciones de la Ley de Atención Social tienen un carácter más socioeducativo, y las vinculadas al seguro de salud, un carácter básicamente sanitario, equiparable a la enfermería a domicilio en España; en cambio, las del sistema de atención a la dependencia se centran más en los cuidados personales y en la atención doméstica.

Por otro lado, cabe destacar que el modelo neerlandés prevé la posibilidad de prestar el servicio de forma intensiva, durante 24 horas, como alternativa a la institucionalización para las personas con necesidades de cuidados de alta intensidad, siempre que los costes de este tipo de atención no superen los de la atención residencial¹⁷.

se enmarcan en un modelo más amplio de intervención basado en la idea de las “cuatro r” —recapacitación, reactivación, rehabilitación y restauración— y se han ido extendiendo a lo largo de los últimos años en muy diversos países. Más allá de la adecuación de la terminología, el amplio corpus de evaluación desarrollado durante los últimos años en torno a este tipo de intervenciones parece apuntar a su utilidad en relación con la orientación de los servicios convencionales de asistencia domiciliaria, si bien la evidencia al respecto dista de ser concluyente.

¹⁶ La prestación equivale al 100 % del salario que deja de percibir la persona cuidadora, siempre que no se supere un umbral situado en torno a los 3.000 euros.

¹⁷ Otros países han desarrollado servicios de atención domiciliaria de 24 horas de forma experimental. En 2014, el Servicio de Salud irlandés puso en marcha un programa piloto denominado Paquetes de Atención Domiciliaria Intensiva (*Intensive Home Care Support Packages*) dirigido a personas con demencia, con el que se pretendía no solo aumentar la intensidad del servicio, sino también la diversidad de apoyos, mediante la intervención de un/a gestor/a de casos especializado/a que tenía a su disposición una amplia gama de servicios y prestaciones (asistencia domiciliaria, servicios de respiro, ayudas técnicas, intervenciones terapéuticas). Las evaluaciones del programa ponen de manifiesto que las personas participantes no sufrieron deterioros en su calidad de vida —frente al deterioro habitual en las personas con demencia que no acceden a estos servicios—, así como niveles elevados de satisfacción entre las personas cuidadoras y una reducción en los niveles de carga percibidos por estas

En lo que se refiere a la oferta residencial, cabe destacar dos modalidades básicas: los denominados *verpleeghuis* acogen a personas mayores dependientes con necesidades sanitarias más intensas y se caracterizan por la obligación de disponer de personal de enfermería durante las 24 horas del día. Los llamados *verzorginghuis* están orientados a personas mayores en situación de dependencia o que precisan de apoyo para las actividades de la vida diaria, pero que no presentan necesidades sustanciales en materia de salud. Se diferencian de los anteriores en el hecho de que no cuentan con presencia permanente de personal de enfermería.

7. Aspectos relacionados con el personal y con las entidades proveedoras de los servicios de atención

7.1. Las entidades proveedoras de los servicios

El análisis de los modelos de atención establecidos en los países de nuestro entorno pone de manifiesto el creciente peso de las entidades privadas, con y sin fin de lucro, en lo que se refiere a la provisión de los servicios, tanto domiciliarios como residenciales. Si bien no puede hablarse de un proceso de privatización —en la medida en que la responsabilidad sobre la asignación de los servicios y sobre su financiación corresponde a la administración pública—, es evidente el creciente protagonismo de las entidades privadas (con o sin fin de lucro) en la provisión del servicio, en consonancia con la importancia concedida al principio de libre elección. En todo caso, el protagonismo de las entidades privadas y del principio de libre elección no está reñido con la participación de entidades de titularidad pública como proveedoras de servicios, en competencia con otras entidades privadas con y sin fin de lucro.

En sentido contrario, puede hablarse de una cierta tendencia a la remunicipalización o republicación de los servicios, si bien no puede decirse que se trate de una tendencia generalizada (más bien al contrario). En cualquier caso, se han detectado en la revisión realizada algunas experiencias —en general, de ámbito local— orientadas a la participación de las administraciones públicas en la provisión del servicio, mediante la creación de empresas públicas o cooperativas de servicios públicos, que pueden resultar de interés.

Se describe a continuación el papel que la iniciativa privada juega en cada uno de los sistemas analizados:

personas. Las evaluaciones realizadas también indican un coste total que —si bien elevado— no es superior al correspondiente a la atención residencial convencional (siempre que no se tenga en cuenta la dedicación del apoyo informal, mayor en el caso de la atención domiciliaria que en el caso de la atención residencial).

- Como ya se ha señalado, una de las principales características del modelo alemán se refiere al papel que asigna al funcionamiento del mercado y a la competencia entre los diversos operadores, desde una lógica mercantil en la que se considera que el consumidor elige el proveedor de servicios que presta un servicio de mejor calidad o a mejor precio. También la idea de la subsidiariedad juega un papel importante en la política social alemana, de forma que la Administración tiende a intervenir únicamente cuando el mercado y la iniciativa social no son capaces de dar respuesta a las necesidades. En ese marco, las personas usuarias pueden elegir entre entidades privadas con y sin fin de lucro, siendo el papel de las entidades públicas muy minoritario¹⁸.
- De acuerdo con el principio de libre elección en el que se basa el modelo, y a través de la APA, las personas usuarias pueden elegir en Francia entre un proveedor público, uno privado con fin de lucro o uno privado sin fin de lucro, siempre lógicamente que existan plazas disponibles en su territorio. En el caso de las residencias, los centros públicos suelen a menudo depender de centros hospitalarios o de centros municipales de acción social (CCAS), de ámbito y responsabilidad municipal. De acuerdo con los datos disponibles, correspondientes a 2015, el 52 % de las plazas residenciales son de titularidad pública, el 28,7 % corresponde a entidades privadas no lucrativas, y el 19,2 %, a entidades privadas lucrativas. En el caso de la atención domiciliaria, la mayor parte de las entidades proveedoras de servicios son bien entidades privadas, bien entidades públicas dependientes de ayuntamientos y mancomunidades¹⁹.
- En Escocia, el 42 % de las personas atendidas por el servicio de asistencia domiciliaria lo están por un proveedor de servicios de titularidad pública (ya sea un ayuntamiento, el servicio de salud o uno de los partenariados sociosanitarios antes señalados), y el 45 %, por una empresa privada. Solo el 3,5 % de las personas atendidas reciben servicios de entidades del tercer sector. En lo que se refiere a la atención residencial, en el conjunto del Reino Unido el 78 % de las plazas son gestionadas por entidades privadas con fin de lucro; el 12,3 %, por entidades privadas sin fin de lucro, y el 9 %, por otros proveedores, fundamentalmente entidades públicas.
- Como se ha señalado, en Suecia se ha impulsado durante los últimos años el principio de libre elección, en virtud del cual las administraciones municipales están obligadas a ofrecer más de un proveedor a las personas usuarias. Con todo, la mayor parte de la oferta, salvo en las grandes zonas urbanas, es pública. En el servicio de asistencia domiciliaria, se calcula que el 26 % de las entidades que operan en el mercado —y una proporción similar de las horas prestadas— corresponde a entidades privadas con fin de lucro. En la atención residencial, en 2019 el 83 % de los centros y el 79 % de las plazas eran de titularidad pública²⁰.

7.2. El personal de los servicios

En lo que se refiere al personal de los servicios, las cuestiones que cabe analizar son dos: por una parte, los requisitos que se establecen tanto desde el punto de vista de las ratios de atención como de la cualificación de los/as profesionales; por otra parte, la determinación de las condiciones laborales y el grado de profesionalización del sector (que, en parte, se deriva del recurso al mercado informal, constituido, mayoritariamente, por cuidadoras inmigrantes).

A ese respecto, cabe señalar que buena parte de los países analizados regulan de forma muy laxa las dotaciones de personal, incluso en el ámbito residencial:

- En el caso sueco, por ejemplo, la normativa no establece ratios determinadas o cualificaciones específicas en lo que se refiere al personal que trabaja en los servicios de atención domiciliaria o residencial. En ese contexto, el Consejo de Servicios Sociales y de Salud se limita a recomendar que las personas que prestan servicios de atención directa deben, al menos, haber realizado una formación general en el ámbito de los cuidados (800 o 1.500 créditos) y una formación especializada en geriatría de al menos 300 créditos; tener un nivel suficiente de expresión oral en sueco; haber adquirido una serie de competencias básicas en ámbitos como los cuidados, la comunicación, la normativa de aplicación en el ámbito de los servicios sociales, el envejecimiento, la intervención social o el tratamiento de las limitaciones funcionales.
- En el caso británico, la regulación es de carácter genérico y no se establecen ratios mínimas de personal ni dotaciones obligatorias de figuras profesionales concretas, más allá de la existencia de un servicio permanente de enfermería en los centros residenciales con enfermería. La regulación relativa al personal establece,

¹⁸ En el caso de la asistencia domiciliaria, el 51 % de las personas usuarias acceden a entidades privadas con fin de lucro; el 47 %, a entidades sin fin de lucro, y menos del 2 %, a entidades públicas. En el caso de los centros residenciales, las entidades públicas gestionan el 6,1 % de las plazas; las entidades sin fin de lucro, el 54 %, y las entidades privadas con fin de lucro, el restante 40 %.

¹⁹ A título de ejemplo, en la región de la Nueva Aquitania, de las cerca de 750 entidades prestadoras de servicios de atención a domicilio, 185 son entidades privadas con fin de lucro; 290, entidades sin fin de lucro, y 286, entidades públicas, que representan por tanto casi el 40 % de las entidades proveedoras (si bien, en este caso, se incluyen también las entidades que prestan servicios de carácter sociosanitario mediante los denominados SSIAD).

²⁰ Cabe señalar además que la oferta privada está particularmente concentrada en un número relativamente reducido de municipios, de tal forma que el 66 % de los municipios suecos carecen de plazas privadas en su territorio.

concretamente, que se debe desplegar un número suficiente de personas adecuadamente calificadas, competentes, capacitadas y con experiencia para cumplir con los requisitos. En cualquier caso, los reglamentos aplicados para la gestión de la calidad en los centros establecen diversas medidas de cara a la selección del personal y a su formación inicial²¹.

- La normativa francesa no establece requisitos mínimos en relación con la dotación de personal, aunque sí especifica las figuras profesionales que deben formar parte de la dotación de personal del centro. En el caso de los EHPAD, la norma señala únicamente que, para llevar a cabo su misión, además del director y del personal administrativo, el centro residencial asistido debe contar con un equipo multidisciplinar que cuenta al menos con un médico coordinador²², un profesional de enfermería, auxiliares sanitarios, profesional de psicología, acompañantes educativos y personal psicoeducativo. En el caso de las unidades reforzadas —destinadas a personas que sufren problemas de comportamiento severos derivados de enfermedades neurodegenerativas asociadas a la demencia—, deben contar además con un fisioterapeuta, un auxiliar especializado en geriatría y personal sanitario de noche. Se exigen también que todo el personal de la unidad cuente con formación sobre enfermedades neurodegenerativas, en general, y especialmente sobre el tratamiento de problemas de comportamiento.
- En Alemania, los estados determinan las ratios de atención mínima en las residencias, así como las cualificaciones de los profesionales.

El recurso al cuidado formal prestado por personas inmigrantes constituye un fenómeno de amplio alcance en los países analizados, fundamentalmente en Italia y Alemania. Cabe señalar, por último, que las condiciones laborales en el sector son, en todos los países analizados, peores que en otros sectores de la economía, y que existen problemas de importancia tanto para la captación como para la retención del personal (Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2020).

Como ejemplo de las iniciativas desarrolladas para la mejora de las condiciones laborales en el sector,

²¹ Los/as profesionales de atención directa que prestan sus servicios en los centros residenciales y no forman parte de las profesiones reguladas (enfermería, medicina, trabajo social) deben además obtener el llamado *care certificate*, un título que acredita la formación y la experiencia necesarias para el desempeño de las actividades de atención directa. Si bien está específicamente orientado al personal que inicia su carrera en el sector, también se plantea como una herramienta de reciclaje y formación permanente. Para obtener el certificado, se deben demostrar conocimientos y experiencia suficiente en quince estándares básicos, relacionados, entre otros elementos, con la equidad y la diversidad, la atención centrada en la persona, la privacidad y la dignidad, la nutrición, la salud y la seguridad o la prevención de infecciones.

²² En el caso de esta figura profesional, que determina el carácter medicalizado de los centros, sí se establecen determinadas ratios mínimas.

cabe destacar dos experiencias de interés, ambas desarrolladas en Alemania. Por una parte, en 2020 se estableció un salario mínimo de 11,35 euros brutos por hora en Alemania occidental y 10,85 euros brutos por hora en Alemania oriental para el personal que trabaja en el sector de los cuidados a las personas mayores, incluido tanto el personal de atención directa de los centros residenciales, como las auxiliares a domicilio cubiertas por la prestación de cuidados profesionales y las cuidadoras contratadas como internas mediante la prestación de cuidados no profesionales. Por otra parte, Alemania ha impulsado modelos de contratación de personal extranjero en origen tanto para trabajar en el sector residencial como en el sector de los cuidados formales a domicilio, mediante una oficina específicamente destinada a este fin y que presta servicios a las entidades que trabajan en el ámbito de la salud y de los servicios sociales. Esta agencia facilita los procesos de convalidación de la formación del personal extranjero que quiere trabajar en Alemania en el ámbito sociosanitario, gestiona los procedimientos para la obtención de los permisos de residencia y de trabajo y colabora con las empresas en la selección del personal. En el mismo sentido, la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ) ha establecido un programa para la captación, formación e inserción laboral de personal de cuidados y de enfermería de una serie determinada de países (en la actualidad, Bosnia-Herzegovina, Filipinas y Túnez).

8. La financiación de los servicios

Las cuestiones relativas a la financiación de los servicios pueden analizarse desde tres puntos de vista: por una parte, la fórmula básica utilizada para la financiación del gasto público (impuestos generales o cotizaciones sociales); por otra, la participación de otros sistemas —salud, vivienda, garantía de ingresos— en la financiación del gasto; y, por último, la forma en la que se articula la participación económica de las personas usuarias.

8.1. Impuestos generales frente a cotizaciones sociales

Para financiar los servicios de atención a la dependencia, la mayor parte de los países recurren a la financiación general mediante impuestos, de la misma forma en la que se financian el resto de los servicios públicos. Algunos países, sin embargo, han optado por fórmulas de aseguramiento público o tributación finalista, mediante la creación de impuestos o cotizaciones que se destinan de forma expresa y específica a la financiación de estos gastos. El recurso a los impuestos generales —locales o estatales— se da tanto en los modelos universales como en los modelos selectivos, y tanto en países con niveles elevados de presión fiscal como en los países con bajos niveles de presión fiscal. Se observa, en cualquier caso, una correlación clara entre el gasto destinado a los cuidados de larga

duración y la capacidad de recaudación mediante impuestos generales de cada país, de forma que cuanto mayor es la presión fiscal mayor es el gasto en estas partidas (y viceversa) (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2021).

Frente a los impuestos generales, Alemania o los Países Bajos han optado por los seguros sociales, al igual que, fuera de Europa, Corea o Japón²³. Estos modelos se basan en una lógica de aseguramiento público, en virtud de la cual toda la población abona unas cotizaciones determinadas, de forma que puede acceder a unos servicios previamente definidos cuando el riesgo cubierto —en este caso, la dependencia— se materializa. Las cotizaciones se derivan, en general, de los ingresos laborales de las personas aseguradas y son abonadas por las personas trabajadoras, por las empresas o por ambas partes. A diferencia de lo que ocurre con las pensiones o las prestaciones por desempleo, el montante o el nivel de las prestaciones y servicios que se reciben en el marco de este seguro no depende de las cotizaciones previas, sino del nivel de necesidad (en este caso, del nivel de dependencia establecido a partir de una valoración objetiva). Por otra parte, toda la población queda cubierta por el sistema de aseguramiento público, independientemente de su estatus laboral. Por lo general, una vez cubierta una persona por un seguro de este tipo, la renta de la persona asegurada no incide en el tipo de servicio recibido:

- En Europa, el modelo de aseguramiento público más conocido es el alemán. Se basa en una cotización obligatoria de las empresas y los trabajadores que asciende normalmente al 3,05 % del salario, que abonan a partes iguales la persona trabajadora y la empresa (1,525 % por cada parte). En el caso de las personas sin hijos/as —en la medida en que se piensa que requerirán en el futuro mayor apoyo formal—, la cotización de la persona trabajadora es del 1,775 % del salario. El acceso a las prestaciones requiere de un periodo de cotización previa de dos años. El sistema es gestionado por las mutuas o cajas gestoras del seguro de dependencia (*Pflegekassen*), dependientes a su vez de las cajas gestoras del seguro de salud. En la actualidad, existen 161 seguros públicos y 43 seguros privados, y su alcance es generalmente regional.
- Como en Alemania, la atención a la dependencia en los Países Bajos se financia a través de un seguro obligatorio para todos los trabajadores y las empresas del país. La prima que se paga por el seguro de cuidados de larga duración es del 9,65 % del impuesto sobre la renta, con un límite máximo de 33.589 euros en 2020.

²³ Aunque en general se trata de sistemas establecidos a escala estatal, hay también experiencias de seguros de dependencia establecidos a escala regional, como el seguro de dependencia de Flandes (que se limita en cualquier caso a complementar el gasto que en ese ámbito realiza la administración estatal).

Esta prima se destina a financiar el Fondo de Atención a la Dependencia, mediante el que se ofrece una cobertura universal a toda la población neerlandesa en materia de atención a la dependencia. Por el contrario, los servicios domiciliarios prestados en el marco de la Ley de Asistencia Social se financian mediante impuestos generales.

- En el caso de Francia, aunque no cabe hablar de un sistema de aseguramiento, también existe una tributación finalista que abonan las empresas y las personas trabajadoras y se destina a la financiación del sistema de dependencia. Mediante esta fórmula, las empresas abonan una cotización del 0,3 % de los salarios abonados a sus trabajadores²⁴. Otra parte de la financiación del sistema de atención a la dependencia se realiza a través de una cotización adicional, también del 0,3 %, que se aplica a las pensiones de jubilación e invalidez.

8.2. La participación de otros sistemas en la financiación de los cuidados de larga duración

En algunos países, participan en la financiación de los servicios de atención a la dependencia otros sistemas del Estado del bienestar, como el sistema de salud, la Seguridad Social o el sistema de asistencia social / garantía de ingresos. En el caso francés, por ejemplo, los seguros de salud financian íntegramente la atención sanitaria que se presta a las personas usuarias de los centros residenciales, quedando la financiación de estos servicios fuera del copago que abonan las personas usuarias. Además, las personas usuarias de los centros residenciales y que carecen de recursos suficientes para financiar la tarifa de alojamiento y manutención establecida por el centro residencial pueden solicitar diversas prestaciones económicas para el pago de esta tarifa. Así, los usuarios que no tienen recursos económicos suficientes para el pago de esa tarifa pueden recurrir a prestaciones de garantía de ingresos para su pago (*aide sociale a l'hebergement, allocation de logement sociale o aide personnalisée de logement*).

8.3. La participación económica de las personas usuarias

La mayor parte de los modelos de atención a la dependencia contemplan la participación económica de las personas usuarias en su financiación, si bien esta financiación varía tanto desde el punto de vista del porcentaje del coste total del que se hacen cargo las personas usuarias, como desde el punto de vista de los criterios que se utilizan para determinar el copago. Los

²⁴ Esta cotización se introdujo en 2004, a cambio de la eliminación de un día festivo del calendario laboral, y representa una recaudación de unos 2.000 millones de euros. Se calcula que el coste total de la *Allocation personnalisée d'autonomie* asciende a 5.000 millones de euros, de los que un 35 % es financiado por la Caja de Dependencia nacional, mediante esta cotización, y el 65 %, por los departamentos.

modelos o enfoques más interesantes, en cuanto a la determinación del copago, son los siguientes:

- Los países nórdicos tienden a aplicar un modelo de gratuidad casi total en los servicios domiciliarios, mientras que en los residenciales se abonan básicamente los costes relativos al alojamiento y la manutención. En Suecia, por ejemplo, en el caso del servicio de asistencia domiciliaria, cada ayuntamiento determina el nivel de copago al que debe hacer frente la persona usuaria, de acuerdo con las horas de servicio prestadas, la renta de la persona usuaria y los límites establecidos al respecto por la normativa nacional²⁵. En general, no se establecen diferencias entre la atención doméstica y la personal. En el caso la atención residencial, se diferencia entre los aspectos asistenciales (cuidados personales) y los hoteleros (alojamiento y alimentación). En lo que se refiere a los costes asistenciales, el copago de las personas usuarias se determina en función de la renta, teniendo en cuenta el copago mensual máximo establecido a escala estatal, que, como se ha señalado, es muy reducido. En cuanto al componente hotelero, el alojamiento se cubre mediante un contrato de alquiler del apartamento o habitación y el precio se establece en función de los costes de alquiler de cada zona y el tamaño y características del apartamento o habitación. A ello se suma el coste de la alimentación, que es facturado aparte y de forma distinta por cada municipio.
- En el caso de Alemania, el sistema de copago se estructura en función de la prestación económica que reciben las personas dependientes en el marco del seguro de dependencia y no se vincula a la renta de las personas usuarias, sino a su grado de dependencia y al precio del servicio al que acceden, en la medida en que el copago se corresponde a la diferencia entre el precio del servicio y la prestación recibida. Dentro de unos límites, el precio es libremente fijado por los proveedores.
- Como en Alemania, el sistema de copago en Francia depende de la cuantía de la prestación de atención a la dependencia (*allocation personnalisée d'autonomie*) que reciben las personas dependientes, tanto si reciben atención domiciliaria como si reciben atención residencial. En ambos casos, el copago se relaciona con la renta de las personas usuarias, ya que el montante de la prestación se determina teniendo en cuenta tanto el grado de dependencia como la renta individual. Como se ha señalado previamente, la tarificación de las residencias en Francia también distingue tres componentes—alojamiento, atención sanitaria y atención a la

²⁵ En ese sentido, la administración central establece cada año —tanto para la atención domiciliaria como para la atención residencial— un copago mensual máximo, independientemente de la titularidad del centro elegido y del municipio de residencia. En 2020, el copago máximo ascendía a 2.183 coronas mensuales (en torno a 210 euros).

dependencia—, de forma que la APA cubre una parte o la totalidad de los costes de atención a la dependencia. Los costes sanitarios los cubre el sistema de salud y los costes de alojamiento y manutención son cubiertos por la persona usuaria, que puede recurrir, si carece de ingresos, a las ayudas asistenciales disponibles.

- Escocia establece desde 2002 un sistema de atención personal gratuita (*free personal care*), mediante el cual las personas que cumplen los criterios de acceso determinados por cada ayuntamiento acceden de forma gratuita a los servicios de cuidado, tanto en el ámbito domiciliario como en el ámbito residencial. En el caso de la atención domiciliaria, el componente de cuidados personales es gratuito en los servicios de asistencia domiciliaria para toda la población mayor de 65 años con necesidades de atención, independientemente de su renta. Por el contrario, la atención doméstica está sujeta a copago, con criterios y normas diferentes en función del municipio, al igual que el uso de los servicios de atención diurna. En todo caso, la atención doméstica es también gratuita para las personas mayores con ingresos inferiores a un umbral determinado. En el caso de la atención residencial, la administración local abona directamente los gastos relativos a la atención sanitaria y personal a los centros residenciales, mientras que las personas usuarias abonan los gastos de manutención y alojamiento en función de su renta y patrimonio.

9. Las herramientas para la inspección, la evaluación y la gestión de la calidad

La irrupción de proveedores privados y el renovado énfasis en la libre elección de las personas usuarias al que antes se ha hecho referencia ha puesto sobre la mesa la necesidad de establecer —tanto en lo que se refiere a la atención residencial como a la atención domiciliaria— nuevos marcos de regulación, autorización, acreditación e inspección de los servicios sociales o de atención a la dependencia. Estos nuevos marcos de regulación, autorización, inspección y evaluación prestan una especial atención, frente a la regulación *ex ante* de los elementos relacionados con las estructuras y los procesos de intervención, a la evaluación *ex post* de los resultados, desde la óptica de la calidad de vida de las personas usuarias.

Como se ha señalado en otros trabajos (Leturia *et al.*, 2019), en el panorama internacional pueden distinguirse dos orientaciones claras, y en cierto modo antitéticas, en lo que se refiere a la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración:

- De una parte, los modelos básicamente orientados a la regulación *ex ante*, en los que la normativa detalla de forma exhaustiva los

requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los servicios y centros. Esta normativa tiende a centrarse en los aspectos estructurales y de personal (*inputs*) más fácilmente comprobables y en determinados indicadores de proceso (*outputs*), pero presta poca atención a los indicadores de resultados (*outcomes*) relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias.

- De otra parte, los modelos básicamente orientados a la evaluación *ex post* de los procesos de atención y, crecientemente, de sus resultados. Si bien, lógicamente, todos los países establecen una regulación básica sobre el acceso al mercado de los cuidados y permite una mínima garantía de la calidad en el servicio, los países que aplican esta orientación han desarrollado una normativa inicial relativamente laxa, definiendo los criterios de atención de forma genérica (tanto en lo que se refiere a los requisitos funcionales como a los materiales o de personal). En estos países, el núcleo de los sistemas de gestión de la calidad corresponde a los procedimientos de inspección o evaluación, a través de los cuales se establecen los requisitos que los centros y servicios han de cumplir.

Se recoge a continuación las experiencias, herramientas o estructuras de mayor interés:

- En Escocia, los procesos de autorización, acreditación y evaluación de los servicios sociales son competencia del Care Inspectorate, un organismo autónomo responsable de registrar e inspeccionar las más de 14.000 entidades de servicios sociales registradas en el país. El marco de autorización, acreditación y evaluación de los servicios que establece esta entidad se articula a través de cuatro elementos básicos: a) el registro de las entidades y de las personas profesionales; b) las inspecciones o evaluaciones de servicios; c) la publicación de los resultados de esas evaluaciones; y d) los estándares de calidad sobre las que se basan estas evaluaciones.

En primer lugar, todas las entidades que prestan servicios sociales y sanitarios deben registrarse en el Care Inspectorate de cara a poder prestar sus servicios, ya sea como proveedoras de la Administración, ya sea como proveedoras de servicios privados²⁶. Una vez registrado el servicio, debe someterse a una inspección anual, diseñada a partir de estándares de calidad que se sustentan en cinco principios —dignidad y respeto, compasión, inclusión,

atención y apoyo sensibles, y bienestar— y en cinco resultados principales²⁷. La inspección realizada da pie a una calificación general de seis puntos que va del nivel “insatisfactorio” al nivel “excelente”. La puntuación y el informe de las evaluaciones de cada centro se publica en la web del Care Inspectorate, de forma que todas las personas interesadas pueden acceder a la información relativa a cada servicio. Para ello, el Care Inspectorate ofrece un buscador de centros y servicios en el que, además de ofrecer la información básica del servicio, se indica su calificación general y los informes de evaluación realizados a lo largo de los años, así como las quejas recibidas y, en su caso, las suspensiones o intervenciones realizadas en el servicio²⁸.

- Con funciones similares al Care Inspectorate escocés, la Comisión de Calidad de la Atención (CQC) inglesa es un organismo público ejecutivo no departamental, independiente, encargado de regular los servicios de salud y sociales de Inglaterra, así como de autorizar la prestación de un servicio por parte de un proveedor mediante su registro, para lo cual deben respetarse una serie de estándares de calidad. Su función es registrar la provisión de atención social y sanitaria, y, atendiendo a la ley, su principal función es “proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud”. Las actividades de la Comisión consisten en registrar a los agentes proveedores de servicios, monitorizar, inspeccionar y evaluar los servicios, proteger a las personas usuarias de los servicios, mediante las medidas necesarias en cada caso, publicar guías y estándares para la correcta interpretación y aplicación de la normativa vigente, contribuir al debate y a la reflexión, desde una posición independiente, sobre las principales cuestiones relativas a la calidad en la atención social y sanitaria mediante publicaciones.
- Como se ha dicho antes, el sistema alemán se basa en buena medida en la competencia entre proveedores y en la libertad de elección de las personas usuarias. En ese contexto, establece escasas barreras de entrada para los proveedores

²⁷ Planteados en primera persona del singular, los resultados son los siguientes: a) recibo una atención y un apoyo de alta calidad que es adecuada para mí; b) participo plenamente en todas las decisiones relativas a mi atención y apoyo; c) confío en las personas que me apoyan y cuidan; d) confío en la organización que me proporciona los cuidados y el apoyo; e) el servicio se presta en un entorno de alta calidad (en el caso de que se preste en instalaciones propias de la entidad proveedora).

²⁸ Además de las inspecciones, el Care Inspectorate es responsable de gestionar y dar respuesta a las quejas o reclamaciones planteadas por las personas usuarias o sus familiares. Estas quejas pueden ser planteadas —si se desea de forma anónima— por escrito, por teléfono o de forma virtual. Por otro lado, el Care Inspectorate es competente para adoptar medidas sancionadoras y para requerir la adopción de cambios en las condiciones en las que se presta el servicio, en el caso en los que se detectan incumplimientos de la normativa o prácticas inadecuadas, siempre a partir de la constatación de una atención de escasa calidad.

²⁶ Además del registro de los centros, los profesionales de la atención que tienen la cualificación necesaria también deben acreditarse ante el Scotland Social Services Council. Se trata de un registro público, consultable en línea, en el que actualmente están registrados más de 100.000 profesionales. La inscripción en el registro puede ser revocada en caso de que se detecten y acrediten casos de mala práctica en el ejercicio de las tareas profesionales. Las suspensiones se publican con carácter cautelar en la propia página del Council, indicándose el nombre de la persona suspendida y la duración de la suspensión.

de servicios —es decir, unos mecanismos laxos de acreditación o habilitación—, pero impone, por el contrario, un sistema de evaluación muy exhaustivo. Así, todos los servicios y centros de atención deben ser inspeccionados al menos una vez al año, a través de visitas que no son previamente anunciadas, realizadas por un equipo de profesionales especializados adscrito a cada consejo médico del seguro de salud regional (MDK). Las inspecciones se basan en estándares de calidad acordados entre las cajas de los seguros y las entidades proveedoras²⁹. Como en Escocia, los informes de evaluación y las calificaciones de cada centro se publican regularmente, de forma que las personas interesadas en la elección de un centro —además de cualquier otra persona o entidad, incluyendo las empresas de la competencia o las entidades contratantes— pueden acceder a los informes de evaluación realizados a cada centro.

- En el caso de Francia, la Alta Autoridad de Salud (HAS) es responsable de la definición de las buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario, la definición de los criterios para el desarrollo de evaluaciones de centros y servicios, y de la habilitación de los organismos externos responsables de llevar a cabo las evaluaciones de dichos centros y servicios. Se orienta al conjunto de los servicios sociales y sanitarios, y no únicamente a los servicios de atención a la dependencia.

La principal herramienta para la gestión de la calidad en los centros residenciales en Francia es la llamada Convención Plurianual de Objetivos y Medios (CPOM), mediante la cual se habilita a un centro a dar servicio a personas usuarias de la APA y se establecen —de forma individualizada, negociada y tripartita— las condiciones de prestación del servicio y los objetivos en términos de calidad. La CPOM se plantea, por tanto, al mismo tiempo como herramienta de contratación para cada entidad prestadora de servicios, herramienta para la planificación de la red de atención en el territorio y herramienta para la determinación de los servicios a prestar y para la mejora de la calidad, a partir de las directrices de buena práctica establecidas por la Alta Autoridad de Salud (HAS). Más allá de estas cuestiones, la CPOM constituye una herramienta básica para determinar la financiación de cada centro y para la habilitación con el departamento, que permite, a

su vez, que las personas usuarias puedan recibir las ayudas sociales departamentales para el pago de la tarifa por alojamiento y manutención. La suscripción y renovación de las CPOM está parcialmente supeditada a las evaluaciones internas y externas que cada centro está obligado a suscribir.

- Las herramientas para la regulación y la evaluación del modelo de atención en Suecia se caracterizan por su simplicidad. A diferencia del caso francés o alemán, por ejemplo, no existe una normativa que regule en detalle la prestación de los servicios y tampoco existe un marco estricto para garantizar la calidad de la atención mediante inspecciones y evaluaciones —ya sean internas o externas— como existe en Francia, Alemania o el Reino Unido. En Suecia, ni las instalaciones, ni las dotaciones de personal, ni los procedimientos de atención están explícitamente regulados en una norma de carácter estatal y son definidos por los municipios, que tienen un amplio margen de autonomía para definir las características de los servicios que contratan.

En ese marco, la Inspección de Salud y Servicios Sociales (Inspektionen fr Vard och Omsorg) es la responsable de conceder la autorización de apertura de cualquier centro residencial o servicio de asistencia domiciliaria, además de inspeccionar su funcionamiento y de investigar las quejas recibidas. A su vez, el Consejo de Salud y Servicios Sociales (Socialstyrelsen) es responsable de regular los servicios sociales y de promover la gestión del conocimiento en ese campo, lo que se traduce en la generación y publicación de recomendaciones, directrices, estadísticas e investigaciones sobre los diferentes servicios.

²⁹ El cumplimiento de los criterios de calidad se evalúa analizando la situación de una muestra de las personas usuarias del centro o servicio (entre 5 y 15 personas), así como mediante una encuesta específica realizada a las personas usuarias o a sus familiares. Los criterios que se toman en cuenta no recogen, en general, las cuestiones estructurales o de personal (ratios, cualificaciones), sino que se centran en los procesos y resultados de las tareas de atención. El procedimiento de inspección se traduce en una puntuación específica para cada área o indicador analizado, que da lugar a una calificación o nota global, y en un informe de resultados interno en el que se recogen una serie de recomendaciones de mejora y los elementos que, en su caso, deben ser modificados de cara a la posterior visita de inspección.

- COMITÉ DE PROTECCIÓN SOCIAL Y COMISIÓN EUROPEA (2021): *Long-term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*, vol. 1, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2767/677726>>.
- FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO (2020): *Long-term Care Workforce: Employment and Working Conditions*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2806/36712>>.
- HARRINGTON, C. *et al.* (2012): “Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries”, *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 44, nº 1, págs. 88-98, <<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01430.x>>.
- LETURIA, M.; ZALAKAIN, J.; MENDIETA, A. y CARCAVILLA, A. (2019): *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional*, Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, <<https://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio/584/>>.
- MONTERO, M. (2018): “Alternativas de viviendas para personas mayores en Alemania”, en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (ed.), *Viviendas para personas mayores en Europa: nuevas tendencias para el siglo XXI*, serie Papeles de la Fundación, nº 3, Fundación Pílares, págs. 91-136.
- OCDE (2021): *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>>.
- ROTHGANG, H. (2019): *Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes*, Bundesministerium für Gesundheit.
- SANCHO, M. y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2020): *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos. Residencias para personas mayores, ¡no más de lo mismo!*, Valladolid, Gerencia de Servicios Sociales, <<https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/888/811/estudio%20modelos%20residenciales%20internacionales2n.pdf>>.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2011): *Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/175166>>.
- (2021): *Gasto, financiación y sostenibilidad de los servicios sociales en Euskadi / Euskadiko gizarte zerbitzuen gastua, finantzaketa eta jasangarritasuna*, Donostia-San Sebastián, Departamento de Políticas Sociales, <<https://www.siiis.net/documentos/ficha/565797.pdf>>.
- (2022): *Revisión de experiencias internacionales y estatales de innovación en la atención domiciliaria*, Diputación de Barcelona.
- WINBLAD, U.; BLOMQVIST, P. y KARLSSON, A. (2017): “Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden”, *BMC Health Services Research*, vol. 17, nº 1, 487, <<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2403-0>>.

