

Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado

**Paula Rodríguez Modroño y
Mauricio Matus López**

Paula Rodríguez Modroño

Doctora en Economía por la Universidad de Sevilla y Máster en Desarrollo por la Universidad de Cambridge. Profesora del Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica de la Universidad Pablo de Olavide desde 2004, donde forma parte del grupo de investigación “Economía Ecológica, Feminista y Desarrollo”. Ha participado como coordinadora o investigadora en 50 proyectos de investigación y cuenta con más de 70 publicaciones sobre desarrollo, bienestar y mercados de trabajo desde un enfoque de género. Es experta del PNUD sobre trabajo no remunerado, género y economía del cuidado, y de ONU Mujeres en políticas macroeconómicas. En 2012 recibió el X Premio de Investigación del Consejo Económico y Social de Andalucía.

Mauricio Matus López

Doctor en Economía por la Universidad de Málaga, Ingeniero Comercial por la Universidad Austral de Chile. Profesor del Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica de la Universidad Pablo de Olavide. Su campo de investigación económica gira en torno a la desigualdad y bienestar, principalmente en términos de salud y género. Fue asesor de Gobierno del Ministerio de Salud de Chile (2002 a 2005). Ha sido consultor del Ministerio de Planificación de Chile para la valoración de impacto distributivo del gasto en salud, de la Organización Internacional de Trabajo para el estudio económico de enfermedades catastróficas y de la Organización Panamericana de la Salud para la evaluación de espacio fiscal en salud.

Las comunicaciones con los autores pueden dirigirse a:
Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e
Historia Económica
Universidad Pablo de Olavide
Ctra. de Utrera, km. 1
41013 Sevilla, España
E-mails: mmatlop@upo.es y
prodmod@upo.e

Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado

Con objeto de contribuir al debate sobre la reformulación de los Estados de bienestar acontecida en las últimas décadas, este artículo analiza la evolución de las políticas públicas de cuidados a la infancia y de mayores dependientes en tres regímenes diferentes: Suecia, Francia y España. Para determinar cómo y en qué medida estas políticas se han desarrollado en términos de cobertura, gasto y formalización del trabajo de cuidados y qué tensiones han provocado sobre la organización social de los cuidados, se utiliza la evidencia científica disponible en las bases bibliográficas internacionales, los informes nacionales de los tres países seleccionados y los informes y bases de datos de la Unión Europea y la OCDE. El resultado de este estudio muestra que las políticas de cuidados a la infancia y la dependencia se han desarrollado en el marco de discursos contrapuestos, sobre libre elección, inversión social o nueva gestión pública, entre la expansión de la cobertura y la contención de costos. El equilibrio entre estas dos fuerzas ha sido distinto en cada uno de los países estudiados. Suecia ha mantenido un modelo público universal con un costo y cobertura alta, pero estable, pero está introduciendo criterios de gestión privada y aumentando las prestaciones para atención domiciliaria o por familiares. Francia impulsó un modelo pro-mercado, que permitió elevar la cobertura a través de prestaciones económicas para la contratación de servicios formales, pero que no ha logrado evitar el aumento del costo total, de manera que ha introducido recientemente limitaciones a los beneficiarios y recortes en las cuantías de las prestaciones. Por último, España ha implementado un modelo de bajo costo que ha aumentado la cobertura, aunque basado fuertemente en prestaciones económicas para el cuidado familiar, y con retrocesos en la provisión de servicios públicos ante la seria contención del déficit público impuesta por la gestión europea de la crisis.

Palabras clave: Infancia; Ancianos; Asistencia a los Ancianos; Política Social; España; Francia; Suecia

Childcare and Long-Term Care Policies. Evolution and Pro-Market Conditioning

With the aim of contribute to the debate on the reformulation of the welfare State, this article analyzes the evolution of public policies for childcare and elderly and long-term care in three different welfares regimes -Sweden, France and Spain- for the last decades. To determine

Recibido: 01-03-2016. Aceptado: 05-09-2016.

how and to what extent these policies have been developed in terms of coverage, cost and formal care work, and what new tensions on the social organization of care have emerged, we use international bibliographic databases, and reports and databases from the three selected countries, the European Union and OECD. The results of this study show that childcare and long-term care policies have developed in the context of competing discourses on free choice, social investment, managerialization or new public management, leading to both an expansion of coverage and cost containment. The balance between these two forces has been different in each country. Sweden has achieved to maintain a public universal model with high costs and coverage, even though it is introducing economic principles and cash-for-care schemes. France promoted a pro-market model, which allowed increase coverage through cash-for-care benefits, but it has failed to prevent the increase in total costs, so that recently it introduced cuts and means-tested benefits. Finally, Spain has implemented a low-cost model that has been able to increase coverage mainly due to the predominance of cash-for-care benefits. Besides, the severe fiscal consolidation implemented with the European management of the financial and economic crisis is leading to serious cutbacks in the provision of public services for care.

Key words: Childhood; Aged; Care of the Aged; Social Policy; Spain; France; Sweden

Introducción

La forma en la que en una sociedad se organizan y reparten los cuidados a menores, mayores o personas dependientes es crucial para la conformación de los trabajos, la participación laboral de las mujeres y el desarrollo económico. La organización de los cuidados en el nivel macro afecta también a la estructura económica, puesto que el tamaño del sector servicios depende del grado de formalización de los trabajos de cuidados (Pfau-Effinger y Rostgaard, 2011).

A su vez, el grado de “desfamilización” y de creación de empleos formales, así como el reparto de la provisión de cuidados entre el sector público, el mercado y la sociedad civil influyen en la organización y desarrollo de los trabajos de cuidados. En este sentido, resultan clave los sistemas de bienestar (Daly y Lewis, 2000). Durante las últimas tres décadas, casi todos los países europeos han desarrollado políticas de cuidados o han introducido grandes cambios en las ya existentes con el fin de hacer frente a los nuevos riesgos sociales y transformaciones socioeconómicas: envejecimiento de la población; transición desde una sociedad industrial de familias nucleares con el varón como único sustentador a una sociedad post-industrial de familias de doble ingreso; mercados de trabajo flexibles; crecimiento económico

La forma en la que en una sociedad se organizan y reparten los cuidados a menores, mayores o personas dependientes es crucial para la conformación de los trabajos, la participación laboral de las mujeres y el desarrollo económico.

lento; la globalización y la integración europea (Ascoli y Pavolini, 2015; Saraceno, 2015). Los cambios en los modelos familiares y la incorporación de las mujeres al mercado laboral y el envejecimiento provocaron la ampliación de los Estados de bienestar europeos mediante la extensión de los derechos sociales y las ayudas económicas y servicios públicos de cuidados de menores y mayores. Los países europeos aumentaron sus políticas familiares y de cuidados, sobre todo aquellos que, como España, iban con retraso en la expansión del Estado de bienestar.

Sin embargo, esta reestructuración del trabajo de cuidados se ha realizado al mismo tiempo que las ideas neoliberales dominaban la organización de los Estados de bienestar. Se utilizan dos conceptos para describir la reformulación de los Estados de bienestar acontecida en las últimas décadas: reducción o retroceso (*retrenchment*) y recalibración (*recalibration*). Pierson (1998) define la reducción como una situación de recortes sustanciales en el sector público, en la que, en primer lugar, hay un aumento significativo en las prestaciones dependientes del nivel de recursos; en segundo lugar, existen grandes transferencias de responsabilidades al sector privado; y, en tercer lugar, hay cambios dramáticos que endurecen los requisitos de acceso a prestaciones o servicios.

El concepto de recalibración surge a partir del año 2000 y Ferrera, Hemerijck y Rhodes (2000) lo definen como una amplia remodelación del Estado de bienestar a través de cuatro dimensiones clave: funcional, distributiva, normativa e institucional. La recalibración puede incluir cambios de escala, privatizaciones, modelos mixtos de gestión público-privada, *managerialization* y personalización de los servicios para satisfacer necesidades individuales. Un elemento clave de la reforma de los servicios públicos ha sido la mercantilización a través de la externalización de los servicios y la *managerialization* o incorporación de los principios de gestión privada en la gestión del sector público. Esta estrategia forma parte de un proyecto neoliberal más amplio que persigue desplazar a los servicios públicos y el progresivo desmantelamiento de los Estados de bienestar. Esta estrategia se ha conseguido gracias, en parte, a la filosofía de la *Nueva Gestión Pública* (NGP), que con la excusa de reformar el modelo integral de gestión para una administración más eficiente, eficaz y de más calidad, en realidad estaba simplemente integrando las relaciones propias del sector privado en el ámbito público. La reestructuración

La reestructuración neoliberal de las relaciones entre Estado, mercado y organizaciones sin ánimo de lucro en la provisión de los cuidados constituye uno de los aspectos del “vaciamiento” en la prestación de servicios públicos en los países occidentales durante las últimas tres décadas.

neoliberal de las relaciones entre Estado, mercado y organizaciones sin ánimo de lucro en la provisión de los cuidados constituye uno de los aspectos del “vaciamiento” en la prestación de servicios públicos en los países occidentales durante las últimas tres décadas (Baines y Cunningham, 2015). Respecto a la filosofía de la libre elección (*free choice*) y la personalización de los servicios, se trata de una tendencia que, como señalan Alegre y Subirats (2013), parece difícil de contener actualmente incluso en los países nórdicos.

En cuanto a las políticas de recortes o reducción del Estado de bienestar, según Pierson (2001) los gobiernos solo las implantan cuando consideran que no van a ser penalizados en las urnas por las mismas. Pero precisamente la globalización y la integración europea han intensificado las presiones para recortar y reducir los sistemas de bienestar, sobre todo después del estallido de la crisis económica y las políticas de austeridad económica. Los políticos han defendido los recortes en el gasto público con el pretexto de salvar las finanzas públicas. Como consecuencia, se está asistiendo al desarrollo de un nuevo contrato social en los países occidentales, sobre la base de una nueva combinación o *mix* de obligaciones familiares y provisión mercantil y pública.

Este estudio analiza las implicaciones de la imposición de estas políticas neoliberales pro-mercado en la organización social de los cuidados de tres países europeos, pertenecientes a distintos regímenes de bienestar y de cuidados¹. Por un lado se analiza Suecia, país perteneciente al modelo socialdemócrata o público escandinavo. Por otro, Francia con un régimen conservador o modelo elección; y España, del régimen mediterráneo, con un sistema familista, debido al aún potente papel de las familias en la provisión del bienestar y los cuidados. El análisis pretende contribuir al debate acerca la reformulación de los Estados de bienestar y las tensiones sobre la organización social de los cuidados mediante la revisión de las medidas adoptadas en esos tres países con una trayectoria diferente en la creación y evolución de sus modelos sociales.

1. Políticas de cuidados a la infancia

Las políticas de cuidados a menores se componen principalmente de tres pilares: prestaciones familiares o para la infancia, permisos parentales y servicios de cuidados y atención a la infancia. Las prestaciones y servicios de atención y cuidados a la infancia se han

convertido en una de las áreas más relevantes de las políticas sociales en todos los países europeos por diversos motivos. En primer lugar, se consideran esenciales para aumentar la participación laboral de las mujeres (Thévenon, 2009b y 2013; Hegewisch y Gornick, 2011), elemento clave en la estrategia europea de empleo establecida en el Consejo Europeo de Lisboa del año 2000², más aún en el marco de políticas sociales que requieren cada vez más parejas de doble ingreso y adultos autónomos económicamente (Bleijenbergh ...[et al], 2006). Segundo, las políticas familiares, sobre todo en cuanto a servicios de cuidado asequibles, son consideradas como uno de los principales factores para poder elevar las tasas de natalidad (Del Boca, Pasqua y Pronzato, 2009), aspecto fundamental en sociedades tan envejecidas como las europeas. Por último, el enfoque de inversión social dominante en Europa desde los años 90 promueve los servicios de educación infantil como eje central para la acumulación de capital humano y la competitividad futura (Jenson, 2009). Numerosos estudios han mostrado que la educación y cuidados durante la primera infancia no solo aumentan el bienestar de los menores sino que mejoran sus funciones cognitivas, rendimiento educativo y oportunidades futuras (Augustine, Cavanagh y Crosnoe, 2009).

Este reconocimiento de la relevancia de las estrategias formales de cuidados a menores no conlleva, sin embargo, la existencia de una política europea común, aparte de algunas decisiones y normas compartidas básicas. Respecto a los servicios de cuidado a menores, a nivel europeo el Consejo de Barcelona de 2002 estableció como objetivos para 2010 en la provisión de plazas de guardería: el 33% de los niños menores de 3 años y el 90% de los niños entre 3 años y la edad de escolarización obligatoria. Como resultado, a pesar de las tendencias de reducción en otras áreas de política social (Morgan, 2013), la provisión pública de cuidados a menores continuó ascendiendo en la mayoría de los países europeos con el fin de eliminar los obstáculos a la participación de la mujer y lograr el pleno empleo. En lo que respecta a los permisos parentales, se cuenta con un marco comunitario común que establece unos mínimos: la Directiva sobre el permiso de maternidad (Directiva 92/85/CEE) establece un mínimo de 14 semanas de permiso maternal retribuido para todas las trabajadoras, la directiva de excedencias parentales (Directiva 96/34/CE) garantiza al menos tres meses de excedencia, que se incrementan en 2010 a cuatro meses, con un mes mínimo exclusivo para cada padre, ampliándose también a contratos atípicos (Directiva 2010/18/EU).

Suecia está considerado el país pionero en el desarrollo de políticas familiares y de atención a la infancia. Desde hace unos años la intervención del Estado está orientada hacia cada uno de los individuos, cohabiten o no en una familia, y no hacia la familia en sí misma.

A pesar de estas normas comunes continúan coexistiendo variaciones significativas entre los miembros de la UE en términos de duración, cobertura, flexibilidad y fuentes de financiación. Cada país parece tener su propia infraestructura de cuidados, con diferentes modalidades de permisos, excedencias para cuidados de menores, guarderías, jardines de infancia, sistema de educación (pre) escolar, etc. Sin embargo, se suelen distinguir cuatro *clústers* de países (Plantenga y Remery, 2013). Por un lado, los países escandinavos, Francia, Bélgica y Eslovenia combinan tasas de empleo femenino elevadas con un sistema bien desarrollado de permisos parentales y servicios de guardería asequibles. Segundo, los países del Mediterráneo se caracterizan por tasas de empleo femenino bajas y una oferta insuficiente de servicios formales, teniendo que recurrir la mayoría de los padres a soluciones informales. Tercero, el Reino Unido, Irlanda y los Países Bajos, con tasas de empleo femeninas altas y políticas de conciliación aún subdesarrolladas, que conducen a muchas mujeres a empleos de jornada parcial. En un cuarto clúster se encontrarían los países de Europa del Este, que destacan por sus elevadas tasas de empleo femenino (aunque en declive) y la pobre provisión de servicios de guardería combinados con excedencias parentales muy largas. A continuación, se describen los principales rasgos de los sistemas de cuidados a menores en Suecia, Francia y España y su evolución en las últimas décadas.

Suecia

Suecia está considerado el país pionero en el desarrollo de políticas familiares y de atención a la infancia. Desde hace unos años la intervención del Estado está orientada hacia cada uno de los individuos, cohabiten o no en una familia, y no hacia la familia en sí misma, que ha dejado de ser la institución de referencia de la organización social.

Las prestaciones familiares (*barnbidrag*), que se iniciaron ya en 1948 con objeto de estimular el crecimiento demográfico, se consideran un importante instrumento de ayuda a las rentas familiares (puesto que no existen desgravaciones o beneficios fiscales por menores a cargo), pero la prestación a la infancia, de aproximadamente 115 euros al mes (con suplementos por cada hijo) es de carácter universal para todo menor hasta los 16 años (ampliable hasta los 20 años), representando el 1% del PIB sueco y casi el 40% del gasto destinado a infancia. Existen también prestaciones municipales para los hijos que alcanzan los 320 euros al mes.

Suecia fue el primer país, en 1974, que incluyó los permisos de paternidad. La idea era que los padres recibieran seis meses de excedencia por niño, teniendo cada padre derecho a la mitad de los días. Sin embargo, al ser permisos transferibles, la mayoría de los hombres se los trasladaban a sus parejas. En el año 1994 solo el 10% de los días de permiso correspondían a los hombres. Para resolver esta desigualdad, en 1995 se introdujo una “cuota papá” (*father’s quota*) que establecía 30 días de permiso intransferible para el padre y en 2002, se amplió esta cuota a dos meses. Ambas reformas tuvieron un impacto directo en la proporción de permisos parentales, de forma que en 2014 el 25% de todos los días de permiso parental disponibles correspondía a los hombres. A partir del 1° de enero de 2016, la cuota se ha elevado a 90 días. Actualmente las parejas suecas reciben alrededor de 16 meses (480 días) de permiso parental retribuido. Durante los primeros 390 días, el Estado paga al padre que ha solicitado el permiso el 77,6% de su salario. Después, los padres pueden solicitar 90 días más remunerados en una proporción inferior (Duvander, Haas y Hwang, 2014).

Respecto a los servicios públicos de cuidados a menores, estos se consideran un derecho social en Suecia, al igual que en el resto de países escandinavos (Plantenga y Remery, 2013); sin embargo, conviene resaltar que todos ellos parten de que los niños menores de 1 año deben ser cuidados por los padres. En Suecia, la extensión de los permisos parentales pospone la entrada en las escuelas infantiles más allá del año, solo el 70% de los niños entre 1 y 2 años las utiliza. Fue a mediados de los ochenta, paralelamente a los permisos parentales, cuando se desarrollan de manera intensiva; asumiendo el gobierno el compromiso de garantizar a toda la infancia de más de 1 año de edad (una vez finalizados los permisos parentales) una plaza en una guardería. Ante la crisis de los 90, se autorizó la creación de empresas privadas y se creó un subsidio de cuidados para aquellos padres, inactivos o activos a tiempo parcial, que atendieran a su hijo en su domicilio particular. Sin embargo, estas medidas se abolieron después y en 2002 y 2003 se plantearon nuevas reformas que eliminaron los problemas de plazas y aumentaron la accesibilidad para todos aquellos grupos que antes no podían acogerse. La estructura actual de centros públicos con diversas modalidades (centro de preescolar, guardería en hogar particular autorizado, centro de preescolar abierto, centro recreativo y centro recreativo abierto) atiende a toda

Francia mantiene la tasa de fecundidad más elevada de los países desarrollados, puesto que los efectos negativos del empleo femenino sobre la fecundidad se han neutralizado a través de generosas políticas de servicios de atención a la infancia y de prestaciones económicas.

la infancia de menos de seis años y ofrece actividades antes y después de las horas lectivas, para los niños de edades comprendidas entre los 7 y 12 años.

En los últimos años, las políticas orientadas a las familias y en especial la inversión en educación se han continuado reforzando con el objetivo de estimular tanto la participación laboral de los padres como la competitividad de la economía. Pero al mismo tiempo el discurso de la libre elección ha fomentado la introducción de esquemas baratos de *cash-for-care*. Es decir, transferencias monetarias realizadas a las personas o a sus familias para que satisfagan las necesidades de cuidados de manera directa (cuidados por un familiar) o a través de la contratación de servicios externos. Al igual que en el resto de los países escandinavos, Suecia implementó en 2008 este tipo de prestaciones monetarias municipales hasta los 3 años del menor. El establecimiento de estos sistemas baratos de *cash-for-care*, con pocos o ningún derecho asociado, contribuye no solo al mantenimiento de las diferencias de género sino también a la creación de nuevas divisiones sociales entre niños de diferentes clases sociales, que ahora son atendidos en sistemas diferentes.

Francia

Francia es un caso paradigmático por la fuerte institucionalización de sus políticas familiares desde hace más de un siglo, con asociaciones e instituciones con una fuerte influencia política y una potente caja de subsidios familiares (*Caisse Nationale des Allocations Familiales*, CNAF). Es uno de los países que primero consideró como un deber desarrollar un servicio público de guarderías. Así, ya durante los años 70, la red de guarderías estaba bastante extendida y más del 80% de niños de tres a seis años tenían una plaza en una guardería pública o fuertemente subvencionada por el Estado en 1988.

A partir de la segunda mitad de los años 90, se produjo al igual que en el resto de países conservadores, una tendencia a la “desfamilización” del cuidado (Palier, 2013). Se describe como un modelo familiar del varón sustentador modificado (Lewis, 2001), con una integración de las mujeres en el mercado laboral mucho más intensa y un mayor reconocimiento de sus derechos como trabajadoras y madres al mismo tiempo. De hecho, Francia mantiene la tasa de fecundidad más elevada de los países desarrollados, puesto que tanto en este país como en los escandinavos, los efectos negativos

del empleo femenino sobre la fecundidad se han neutralizado exitosamente a través de generosas políticas de servicios de atención a la infancia y de prestaciones económicas, que han reducido el coste económico y laboral que tienen los hijos en las familias, y ha potenciado indirectamente la corresponsabilidad familiar entre los miembros de la pareja (Moreno, 2012).

Aunque son las empresas las que ofrecen la mayor parte de la provisión de servicios de cuidados para la infancia, es el Estado el que otorga generosas prestaciones económicas (*allocations familiales*) para ayudar a las familias que necesiten estos servicios de educación pre-escolar y que las madres no tengan que abandonar su empleo. Francia fue el primer país en que surgieron las prestaciones familiares en 1932. Estas prestaciones (*complément de libre choix d'activité*, CLCA y *complément optionnel de libre choix d'activité*, COLCA) se concedían a todas las familias que cumplieran con los criterios de admisibilidad, independientemente de que tuviesen o no permisos parentales. Desde el 1° de enero de 2015, se han revisado y sustituido por "PreParE" (*prestation partagée d'éducation de l'enfant*) cuyo importe (aproximadamente de € 391 al mes) está ahora en función de los ingresos y del tiempo de trabajo. Existe también una prima de nacimiento de € 923 e importantes desgravaciones fiscales que alcanzan los € 4.338 por persona a cargo.

Los permisos parentales para el cuidado son vistos como instrumentos complementarios. Las bajas maternales (*congé de maternité*) obligatorias y retribuidas al 100% del salario, hasta un máximo de € 3.170, son de 16 semanas. Los permisos para padres (*congé d'accueil à l'enfant*) son de 2 semanas. Con la nueva prestación "PreParE" se pretende también incentivar la solicitud de permisos por parte de los padres, puesto que solo se puede obtener el subsidio por el máximo tiempo si los dos padres piden los permisos parentales (Fagnani, Boyer y Thévenon, 2015).

España

Las políticas familiares en España se desarrollan mucho más tarde que en otros Estados europeos, a partir de la instauración de la democracia a finales de los 70 y especialmente desde los años 90. Estas reducidas políticas familiares en España han dificultado la compatibilización familiar y laboral y, por tanto, el empleo de las mujeres, con repercusiones negativas en la fecundidad, la difícil

En España, con la imposición de las políticas de austeridad, los gobiernos han aplicado duros recortes en la financiación pública de las escuelas infantiles para menores de 3 años, interrumpiendo la larga tendencia de expansión de los servicios financiados con fondos públicos.

emancipación de los jóvenes y el empleo de bajos salarios, precario y muchas veces irregular de inmigrantes en la provisión de cuidados de menores y mayores.

En la última década se han desarrollado significativamente los usos y políticas tanto de licencias parentales como de servicios de atención infantil. Se han extendido los períodos de licencia parental a 16 semanas retribuidas al 100% del salario (hasta un máximo de 3.606 euros en 2015) y el uso paterno, generando nuevos incentivos para la igualdad de género. La Ley de Igualdad de 2007 amplió la licencia de paternidad de 2 a 15 días, con el compromiso de llegar a un mes en 2011; permitió la reducción desde una hora al día hasta la mitad de la jornada laboral a cualquiera de los padres hasta el octavo año (12 años a partir de 2014); amplió y flexibilizó la baja sin sueldo para cuidar a personas dependientes. En 2011, se introdujo la posibilidad de permisos remunerados para cuidar de los niños gravemente enfermos (Escobedo, Meil y Lapuerta, 2014).

Asimismo, se hizo un esfuerzo por elevar los servicios de atención a menores, con el Plan Educa3, alcanzando los objetivos del Consejo de Barcelona ya en 2009. Sin embargo, con la imposición de las políticas de austeridad, los gobiernos, tanto a nivel estatal y regional, han aplicado duros recortes en la financiación pública de las escuelas infantiles para menores de 3 años, interrumpiendo esta larga tendencia de expansión de los servicios financiados con fondos públicos (sobre todo entre 2007 y 2011). Estos servicios han descendido 3 puntos porcentuales desde entonces, aunque siguen estando por encima de la media de la UE25. Un problema añadido es que la mitad de estos centros son privados y el coste de las plazas públicas se ha encarecido de forma generalizada. En algunas comunidades autónomas se han reducido también las ayudas a las familias para la educación infantil como las becas de comedor o de transporte escolar. Esta reducción en los servicios formales ha conducido al incremento del cuidado por parte de las familias (padres y abuelos), ante la grave crisis de empleo y las dificultades financieras de las familias, incapaces de externalizar estos servicios. Como se observa en la Tabla 1, el porcentaje de menores de menos de 3 años cuidados solo por sus padres ha ascendido 10 puntos en solo 5 años, y el promedio de horas semanales en cuidados formales ha disminuido en más de 2 horas para los menores de 3 a 5 años.

El examen de los datos de gasto público y tasa de cobertura en servicios y prestaciones de asistencia a menores desde los años 90 no evidencia solo recortes, sino también, y principalmente, su expansión.

El Real Decreto-ley 8/2010 de 20 de mayo eliminó a partir de enero de 2011 el “cheque-bebé”, una ayuda universal de 2.500 euros por nacimiento o adopción de un hijo que había sido aprobada a finales de 2007 como una de las medidas anti-cíclicas para estimular la demanda. En el caso de las madres solteras, familias numerosas o con hijos deficientes, la ayuda subía 1.000 euros más. Asimismo, este Real Decreto limitó a 291 euros al año la ayuda que existía de 500 euros anuales para familias de escasos recursos económicos con hijos menores de 5 años.

Desde 2011 se ha pospuesto cada año la entrada en vigor de la ampliación del permiso de paternidad de 15 días a cuatro semanas con la excusa de la contención del déficit público. Además, la Reforma Laboral de 2012 (Real Decreto-ley 3/2012 de 10 febrero) modificó el permiso de lactancia para evitar que se unan las horas, por lo que solo se puede disfrutar de media hora diaria.

Tendencias en las políticas de los cuidados a la infancia

Los tres países analizados presentan una evolución diferente en las últimas décadas y durante la crisis económica. El examen de los datos de gasto público y tasa de cobertura en servicios y prestaciones de asistencia a menores desde los años 90 (ver Tabla 1) no evidencia solo recortes, sino también, y principalmente, su expansión. Suecia no ha experimentado recortes en el gasto público per cápita ni en porcentaje del PIB, si bien en línea con la tendencia hacia la privatización o gestión privada, se han introducido en 2008 prestaciones monetarias para subsidiar servicios privados de cuidados a menores de 3 años, como ya se había hecho en Finlandia en 1985 y en Noruega en 1998 (Ellingsæter, 2012). Francia tampoco ha disminuido su gasto público en porcentaje del PIB, aunque sí en euros per cápita con la introducción del criterio de renta y otras restricciones. Mientras que España no solo es uno de los países de Europa occidental que más tarde desarrolló las políticas de cuidados a la infancia, sino que es también uno de los países que más recortes ha aplicado desde el inicio de las políticas de austeridad en 2011 y el rescate y supervisión por la UE desde junio de 2012. Los efectos de estos recortes se muestran claramente en el descenso de los cuidados formales y el incremento de los cuidados parentales junto con la menor posibilidad de externalizar de manera informal estos cuidados.

Tabla 1
Evolución del gasto y cobertura de las políticas de cuidados a menores

	Suecia			Francia			España		
	1998	2008	2013	1998	2008	2013	1998	2008	2013
Menores 0-2 años en cuidados (%)									
- formales	n.d	49	47,3	n.d	40	49,7	n.d	38	35
- informales	n.d	4	3	n.d	24	29	n.d	22	9
- por padres	n.d	47	43	n.d	47	42	n.d	47	57
Escolarización de 4 años a edad obligatoria (%)	78,3	94,6	95,9 ^a	100	100	100 ^a	100	98,4	97,4 ^a
Nº medio de horas semanales de cuidados formales									
- 0-2 años	n.d	14,3	16	n.d	11,9	12,6	n.d	10,4	9,8
- 3-5 años	n.d	30	33,2	n.d	28,1	27,5	n.d	27,9	25,9
Prestaciones									
- € pc a precios constantes 2005	785	1.069	1.151	687	725	706	83	291	248
- % PIB	2,8	2,9	3,1	2,7	2,5	2,5	0,5	1,3	1,3
Gasto público en centros infantiles (% PIB)	1,1	1,3	1,6 ^b	1,1	1	1,2 ^b	0,4	0,5	0,6 ^b

Nota: ^a datos para 2012; ^b datos para 2011.

Fuente: elaboración propia con base en Eurostat (2016) y OCDE (2014).

De manera que en el campo de las políticas de cuidados a menores, en la mayoría de los países de la Unión Europea y de la OCDE ha habido una considerable expansión de los programas de permisos parentales y servicios de atención y cuidado de menores con objeto, por un lado, de incorporar o retener a las mujeres en el mercado de trabajo para aumentar el número de trabajadores y contribuyentes. Por otro, el reconocimiento por parte de la UE de la contribución de la educación infantil en el establecimiento de una base sólida para el aprendizaje y para garantizar un acceso equitativo a las oportunidades de aprendizaje posteriores ha puesto el énfasis en los cuidados formales. El incremento de los servicios de atención y educación a la infancia es uno de los objetivos del marco estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la formación (ET 2020) de la UE, que requiere la escolarización para 2020 de al menos el 95% de los niños entre 4 años y la edad escolar obligatoria (6 años en Francia y España y 7 años en Suecia). En 2012, este objetivo casi

se había alcanzado, con una media para UE28 de 93,9%, con los tres países analizados por encima del objetivo.

Además al principio de la crisis muchos países aplicaron políticas anticíclicas para impulsar la demanda de los hogares. Según datos de la OCDE (2014), el gasto público en prestaciones familiares³, tales como el gasto en permisos parentales, prestaciones para centros infantiles o desgravaciones fiscales a las familias, ascendió a alrededor del 2,3% del PIB entre 2005 y 2007. Entre 2007 y 2009 el gasto público en prestaciones familiares como porcentaje del PIB se incrementó en 0,3 puntos porcentuales: un aumento del 10% en términos reales. Si bien es cierto que actualmente en la mayoría de los países de la OCDE, las ayudas financieras a las familias son menos generosas actualmente de lo que eran antes de la crisis (Adema y Nabil, 2015).

En cuanto a los permisos parentales, aunque en general se han visto inalterados por la crisis y la imposición de consolidación fiscal, se han efectuado pequeñas reducciones en la duración de la licencia y los pagos en algunos países, como en España, donde se continúa postergando cada año desde 2011 la ampliación a un mes de permiso de paternidad, la República Checa o los Países Bajos, donde desde el 1° de enero de 2015 no se apoya fiscalmente el permiso parental no remunerado.

2. Cuidados de larga duración o de atención a la dependencia

Los cuidados de larga duración se definen como aquellos servicios y asistencia para las personas que se encuentran en situación de dependencia. Es decir, cuando una persona encuentra limitada su capacidad para desarrollar las Actividades Básicas de la Vida Diaria de forma permanente o por un largo período de tiempo (Comisión Europea, 2012).

Los servicios se pueden agrupar en dos tipos: atención institucionalizada o residencial y atención de base domiciliaria (OCDE, 2013). El primer tipo está compuesto por la atención institucionalizada que se brinda a través de establecimientos con alojamiento. Está diseñado para personas que tienen necesidades complejas de salud y que ingresan de forma permanente o de largo plazo (Sanford ...[et al], 2015). El segundo tipo está compuesto de varios servicios donde los más comunes son tres: la atención en el domicilio, los centros de día y la teleasistencia. Los tres tienen como objetivo brindar atención de menor complejidad que la residencial y mantener a las personas dependientes en sus hogares. La atención en el domicilio debe estar

Parece existir cierta tendencia de convergencia en financiación y provisión desde principios de siglo. Esta convergencia se produce en varios campos que coinciden en una misma lógica: desarrollar programas de bienestar social en el marco de una economía de mercado.

a cargo de personal cualificado en salud y atención social, aunque no siempre se cumple, y apoyar a la persona dependiente para que realice su vida diaria. Los centros de días son establecimientos que cuentan mayoritariamente con personal de trabajo social, pero también médico, sin alojamiento para personas dependientes que normalmente están sin compañía durante el día por motivos laborales de sus familiares. El apoyo telemático mantiene el contacto con las personas dependientes en sus hogares a través de un aparato que les permite conexión continua por vía telefónica o Internet. Permite controlar el cumplimiento del horario de la medicación, identificar riesgos de un evento de salud y en algunos casos, realizar un acompañamiento informal y de sociabilidad.

A estos dos tipos de beneficios se agrega un tercero que no es un servicio propiamente tal, pero se traduce en uno. Estas son las prestaciones económicas para cuidados conocidas como *cash-for-care*. Cuando existe un control sobre la contratación de servicios formales se suele hablar de Prestación para Asistencia Personal y cuando no existe este control de Prestación para Atención Domiciliaria (Askheim ...[et al], 2014).

En la actualidad existe casi una treintena de países con algún programa de cuidado de la dependencia. Casi la totalidad de ellos, países de alto ingreso (Swartz ...[et al], 2012). En Europa se encuentra la mayoría de los casos, pero también existen en Japón, Corea, Estados Unidos y recientemente en América Latina (Matus López y Cid, 2015; Matus López y Rodríguez Modroño, 2014).

La literatura ha realizado algunos intentos de clasificación cuyos resultados muestran una amplia variabilidad de programas y combinación de servicios (Carrera ...[et al], 2013). Lo cierto es que la tradicional clasificación entre Estados de bienestar mediterráneo, continental, liberal y nórdico no encaja demasiado bien con la realidad actual de los cuidados de dependencia. Más bien parece existir cierta tendencia de convergencia en financiación y provisión desde principios de siglo.

Esta convergencia se produce en cuatro campos: la externalización de la prestación y gestión de servicios al sector privado, la incorporación de prestaciones económicas para contratación de cuidados, la prevalencia de servicios de atención de base domiciliaria y el aumento de la base de financiación con seguros, contribuciones y copagos (Matus López, 2015).

Estas tendencias coinciden en una misma lógica que es desarrollar programas de bienestar social en el marco de una economía de mercado.

En concreto, las políticas se mueven entre dos fuerzas. La primera es la contención del gasto social público que reduzca la presión sobre los impuestos y la segunda es la orientación del gasto hacia actividades de mercado. En este balance de fuerzas se mueven los tres modelos estudiados: el modelo sueco, el español y el francés.

Suecia

El origen histórico de las políticas de dependencia en Suecia se remonta a los servicios de cuidado domiciliario para mayores, desarrollados por los municipios a comienzos de la década de 1950. Estos servicios se diseñaron e implementaron en el marco de la construcción de los Estados de Bienestar de los países nórdicos. Así, sus características fueron tres: ser ofrecidos como servicios públicos, con acceso universal para toda la población, y estar financiados de forma solidaria a través de impuestos generales (Rostgaard ...[et al], 2011).

El funcionamiento de este modelo se mantuvo sobre estos tres pilares hasta la implementación de la *Ädel Reform* en 1992. Esta reforma, fuertemente criticada, buscó contener el aumento acelerado del costo de los servicios. Por una parte descentralizó estos desde los condados a los municipios, dejando de contabilizarlos como gastos de dependencia y por otra parte, favoreció la externalización al sector privado (Whitehead, Gustafsson y Diderichsen, 1997).

Los resultados fueron los esperados: contención del costo agregado, menor cobertura, pero más costo unitario. Los datos muestran que entre 1992 y 2000 el costo total de la atención a la dependencia se mantuvo constante en torno al 0,6% del PIB. En parte, gracias a que el porcentaje de población mayor de 65 años atendida con estos servicios se redujo. En 1990 esta cobertura era el 21,5% y en 1998 había caído al 15,9% (OCDE, 2015). En cuanto a la atención domiciliaria, esta se redujo del 16% en 1980 al 8% en 1998 (Szebehely, 2005). Como consecuencia, la dependencia de cuidados informales en el entorno familiar volvió a aumentar entre 1994 y 2003 (Johansson ...[et al], 2003).

La esperada mayor eficiencia del sector privado tampoco fue un resultado evidente. El porcentaje de servicios públicos contratados a privados pasó del 2% en 1993 hasta el 19% en 2010 (Rostgaard ...[et al], 2011) y, sin embargo, el costo unitario real aumentó un 37% entre 1993 y 1998 y un 54% hasta el año 2000.

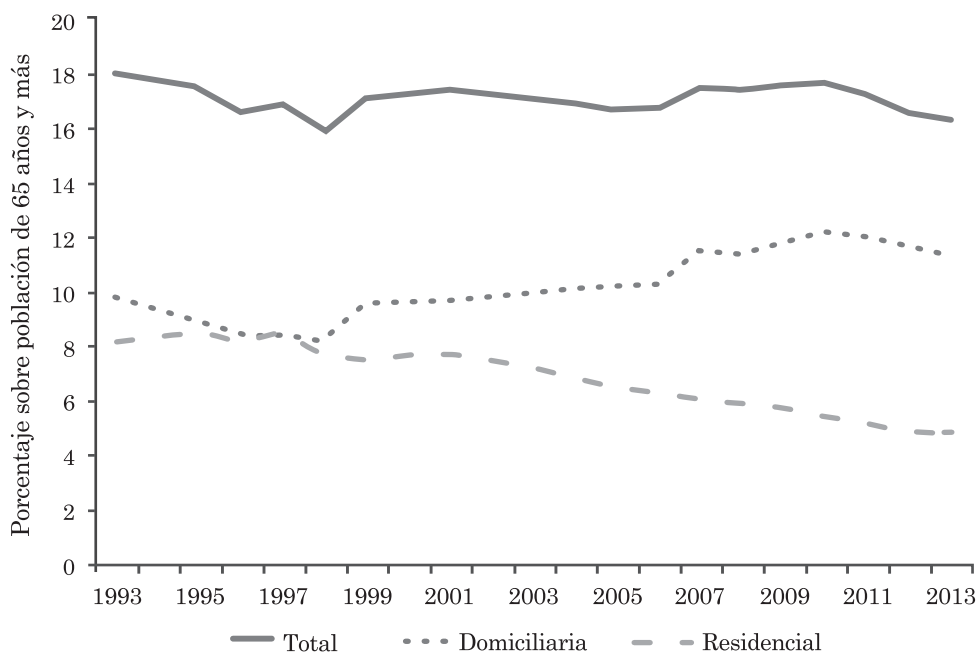
Estas consecuencias llevaron a que nuevamente el sistema fuera sometido a una reforma. A través del *Socialtjänstlagen* de 2001, los

servicios de atención a la dependencia fueron incorporados en el marco más general de los servicios sociales y se imputaron a estas políticas los gastos que antes no estaban incorporados.

Como resultado, el porcentaje de mayores beneficiarios se elevó ligeramente para mantenerse estable en torno al 17% desde 2001 hasta 2011. El gasto público agregado, ahora contabilizado en todas las partidas de cuidados a la dependencia, se mantuvo en el 3,3% del PIB en este mismo período y el gasto per cápita real solo creció un 22% en diez años.

La clave de estos resultados se encuentra en la distribución de beneficiarios de atención domiciliaria y atención residencial. Entre 1992 y 2001 en torno al 7,7% de los mayores de 65 años recibían servicios de cuidado en residencias. A partir de entonces este porcentaje comenzó a caer hasta el 5,2% en 2011. En cuanto a la atención domiciliaria, esta se incrementó desde el 9,7% al 12% en igual período (Gráfico 1).

Gráfico 1
Beneficiarios de atención a la dependencia total y por servicio residencial y domiciliario. Porcentaje sobre población de 65 y más años. Suecia: 1993-2013



Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2015) y Sveriges Officiella Statistik (2014).

La atención domiciliaria se consolida como el servicio más importante de los cuidados a la dependencia en Suecia, ofrecido por servicios privados a través de los municipios, con pocas prestaciones económicas para la contratación directa y financiado en casi un 95% por fondos públicos.

Entre 2011 y 2013 las tendencias se han mantenido, con una leve reducción de beneficiarios hasta el 16,3% (de los mayores de 65 años) y un gasto total ligeramente superior del 3,4% del PIB, debido a un incremento del gasto per cápita acumulado del 5,1% en dos años (OCDE, 2015; Sveriges Officiella Statistik, 2014).

De esta forma, la atención domiciliaria se consolida como el servicio más importante de los cuidados a la dependencia en Suecia, ofrecido por servicios privados a través de los municipios, con pocas prestaciones económicas para la contratación directa y financiado en casi un 95% por fondos públicos (Unión Europea, 2015).

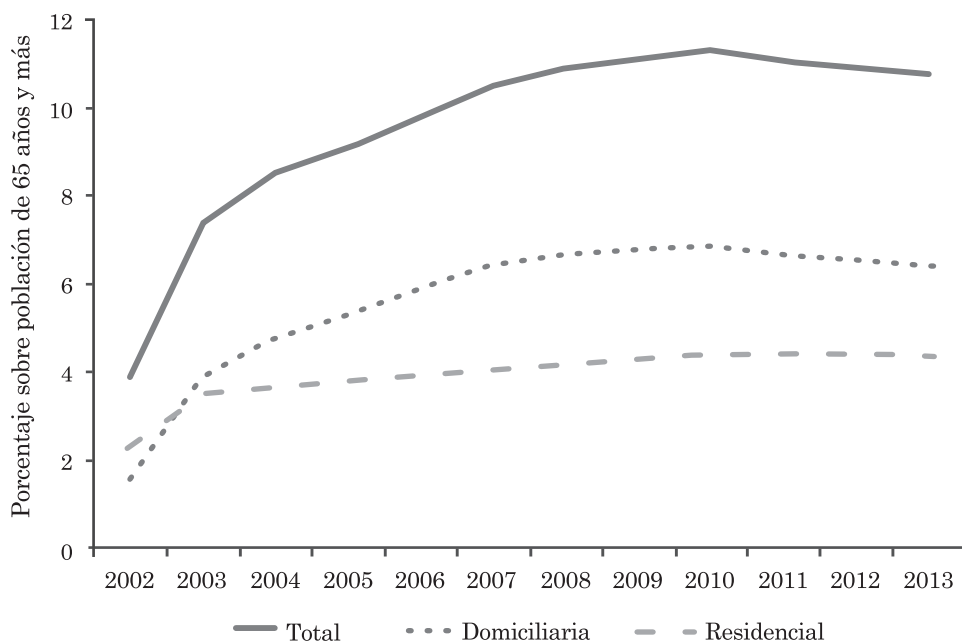
Francia

Algo más tardíamente que el modelo sueco, la necesidad de políticas de dependencia para mayores en Francia se oficializó en el *Braun Report* de 1986 y se formalizó en 1997 con la implementación de la *Prestation Spécifique Dependance* (PSD), que se reformó con la *Allocation Personnalisée À L'autonomie* (APA) en 2001 (Joël ...[et al], 2010). La PSD fue fuertemente criticada, debido a que fue concebida con un carácter de contención de costos, lo que limitó el número de personas beneficiarias a menos del 15% de los mayores con necesidades de cuidados. De esta forma nació la APA. Su principal objetivo fue ampliar la cobertura. Para ello fue diseñada como una prestación económica de acceso universal destinado a favorecer el acceso de las personas dependientes a servicios de cuidados. Se financió con fondos públicos aportados en un 70% por el Gobierno local y en un 30% por el Gobierno central, con gestión municipal y a través de contratación de atención residencial y atención domiciliaria controlada por los ayuntamientos. El modelo se mantiene hasta la actualidad.

Los resultados de la reforma de 2001 cumplieron su objetivo y entre 2002 y 2013 el total de beneficiarios pasó del 3,9% al 10,8% de mayores de 65 años. De forma paralela el gasto público, que se había mantenido en el 1,1% del PIB entre 1996 y 2001 aumentó hasta el 1,9% del PIB en 2013 y el gasto per cápita real lo hizo un 74,4% en este mismo período (OCDE, 2015).

A diferencia del modelo sueco, la atención residencial no disminuyó en términos de cobertura, sino que se mantuvo constante. El incremento de beneficiarios se dio por mayor atención residencial, que alcanzó al 6,4% de los mayores de 65 años (Gráfico 2).

Gráfico 2
Beneficiarios de atención a la dependencia total y por servicio residencial y domiciliario. Porcentaje sobre población de 65 y más años. Francia: 2002-2013



Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2015) y Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.

Hay dos cuestiones características del modelo francés. La primera es el funcionamiento del *cash-for-care* de la atención a domicilio y la segunda es el importante impulso que ha dado a los seguros privados.

En relación con el cuidado domiciliario, el APA permite la contratación directa del servicio, aunque controla el uso de los fondos exigiendo la presentación de facturas y canalizando los recursos a través de *vouchers* con lo que es posible contratar proveedores privados de una cartera gestionada por el ayuntamiento, quedando expresamente prohibido contratar al cónyuge, con objeto de evitar que los cuidados sigan recayendo en las mujeres.

En cuanto a los seguros, Francia está siendo analizado como un ejemplo de cara a impulsar los mercados de seguros privados a la dependencia, ya que más del 15% de los mayores de 40 años tiene contratado a través de su empresa o de forma individual un seguro de este tipo (Elliot ...[et al], 2015). El motivo es que la APA para atención residencial solo cubre los gastos de atención. Los gastos de hospedaje/

Hay dos cuestiones características del modelo francés. La primera es el funcionamiento del *cash-for-care* de la atención a domicilio y la segunda es el importante impulso que ha dado a los seguros privados.

alojamiento deben ser cubiertos por la persona dependiente si esta tiene ingresos. Por lo tanto, los seguros se ofrecen a proteger a estas personas por el margen de gasto adicional que el Estado no cubre (Doty, 2015).

España

En 2006 el parlamento español aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Con ello se construyó el denominado cuarto pilar del Estado de bienestar.

El sistema de cuidados en España ha estado condicionado por dos factores: la existencia de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y las políticas de austeridad impuestas a poco de comenzar su implantación.

En primer lugar, los servicios del modelo español fueron diseñados sobre la misma base de los otros: atención domiciliaria y atención residencial (Rodríguez, 2005). Pero además se agregaron tres tipos de prestaciones económicas que en principio serían temporales y extraordinarias, pero que terminaron representando casi la mitad de los beneficios: a) para contratar un servicio, b) para contratar un asistente y c) para cuidados en el entorno familiar.

En segundo lugar, el año siguiente de su implementación estalló la crisis económica. Al comienzo el gobierno reaccionó con una política de estímulo por la vía del gasto en obras públicas. Pero en 2010 las políticas de austeridad se establecieron como generales y el gasto social fue uno de los más afectados con los recortes.

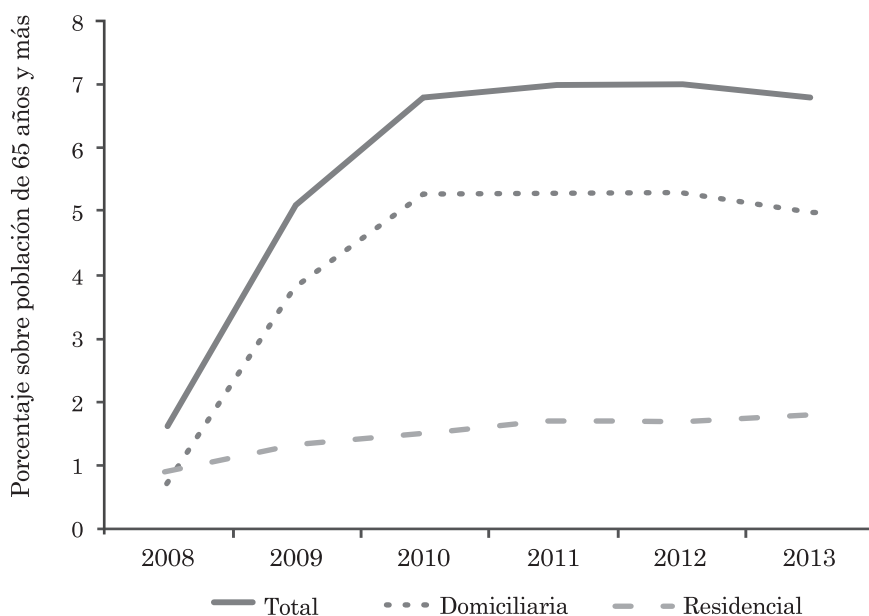
De esta forma, de acuerdo a la planificación inicial, en 2012 deberían haber ingresado al sistema los últimos beneficiarios con menor grado de dependencia. No obstante, a través del Decreto 20/12 se suspendió esta incorporación hasta 2015.

A partir de entonces los presupuestos del gobierno central para dependencia se han reducido. En 2013 esta disminución fue del 15% del aporte mínimo garantizado por el gobierno central a las regiones. Es decir, 200 millones de euros. En 2014 la reducción fue del 46,8%, dejando el gasto público medio por dependiente en un 20% menos que en 2009 (Barriga ...[et al], 2014). En 2015 se congelaron los fondos y para 2016 se propuso un incremento del presupuesto de solo el 6,4%. Es decir, en 2016 el presupuesto asciende a 1.252 millones de euros: un 43% menos que hace tres años. De esta forma, se ha congelado el gasto total en cuidados a la dependencia en el 0,9% del PIB entre 2010 y 2013. En gran parte, debido a que se redujo el coste per cápita

real un 7,1% entre 2010 y 2013, lo que frenó el crecimiento del 26% que registró en los tres primeros años de su implementación.

En relación con las personas beneficiarias, estas aumentaron rápidamente los primeros años, alcanzando al 6,8% de las personas mayores de 65 años en 2010. Un aumento que se debió principalmente al incremento de servicios de atención domiciliaria, pero que luego, por las medidas antes señaladas, no continuó aumentando (Gráfico 3).

Gráfico 3
Beneficiarios de atención a la dependencia total y por servicio residencial y domiciliario. Porcentaje sobre población de 65 y más años. España: 2008-2013



Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2015) e IMSERSO (2015).

Sin embargo, a diferencia de los resultados de Suecia y Francia, en España es necesario contabilizar las prestaciones para cuidados en el entorno familiar, que sin ser un beneficio, afectó al 45,2% de beneficiarios en 2015. Estas consisten en un montante que va de los 153 a los 387,64 euros mensuales y que se paga a familiares que se hacen cargo del cuidado al interior del hogar. Utilizando las fuentes nacionales y considerando tanto los servicios como las prestaciones

Los primeros modelos de cuidados para la atención de dependencia se diseñaron e implementaron como servicios públicos universales y solidariamente financiados, mientras que los últimos responden a una lógica de provisión privada, focalizada y con mayor peso de la financiación individual.

económicas, se tiene que la cobertura del sistema alcanzó al 9,8% de mayores de 65 años en 2013 (IMSERSO, 2014).

La principal crítica a estas prestaciones es que consolidan un modelo de cuidados feminizados al interior del hogar sin control sobre la calidad de la atención ni la cantidad de horas. Todo, a cambio de un montante que en su nivel más alto cae por debajo de la mitad del salario mínimo.

Pese a ello, su utilización fue extraordinaria. A fin de 2009 ya se entregaban 266.398 prestaciones de este tipo y a fin de 2013, pese a los recortes, eran 280.013 beneficiarios. El éxito se debe a que tanto la administración regional como las familias de las personas beneficiarias tienen incentivos para aceptar una transferencia monetaria en lugar de un servicio de cuidado formal.

Por una parte, la reducción de las transferencias del gobierno central a las comunidades autónomas ha supuesto una preferencia de estas por ofrecer prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar en lugar de servicios. Esta prestación tiene un costo promedio 41% menor que la ayuda domiciliaria y 83% menor que la atención residencial (Prada y Borje, 2014).

Por otro lado, el impacto en las familias por la reducción de ingresos debido a una tasa de paro que pasó del 8,6% a fin de 2007 al 23,7% a finales de 2014, ha generado incentivos para captar transferencias monetarias.

Tendencias en las políticas de cuidados a mayores dependientes

Los primeros modelos de cuidados para la atención de dependencia se diseñaron e implementaron como servicios públicos universales y solidariamente financiados, mientras que los últimos responden a una lógica de provisión privada, focalizada y con mayor peso de la financiación individual. Los tres países seleccionados muestran de manera paradigmática esta escala temporal. El sistema sueco fue diseñado e implementado en un contexto ideológico proclive al keynesianismo y defensor de la expansión del gasto público. Esto, sin embargo, no ha evitado que a lo largo de las dos últimas décadas las reformas hayan externalizado una mayor producción de servicios y reducido la generosidad de los beneficios a los dependientes más leves.

Francia, en cambio, estableció su sistema en pleno desarrollo de las políticas de la revolución conservadora, por lo que su diseño, aunque mantiene ideas fuerza de la lógica pública, incorpora dos características

en línea con el neoliberalismo: la minimización de la intervención del sector público y la generación de espacios de mercado en los que se pueda generar lucro. Hoy en día es uno de los más valorados en su capacidad de impulsar el mercado de seguros privados para hacer frente a los copagos, pero manteniendo la financiación pública de servicios de atención privada en el grueso del coste.

La visión más clara de este impacto ha sido el modelo español. El último en implementarse en Europa Occidental junto al portugués, responde plenamente a esta lógica. Nace con una baja financiación, con un diseño destinado a la provisión privada de servicios y con presión sobre el gasto individual de bolsillo. La incorporación de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y su extensión a casi la mitad de beneficiarios ha consolidado el cuidado informal y la contratación de plazas residenciales privadas ha impulsado el mercado privado.

3. Conclusiones

El aumento en la participación laboral de las mujeres, los cambios en la estructura de las familias y el envejecimiento de las sociedades han presionado a los gobiernos a buscar nuevas soluciones para gestionar la emergente crisis de cuidados. Por una parte, muchos Estados del bienestar han expandido las prestaciones monetarias y la provisión pública de servicios de cuidados de niños y personas mayores, lo cual ha contribuido en parte a la disminución de las tensiones en la conciliación entre el empleo remunerado y los cuidados a familiares.

Por otro, desde principios de la década de los noventa la lógica de la recalibración ha guiado las reformas en las políticas sociales de los países europeos, orientándolas hacia un fortalecimiento de los principios de eficiencia económica en la provisión de los servicios sociales. Esta recalibración se ha llevado a cabo buscando un equilibrio entre dos fuerzas, la ampliación de la cobertura de los servicios de acuerdo a las necesidades sociales y la contención del gasto público en servicios de cuidados. El enfoque de la inversión social ha contribuido a esta reorientación funcional de los Estados de bienestar (Morel ...[et al], 2012). Aunque ha servido al mismo tiempo como protección de las políticas de cuidados, sobre todo las de cuidados formales a menores, debido a su carácter instrumental para la mejora del crecimiento y la competitividad.

Como consecuencia, viejas tensiones en la organización de los cuidados entre el Estado, la familia y el mercado conviven junto a nuevos tipos de tensiones. Sin embargo, según se ha apreciado, todavía hay

diferencias considerables entre los Estados de bienestar europeos en relación con los principales tipos de tensiones y al grado en el que se están experimentando (Pfau-Effinger y Rostgaard, 2011).

Este estudio evidencia cómo los tres países, aunque en períodos diferentes, expandieron los programas y servicios de atención a menores y mayores dependientes con el objeto de incorporar o retener a las mujeres en el mercado de trabajo y aumentar el número de empleados y contribuyentes. Sin embargo, en los últimos años, y apoyados en la justificación de los discursos de elección individual y personalización de los servicios, eficiencia de la gestión privada o contención del gasto público para mejorar la competitividad de la economía, los Estados han intentado mantener la cobertura, pero reduciendo o conteniendo los costes al mismo tiempo. Para ello, se ha dado preferencia a las prestaciones monetarias para la contratación de servicios sobre la oferta de servicios públicos y en las prestaciones para el cuidado familiar, tanto en los permisos parentales como en los sistemas de atención a mayores y dependientes, se han introducido criterios de renta para acceder a los servicios o prestaciones, e incluso se han limitado los servicios o la calidad de los mismos.

El equilibrio entre estas dos fuerzas ha sido distinto en cada uno de los países estudiados, combinando políticas de recortes (sobre todo en España con la crisis) con políticas de recalibración. Suecia ha mantenido un modelo público universal con un costo y cobertura alta, pero estable, aunque está introduciendo criterios de gestión privada y aumentando las prestaciones para atención domiciliaria o por familiares. Francia impulsó un modelo pro-mercado, que permitió elevar la cobertura a través de prestaciones económicas para la contratación de servicios formales, pero que no ha logrado evitar el aumento del costo total, de manera que ha introducido recientemente limitaciones a los beneficiarios y recortes en las cuantías de las prestaciones. Por último España, ha implementado un modelo de bajo costo que ha aumentado la cobertura, aunque basado fuertemente en prestaciones económicas para el cuidado familiar, y con retrocesos en la provisión de servicios públicos ante la seria contención del déficit público impuesta por la gestión europea de la crisis.

De manera que los cuidados siguen siendo proporcionados, todavía en gran medida, en los hogares a través de trabajo informal, remunerado y no remunerado, y cada vez más se encuentran estrategias de cuidados semiformales. El establecimiento de estos esquemas

Cada vez más se encuentran estrategias de cuidados semiformales. El establecimiento de estos esquemas baratos de *cash-for-care* puede elevar las desigualdades de clase y de género, ya que estas prestaciones invitan especialmente a las mujeres a abandonar el empleo.

baratos de *cash-for-care* puede elevar las desigualdades de clase y de género, ya que estas prestaciones invitan especialmente a las mujeres a abandonar el empleo en mayor medida que los programas basados en la provisión de servicios públicos. En la medida en que estas políticas pro-mercado reducen o privatizan los servicios públicos de cuidados a menores, mayores o dependientes, vuelven a transferir la responsabilidad y carga de trabajo de cuidados a las familias, limitando principalmente las posibilidades de las mujeres de acceder o continuar en el mercado laboral. Algunos países pueden resistir; de hecho, Suecia y Francia todavía combinan tasas de empleo de mujeres y de fecundidad altas con servicios de cuidados asequibles a pesar de las últimas reformas en los sistemas sociales. En otros países, con sistemas públicos de cuidados desarrollados recientemente y en menor medida y gravemente afectados por la crisis económica, por ejemplo España, los cambios positivos experimentados en las dos décadas previas a la crisis están siendo socavados por las medidas de austeridad, teniendo que recurrir ante los recortes en servicios a soluciones informales y familiares, con el serio peligro de retornar a modelos más familistas.

Notas

(1) De acuerdo con las tipologías de regímenes de bienestar de Esping-Andersen, primero de tres regímenes (1993) y posteriormente de cuatro (2000), y la tipología establecida por Bettio y Plantenga (2004) de cinco regímenes de cuidados, teniendo en cuenta la organización del cuidado de menores y de personas mayores.

(2) El Consejo Europeo de Lisboa estableció como metas para 2010 alcanzar tasas de empleo del 70% y tasas de empleo de mujeres del 60% como medidas necesarias para el crecimiento y la sostenibilidad de las pensiones y prestaciones del modelo social europeo.

(3) El gasto público en prestaciones familiares incluye exclusivamente ayudas financieras para familias y niños: ayudas monetarias (por ejemplo, asignaciones por hijos), beneficios en especie (por ejemplo, plazas en escuelas infantiles) y ayudas fiscales (por ejemplo, desgravaciones fiscales por hijos).

Bibliografía

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adema, Willem y Ali, Nabil
(2015), "Recent Changes
in Family Outcomes and | Policies in OECD Countries:
the Impact of the Economic
Crisis", en <i>Community, Work</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

- and Family*, Vol. 18 N° 2, pp. 145-166.
- Alegre, Miguel A. y Subirats, Joan (2013), "Sistemas y políticas educativas comparadas: transformaciones, convergencias y divergencias de los países occidentales", en *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*, Eloísa del Pino y M^a Josefa Rubio Lara (eds.), Madrid, Tecnos.
- Ascoli, Ugo y Pavolini, Emmanuele (2015), *The Italian Welfare State in a European Perspective: a Comparative Analysis*, Bristol, Policy Press.
- Askheim, Ole Petter; Bengtssonb, Hans; y Richter, Bjarne (2014), "Personal Assistance in a Scandinavian Context: Similarities, Differences and Developmental Traits", en *Scandinavian Journal of Disability Research*, N° 16, pp. 3-18.
- Augustine, Jennifer M.; Cavanagh, Shannon E.; y Crosnoe, Robert (2009), "Maternal Education, Early Child Care and the Reproduction of Advantage", en *Social Forces*, Vol. 88 N° 1, pp. 1-29.
- Baines, Donna y Cunningham, Ian (2015), "Care Work in the Context of Austerity", en *Competition and Change*, Vol. 19 N° 3, pp. 183-193.
- Barriga, Luis; Brezmes, María Jesús; García, Gustavo; y Ramírez, José (2014), *Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Madrid, Asociación Nacional de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.
- Bleijenbergh, Inge; Bussemaker, Jet; y De Bruijn, Jeanne (2006), "Trading Well-Being for Economic Efficiency", en *Marriage and Family Review*, Vol. 39 Nos. 3-4, pp. 315-336.
- Carrera, Francesca; Pavolini, Emmanuele; Ranci, Costanzo; y Sabbatini, Alessia (2013), "Long-Term Care Systems in Comparative Perspective: Care Needs, Informal and Formal Coverage, and Social Impacts in European Countries", en *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, Costanzo Ranci y Emmanuele Pavolini (eds.), New York, Springer.
- Comisión Europea (2012), *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States*, Brussels, Economic Policy Committee.
- Daly, Mary y Lewis, Jane (2000), "The Concept of Social

- Care and the Analysis of Contemporary Welfare States”, en *British Journal of Sociology*, Vol. 51 N° 2, pp. 281-298.
- Del Boca, Daniela; Pasqua, Silvia; y Pronzato, Chiara (2009), “Motherhood and Market Work Decisions in Institutional Context: a European Perspective”, en *Oxford Economic Papers*, Vol. 61 Suppl. 1, pp. i147-i171.
- Doty, Pamela; Nadsh, Pamela; y Racco, Nathalie (2015), “Long-Term Care Financing: Lessons from France”, en *Milbank Quarterly*, Vol. 93 N° 2, pp. 359-391.
- Duvander, Ann-Zofie; Haas, Linda; y Hwang, Philip (2014), “Sweden Country Note”, en *International Review of Leave Policies and Research 2014*, P. Moss (ed.), http://www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports, 15-01-2016.
- Ellingsæter, Anne Lise (2012), *Cash for Childcare: Experiences from Finland, Norway and Sweden*, Berlin, Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/id/09079.pdf>, 15-02-2016.
- Elliott, Sue; Golds, Sofie; Sissons, Ian; y Wilson, Hamish (2015), “Long-Term Care: a Review of Global Funding Models”, en *British Actuarial Journal*, Vol. 20 N° 1, pp. 167-208.
- Escobedo, Anna; Meil, Gerardo; y Lapuerta, Irene (2014), “Spain Country Note”, en *International Review of Leave Policies and Research 2014*, P. Moss (ed.), http://www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports, 12-01-2016.
- Esping Andersen, Gösta (1993), *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Valencia, Edicions Alfons El Magnànim.
- _____ (2000), *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona, Ariel.
- Eurostat (2016), Social Protection Data, Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection>, 12-01-2016.
- Eydal, Guðný B. y Rostgaard, Tine (2011), “Nordic Childcare: a Response to Old and New Tensions?”, en *Care between Work and Welfare in European Societies*, Birgit Pfau-Effinger y Tine Rostgaard (eds.), Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Fagnani, Jeanne; Boyer, Danielle; y Thévenon, Olivier (2015), “France Country Note”, en *International Review of Leave Policies and Research 2015*, P. Moss (ed.), http://www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports, 15-01-2016.

- Ferrera, Maurizio; Hemerijck, Anton; y Rhodes, Martin (2000), *The Future of Social Europe: Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Oeiras, Celta Editora.
- Hegewisch, Ariane y Gornick, Janet C. (2011), "The Impact of Work-Family Policies on Women's Employment: a Review of Research from OECD Countries", en *Community, Work and Family*, Vol. 14 N° 2, pp. 119-138.
- IMSERSO (2014), Portal de la dependencia: estadística mensual, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm, 14-01-2016.
- Jenson, Jane (2009), "Lost in Translation: the Social Investment Perspective and Gender Equality", en *Social Politics*, Vol. 16 N° 4, pp. 446-483.
- Joël, Marie-Eve; Dufour-Kippelen, Sandrine; Duchêne, Catherine; y Marmier, Mathilde (2010), "The Long-Term Care System for the Elderly in France", European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI Research Report; N° 77), http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI_ ANCIEN_RRNo77France.pdf, 01-01-2016.
- Johansson, Lennarth; Sundström, Gerdt; y Hassing, Linda (2003), "State Provision Down, Offspring's Up: the Reverse Substitution of Old-Age Care in Sweden", en *Ageing and Society*, Vol. 23 N° 3, pp. 269-280.
- Lewis, Jane (2001), "The Decline of the Male Breadwinner Model: Implications for Work and Care", en *Social Politics*, Vol. 8 N° 2, pp. 152-169.
- Matus López, Mauricio (2015), "Trends and Reforms in Long-Term Care Policies for the Elderly", en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 31 N° 12, pp. 2475-2481.
- Matus López, Mauricio y Cid, Camilo (2015), "Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile", en *Journal of the American Medical Directors Association*, Vol. 16 N° 10, pp. 900.e7-900.e10.
- Matus López, Mauricio y Rodríguez Modroño, Paula (2014), "Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica", en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 60, pp. 103-130.

- Morel, Nathalie; Palier, Bruno; y Palme, Joakim (eds.) (2012), *Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, Policies and Challenges*, Bristol, Policy Press.
- Moreno, Almudena (2012), “Familia, empleo femenino y reproducción en España: incidencia de los factores estructurales”, en *Papers*, Vol. 97 N° 2, pp. 461-495.
- Morgan, Kimberly J. (2013), “Path Shifting of the Welfare State: Electoral Competition and the Expansion of Work-Family Policies in Western Europe”, en *World Politics*, Vol. 65 N° 1, pp 73-115.
- OCDE (2013), *Health at a Glance 2013*, Paris, OCDE, <http://bit.ly/1cvmxPG>, 10-01-2015.
- _____ (2014), Database on Social Expenditure, Paris, OCDE, <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>, 15-12-2015.
- _____ (2015), OECD.stat: Long-Term Care Resources and Utilization, Paris, OCDE, http://stats.oecd.org/index.aspx?datasetcode=health_stat#, 14-01-2016.
- Palier, Bruno (2013), “El régimen de bienestar continental: de un sistema congelado a las reformas estructurales”, en *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*, Eloísa del Pino y M^a Josefa Rubio Lara (eds.), Madrid, Tecnos.
- Pfau-Effinger, Birgit y Rostgaard, Tine (2011), “Introduction: Tensions Related to Care in European Welfare States”, en *Care between Work and Welfare in European Societies*, Birgit Pfau-Effinger y Tine Rostgaard (eds.), New York, Palgrave Macmillan.
- Pierson, Paul (1998), “Irresistible Forces, Immovable Objects: Post-Industrial Welfare States Confront Permanent Austerity”, en *Journal of European Public Policy*, Vol. 5 N° 4, pp. 539-560.
- _____ (2001), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- Plantenga, Janneke y Remery, Chantal (2013), “Reconciliation of Work and Private Life”, en *Gender and the European Labour Market*, Francesca Bettio, Janneke Plantenga y Mark Smith (eds.), London, Routledge.
- Prada, M^a Dolores y Borge, Luis (2014), *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*, Madrid, Fundación CASER.
- Rodríguez, Ángel (dir.) (2005), *Libro blanco de atención a*

- las personas en situación de dependencia*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rostgaard, Tine (coord.) (2011), *Living Independently at Home: Reforms in Home Care in 9 European Countries*, Copenhagen, The Danish National Centre for Social Research.
- Sanford, Angela ...[et al] (2015), "An International Definition for Nursing Home", en *Journal of the American Medical Directors Association*, Vol. 16 N° 3, pp. 181-184.
- Saraceno, Chiara (2015), "A Critical Look to the Social Investment Approach from a Gender Perspective", en *Social Politics*, Vol. 22 N° 2, pp. 257-269.
- Saraceno, Chiara y Keck, Wolfgang (2010), "Can We Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe?", en *European Societies*, Vol. 12 N° 5, pp. 675-696.
- Sveriges Officiella Statistik (2014), *Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform m.m. för vissa insatser år 2010*, Stockholm, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19367/2014-3-2.pdf>, 12-01-2016.
- Swartz, Katherine; Mياke, Naoko; y Farag, Nadine (2012), "Long-Term Care: Common Issues and Unknowns", en *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol. 31 N° 1, pp. 139-152.
- Szebehely, Marta (2005), "Care as Employment and Welfare Provision: Child Care and Elder Care in Sweden at the Dawn of the 21st Century", en *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*, H. M. Dahl y Eriksen T. Rask (dir.), Aldershot, Ashgate.
- Thévenon, Olivier (2009a), "Assessing the Cost of Children: a Challenge for Policies", en *The Costs of Raising Children and the Effectiveness of Supporting Parenthood Policies in European Countries: a Literature Review*, Marie Thérèse Letablier, Angela Luci, Antoine Math y Olivier Thévenon (eds.), s.l., European Commission.
- _____ (2009b), "Increased Women's Labour Force Participation in Europe: Progress in the Work-Life Balance or Polarization of Behaviours?", en *Population*, Vol. 64 N° 2, pp. 235-272.
- _____ (2013), "Drivers of Female Labour Force Participation in the OECD",

- Paris, OCDE (Social, Employment and Migration Working Papers; N° 145).
Unión Europea (2015), Mutual Information System on Social Protection, <http://www.missoc.org/MISSOC/index.htm>, 05-01-2016.
- Whitehead, Margaret; Gustafsson, Rolf Å; y Diderichsen, Finn (1997), “Why is Sweden Rethinking Its NHS Style Reforms?”, en *BMJ: British Medical Journal*, Vol. 315 N° 7113, pp. 935-939.