



CUADERNOS DE TRABAJO

Pendientes de la Dependencia

*Análisis comparado de los sistemas
de cuidados de larga duración
de España y Noruega*

Sergio González Pérez
Tutora: Olga Salido Cortés

Grado en Sociología
CT 02/2015
ISSN: 2603-8722



Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Índice

1. PRESENTACIÓN	5
2. OBJETIVOS	5
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN	5
3.1. Los Nuevos Riesgos Sociales	7
4. SISTEMA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN NORUEGA	10
4.1. Historia de los CLD en Noruega	10
4.2. Servicios y prestaciones del sistema de cuidados	11
4.3. Gestión y financiación de los CLD en Noruega	13
4.4. Perspectivas de futuro para los dependientes noruegos	13
5. SISTEMA DE DEPENDENCIA ESPAÑOL	14
5.1. Los CLD en España hasta la llegada de la «Ley de Dependencia»	15
5.2. La «Ley de Dependencia» y el SAAD	15
5.2.1. Las reformas del SAAD	16
5.3. Servicios y prestaciones del SAAD	17
5.4. Gestión de los CLD y financiación	18
5.5. Futuro incierto para los dependientes en España... ..	19
6. CONCLUSIONES	20
7. BIBLIOGRAFÍA	22

1. PRESENTACIÓN

Europa envejece. A lo largo de las últimas décadas, las sociedades europeas han experimentado importantes cambios sociodemográficos que han incidido significativamente en sus estructuras poblacionales. El aumento de la esperanza de vida y un importante descenso de las tasas de natalidad han provocado un progresivo envejecimiento de la población, una realidad que ya está empezando a poner a prueba el alcance de los diferentes Estados de Bienestar, dejando al descubierto sus particulares deficiencias. Con la tendencia actual se estima que a lo largo de las próximas décadas el peso poblacional de las personas con 65 años y más en Europa se dispare hasta proporciones difíciles de sostener económicamente. Y no estamos hablando solamente de las pensiones, ya que este trabajo se centra en una de las consecuencias asociadas a este envejecimiento: el aumento de la demanda de cuidados de larga duración.

Históricamente, cada país ha protegido de diferente forma y alcance a las personas en situación de dependencia. Mientras que en países nórdicos como Noruega el Estado ha provisto de importantes cantidades de servicios y prestaciones que han garantizado el bienestar de los afectados y sus familias, en la Europa del Sur ha sido precisamente ésta, la familia, la que ha cubierto las necesidades de los dependientes. Pero otros importantes fenómenos ocurridos en el seno de las sociedades unidos a este envejecimiento poblacional han puesto en una encrucijada a los tradicionales sistemas de dependencia. La incorporación progresiva de las mujeres al mercado laboral desde los años ochenta ha sido uno de los condicionantes del descenso de la natalidad, pero además, en países como España, con un Estado de Bienestar familista, el incremento de la participación laboral femenina unido a importantes dificultades a la hora de poder conciliar las vidas laboral y familiar de los ciudadanos ha provocado serias dificultades a la hora de poder seguir suministrando los cuidados que requieren los dependientes.

A lo largo de este trabajo realizaremos un estudio de caso de carácter descriptivo, gracias al cual conoceremos las diferentes respuestas de Noruega y España ante un mismo problema.

2. OBJETIVOS

A continuación detallaremos el objetivo principal de este trabajo así como los objetivos secundarios que nos ayudarán a responder al primero.

Objetivo principal:

- Conocer las diferencias existentes entre los sistemas de cuidados de larga duración de España y Noruega atendiendo a las características de sus respectivos Estados de Bienestar.

Objetivos secundarios:

- Estudiar la trayectoria histórica en cuidados de larga duración de cada país prestando especial atención al sistema de cuidados actual.
- Averiguar la responsabilidad del Estado y la familia en la provisión de cuidados de larga duración.
- Descubrir cómo se financia y quién gestiona los sistemas de cuidados a dependientes.
- Conocer el catálogo de servicios y prestaciones económicas que ofrece cada sistema de cuidados.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Si bien es cierto que los orígenes del Estado de Bienestar, y más concretamente de los sistemas de seguridad social, se encuentran en el siglo XIX con la aparición de la revolución industrial, el periodo de mayor expansión lo encontramos en los treinta años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, cuando el gasto social se multiplicó, pasando en Europa de un 5 a un 25 % del PIB de media. El periodo de gran

crecimiento económico, que abarcó desde 1945 a 1975, se sustentó en *‘las beneficiosas interacciones entre el desarrollo de la industria de bienes estandarizados, de gran consumo, el consumo de masas y la generalización de la protección social’* (Palier, 2010: 8). La nueva sociedad industrial de este periodo redefinió las tareas de los individuos: mientras que al hombre le correspondía el papel de garante de ingresos y protección social de la familia, la mujer quedaba relegada al ámbito doméstico, haciéndose cargo de las tareas de la casa y del cuidado de sus familiares (Palier, 2010: 9). En esta clara diferenciación de roles se sustenta la tradicional preferencia del Estado de Bienestar por las prestaciones en especie en detrimento de los servicios prestados a la familia. No sería hasta mediados de los setenta, con una mayor participación de la mujer en el mercado laboral, cuando los países nórdicos, de forma pionera, comenzasen a priorizar los servicios a las familias (Esping-Andersen y Palier, 2010: 24).

Existe una importante divergencia en el alcance de las políticas sociales que ha emprendido cada país a lo largo de estas décadas. Atendiendo a la clasificación realizada por Esping-Andersen nos encontramos con tres grandes tipos de regímenes de bienestar europeos: el *régimen socialdemócrata* de los países escandinavos, el *régimen liberal* de los países anglosajones y el *régimen conservador-corporativista* de la Europa continental. Mientras que el primero se caracteriza por la existencia de políticas universales y servicios sociales gratuitos, el segundo trata de cubrir a los grupos sociales más desfavorecidos; por último, el régimen conservador se caracteriza por la existencia de una Seguridad Social financiada mediante las cotizaciones sociales de los trabajadores (Esping-Andersen en Palier, 2010: 9). Además de estos tres grandes regímenes, hay que hablar de un cuarto tipo de Estado de Bienestar que añade Ferrera el *régimen mediterráneo*, típico del sur de Europa, al que pertenecen países como España, Grecia, Italia o Portugal (NorSpar, 2015: 22).

Noruega, el primero de los países sobre los que pondremos el foco en este trabajo, se encuentra enmarcado en el régimen de bienestar *socialdemócrata*, caracterizado por un Estado de Bienestar fuerte que sitúa los derechos sociales como uno de los pilares básicos de la ciudadanía. El Estado, además de proporcionar importantes prestaciones sociales para cuestiones clave como el desempleo, la maternidad o la dependencia, provee de una red de servicios sociales universalmente accesibles (Fundación Encuentro, 2011: 355), en cuya gestión las autoridades locales desempeñan un papel clave (Kautto, 2010 en NorSpar, 2015: 25). España, el otro país que vamos a estudiar, pertenece al régimen *mediterráneo* o *fragmentado* de bienestar, donde el sistema de la Seguridad Social se financia con cotizaciones proporcionales al salario (NorSpar 2015: 23-24), aunque algunos servicios como la sanidad, universalizada desde 1986, se financian estatalmente (Moreno y Mari-Klose, 2013: 128). La principal característica de este tipo de régimen es la función clave que realiza la familia, la cual juega un papel fundamental en el desarrollo de las políticas sociales. Si bien es cierto que ninguno de los países pertenecientes a este tipo de régimen participó en la Edad de Oro del *welfare* (1945-1975), desde entonces han experimentado una rápida y profunda modernización, la cual ha incidido transversalmente en sus sociedades, transformando las esferas económica, cultural, política y social. Este sistema de bienestar típico de la Europa del Sur es un modelo de naturaleza mixta¹, donde destaca el alto grado de fragmentación de los programas asistenciales, los cuales hacen las funciones de ‘última red’ o ‘malla de seguridad’ con un conjunto de programas de carácter no contributivo destinados a colectivos con un rasgo en particular (ej. viudedad o discapacidad). Debido a que estas prestaciones de carácter asistencial se conceden tras

1 En España es modelo se ha visto fortalecido e impulsado durante las dos últimas décadas gracias a la moderación del gasto público, el auge del Tercer Sector y el incremento del mercado (Fundación FOESSA, 2011: 480)

Tabla 1. Proyección de tasas de dependencia de la tercera edad (porcentajes)

	2015	2020	2030	2040	2050
UE-28	28,8	31,8	39,0	45,9	49,4
España	27,8	30,4	39,6	53,5	62,5
Noruega	24,5	26,3	30,0	33,7	35,0

Fuente: Eurostat

demostrarse una carestía de recursos, el desarrollo de la política social de estos países se enfrenta a un obstáculo importante, como son las altas tasas de empleo “sumergido” y la endémica evasión fiscal. (Moreno y Mari-Klose, 2013)

Ahora bien, a lo largo de las últimas décadas Europa está experimentando importantes cambios en la estructura de sus sociedades. Cambios que están poniendo a prueba los diferentes tipos de Estados de Bienestar. Cambios que han traído consigo la aparición y el aumento de los llamados Nuevos Riesgos Sociales, de los cuales hablaremos a continuación.

3.1. Los Nuevos Riesgos Sociales

La aparición y auge de los Nuevos Riesgos Sociales (en adelante NRS), como aquellos riesgos a los que se enfrentan los individuos a lo largo de su vida fruto de los *‘cambios demográficos, la transformación de los mercados de trabajo y los contextos sociales asociados con la transición al orden postindustrial’* (Taylor-Goo- by, 2004; Bonoli, 2007 en NorSpar, 2015: 12), está provocando una serie de importantes desafíos vinculados a tres tendencias: el envejecimiento de la población, la transformación de los mercados de trabajo y los cambios en los valores sociales (NorSpar, 2015: 12). En este trabajo nos centraremos en los desafíos que está suponiendo el primero de esos nuevos riesgos, el progresivo envejecimiento de la población, y más concretamente, una de las consecuencias asociadas al mismo: el incremento en la demanda de los cuidados de larga duración (en adelante CLD).

El aumento en la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad -como veremos más adelante, fruto en gran medida a la incorporación de la mujer al mercado laboral- están provocando fuertes cambios en las estructuras poblacionales de las sociedades europeas. A lo largo de los próximos años se espera que el número de personas con 65 años y más aumente significativamente en toda Europa, y más fuertemente en el sur, donde el descenso de la natalidad ha sido aún más acentuado. (NorSpar, 2015: 58) En la *Tabla 1* podemos ver la predicción de las tasas de dependencia de la tercera edad² para las próximas décadas realizadas por el Eurostat para el conjunto de la UE-28, y más concretamente, España y Noruega.

Si bien es cierto que la proyección indica que la proporción de personas mayores aumentará en toda Europa, en Noruega ese incremento sería menos que la media europea (11 puntos mayor en 2050 que en la actualidad). En España ocurriría algo realmente dramático, ya que a partir de 2040 esta tasa se dispararía, alcanzando un 62,5% en 2050.

Este aumento en el peso poblacional de las personas mayores, además de llevar asociado un incremento en la demanda de cuidados, también supone una fuerte presión económica sobre la sostenibilidad de los mismos. (NorSpar, 2015: 58). Un menor tamaño de población activa tiene que sostener económicamente a una proporción creciente de jubilados,

² Relación entre el número total de individuos mayores de sesenta y cinco años y la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años) (NorSpar, 2015: 58)

los cuales viven cada vez más tiempo y requieren de mayores ayudas (Palier, 2010: 12).

Tradicionalmente, los cuidados a personas dependientes han pertenecido exclusivamente al ámbito privado –donde la Administración colaboraba de forma asistencial–, y más concretamente, han sido las mujeres las encargadas de asumir esta tarea (Rodríguez y Marbán, 2013: 238). Ahora bien, en una sola generación la trayectoria vital de las mujeres ha cambiado significativamente: mientras que durante los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial éstas quedaron relegadas al ámbito doméstico, la siguiente generación dispuso de más oportunidades para la consecución de un empleo, y con ello, su independencia económica, siendo el nivel de instrucción y el acceso a un salario decente elementos clave en esta ruptura generacional. El nuevo rol de las mujeres ha traído consigo importantes cambios socio-demográficos, como el retraso en el nacimiento del primer hijo y unos índices de fecundidad inferiores a los deseados. El rápido envejecimiento que está experimentando la sociedad es en gran parte resultado de este gran cambio en la biografía de las mujeres. (Esping-Andersen y Palier, 2010: 19-20)

Cierto es que esta incorporación de las mujeres al mercado laboral no se ha producido con la misma rapidez en todos los países. Centrándonos en España y Noruega y comparando la evolución de sus tasas de actividad femenina con la media de la UE-28 (Tabla 2) observamos un rápido incremento de la participación laboral de las mujeres en España en los últimos años, superando la media de la Unión Europea y acercándose a los niveles de Noruega, uno de los países con mayores tasas de actividad femenina de Europa.

Esta revolución femenina ha puesto de manifiesto la necesidad creciente de las familias de externalizar sus necesidades de servicios de cuidados, pero se enfrentan al elevado coste que suponen los mismos –ya sea en centros especializados o a domicilio–, algo fuera del alcance para la mayoría de los hogares (Esping-Andersen y Palier, 2010). En países pertenecientes al régimen de bienestar mediterráneo se pone de manifiesto la tendencia a la contratación de trabajadores pertenecientes a la ‘economía sumergida’, en su mayoría mujeres inmigrantes, que realizan estas actividades de cuidados en la propia vivienda familiar (Moreno-Fuentes y Bruquetas, 2011 en Moreno y Mari-Klose, 2013: 137). Ahora bien, mientras que en Escandinavia casi ninguna mujer ve interrumpida su carrera laboral por la necesidad de cuidar de un pariente, en Europa del Sur, donde la familia no sólo es responsable legal de los cuidados, sino también responsable moral de los mismos (Rodríguez y Marbán, 2013), esto sigue siendo lo habitual (Esping-Andersen y Palier, 2010: 39).

Esta transformación de roles producida en las estructuras familiares ha afectado directamente a los regímenes de bienestar europeos, los cuales han modificado el ámbito privado de los CLD con nuevas formas de socialización del riesgo que varían de intensidad en cada país, al estar influidas por la tradición de cada Estado en política social –dependencias de la senda o *path dependencies*– así como las reformas que llevan a cabo y en las que intervienen los distintos agentes sociales. Esta creciente responsabilidad del sector público no ha modificado la esencia de los cuidados, su privacidad, por lo que la socialización se ha concentrado en una parte del coste que suponen, siendo los hogares los que se siguen ocupando de la organización de los mismos.

Tabla 2. Tasas de actividad femenina de edades 20-64 años (porcentajes)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
UE-28	64,4	65,0	65,5	66,2	66,8	67,1	67,6	68,1	68,4	68,7	69,5	70,0	70,5
España	57,2	59,0	60,7	62,2	63,9	65,2	67,0	68,9	70,1	71,3	72,4	72,9	73,1
Noruega	79,2	77,6	77,5	77,3	77,9	79,1	80,1	79,6	79,0	79,2	79,1	79,4	79,5

Fuente: Eurostat

Se observa cómo los diferentes sistemas nacionales europeos de CLD han venido a reforzar el rol tradicional de la familia, implantándose una serie de programas universales que incluyen unos mínimos garantizados de servicios y prestaciones topadas que sirven como apoyo a los hogares con personas dependientes. (Rodríguez y Marbán, 2013: 240) Se comprueba que sólo de manera muy excepcional (únicamente en los países nórdicos) se ha producido una sustitución real de lo que hoy día sigue siendo una responsabilidad intergeneracional (Daatland, 2015: 37). La familia demanda ayudas para poder compatibilizar la función de cuidados con la inserción laboral, además de formas de conciliación entre cuidados informales y empleo que favorezcan un reparto más igualitario de las tareas de cuidados (Rodríguez y Marbán, 2013: 240).

Las reformas que se están llevando a cabo en estos últimos años en materia de dependencia se encuentran enmarcadas en un periodo de contención y reestructuración del Estado del Bienestar, lo que ha provocado un desarrollo dual de estas políticas. Por un lado, están siendo una respuesta obligada ante los importantes cambios sociodemográficos y las nuevas demandas y riesgos sociales, así como el aumento de los costes sanitarios provocados por el envejecimiento de la población; por otra parte, en estas reformas juegan un papel clave *‘los condicionantes ideológicos e institucionales del actual período histórico de contención e, incluso, de contracción en el desarrollo del Estado de Bienestar’* (Rodríguez y Marbán, 2013: 238). Las políticas sociales ya no son percibidas por parte de los Estados como una inversión económica, como ocurría en la Edad de Oro, sino más bien como un coste (Palier, 2010: 11). La actual recesión económica ha tenido efectos especialmente perversos sobre las políticas de dependencia, donde un descenso en el gasto público en esta materia ha venido a unirse a nuevas formas de privatización del riesgo (Rodríguez y Marbán, 2013), como es el fomento de la contratación de seguros privados que vengán a complementar las pensiones públicas. Pero es importante tener presente que la contención del gasto público no reduce

el gasto total: las familias que no puedan hacer frente a la compra de servicios privados recurrirán a soluciones familiares –lo que ha provocado una cierta refamiliarización y refeminización de los cuidados–, las cuales también tienen un coste –ya sea directo o indirecto–. Por ello Gøsta Esping-Andersen y Bruno Palier (2010) señalan que *‘la inversión social pública parece más eficaz y más justa que el recurso del mercado o las familias’*. (51)

La dependencia está presente en Europa desde el año 2003, formando parte de una estrategia global europea en política social que *‘contempla la protección social en un sentido amplio: sistemas de pensiones sostenibles, atención sanitaria y cuidados de larga duración de calidad e inclusión social’* (Consejo y Comisión Europea, 2003, en Rodríguez y Marbán, 2013: 239). Aunque la Unión Europea no tiene competencias sobre estas materias, favorece un desarrollo y aprendizaje mutuo entre los diferentes países que la forman mediante la elaboración de informes conjuntos (*Joint Report*) o la celebración de encuentros (*Peer Review*) que tienen como objetivo el *‘intercambio y aprendizaje de las mejores prácticas en protección social e inclusión social, es decir, sobre prácticas de cobertura, financiación, tipos de prestaciones (servicios y monetarias), evaluación de calidad y participación de las personas afectadas y las organizaciones que los representan’* (Rodríguez y Marbán, 2013: 239). Se puede observar una tendencia general europea hacia un modelo de CLD caracterizado por una *‘regulación y financiación –parcial– pública, de planificación, organización y evaluación regional, gestión municipal y mixta en cuanto a la provisión con una creciente sustitución del sector público por el sector privado’* (Rodríguez y Marbán, 2013: 241).

Desde que se inició la crisis económica, el papel de la Unión Europea ha adquirido una mayor importancia en cuestiones de bienestar. Los dos países sobre los que se centra este estudio se han visto influidos por las recomendaciones políticas de la UE. Por un lado, el gran volumen de la deuda española y el rescate bancario que recibió el país condicionaron

en gran medida el desarrollo de sus políticas sociales; por otro lado, aunque Noruega no es miembro de la UE, sí pertenece al Espacio Económico Europeo (EEE), lo que ha provocado que su economía también se haya visto afectada indirectamente por las recomendaciones provenientes de Bruselas (NorSpar, 2015: 16).

Centrándonos en la realidad política y social de estos dos países, cabe destacar que la pertenencia de Noruega y España a diferentes regímenes de bienestar ha condicionado fuertemente sus políticas de CLD. El primero ha promovido un proceso de des-familiarización de los cuidados a dependientes, lo que ha favorecido una mayor participación femenina en el mercado laboral (*Tabla 2*) así como una mayor independencia económica de las mujeres. En España, con un gasto público en esta materia bastante más discreto que el noruego, las prestaciones económicas que ofrece la actual normativa de CLD han venido a reforzar el tradicional sistema de cuidados, y con ello, las mujeres siguen asumiendo gran parte del cuidado de los dependientes. Es fundamental atender a una cuestión que explica la estructura del Estado de Bienestar español y que afecta al sistema de dependencia: las políticas de bienestar se encuentran en gran medida descentralizadas, siendo competencia la mayoría de ellas (entre las que se encuentran la sanidad y la dependencia) de las Comunidades Autónomas (NorSpar, 2015). Ello ha provocado importantes tensiones entre los diferentes niveles de gobierno así como una gran asimetría espacial en el desarrollo de las políticas de dependencia.

Este trabajo tiene como objetivo conocer la diferente respuesta de Noruega y España, como dos países con diferente tradición y enmarcados en regímenes de bienestar muy distintos, ante el envejecimiento de su población y sus consecuencias, todo ello en un momento histórico marcado por una grave crisis económica que ha influido de diferente forma en las políticas emprendidas por ambos países. En la primera parte del trabajo analizaremos los diferentes programas de cuidados de larga duración

desarrollados en cada uno de los dos países, para posteriormente extraer unas conclusiones finales que muestren las principales diferencias entre ambos sistemas. Debido a la limitación de espacio de este trabajo solamente señalaremos los principales rasgos de cada sistema de cuidados, habiendo contenido más que suficiente para poder desarrollar este trabajo en futuras investigaciones.

4. SISTEMA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN NORUEGA

Noruega, tal y como hemos señalado en el punto anterior, se incluye dentro del llamado *régimen socialdemócrata* de bienestar, caracterizado por el papel activo que juega el Estado en el bienestar de los ciudadanos. Atendiendo concretamente a la atención de la tercera edad y los CLD, el Estado (y no la familia) es el responsable del bienestar económico y social de los ancianos desde que en 1965 se revisase la Ley de Servicios Sociales (Daatland, 2015: 40). Conforme a su papel protector, el Estado ha desarrollado mecanismos normativos que protegen a las personas mayores de cualquier tipo de abuso o maltrato que puedan sufrir, además de fomentar la denuncia y la divulgación pública de los casos que se puedan dar (OCDE, 2013: 22).

En las siguientes líneas conoceremos los principales rasgos del sistema de CLD noruego. Para situarnos en el contexto de los CLD de este país, en primer lugar vamos a conocer la trayectoria histórica de los mismos.

4.1. Historia de los CLD en Noruega

La pensión por invalidez para aquellos trabajadores que hubiesen sufrido un accidente laboral grave se implantó en 1894, pero no sería hasta 1936 cuando se establecería la pensión nacional por vejez, bastante más tarde que en países de su entorno y pertenecientes al mismo tipo de régimen de bienestar, como Dinamarca (1892) o Suecia (1913). Fue a partir de 1959 cuando se consolidó la universalidad de la pensión nacional de vejez, con el acceso a

la misma a partir de los setenta años de edad (Daatland, 2015: 40).

La implantación de la pensión nacional supuso un desahogo para las administraciones locales, ya que si bien la asistencia social siguió siendo responsabilidad suya, pudieron dedicar mayores recursos a los servicios sociales, entre los que se encuentra el cuidado de ancianos. Entre 1900 y 1950 los hogares de ancianos de los municipios fueron prácticamente el único servicio público existente, hasta que a mediados de siglo, fruto de la celebración de la primera comisión nacional sobre el cuidado de la tercera edad, se incorporaron la ayuda social y sanitaria a domicilio con el objetivo de fomentar el envejecimiento en el hogar así como aliviar la demanda de atención institucional. Además, el Estado comenzó la sustitución de los hogares de ancianos por residencias dotadas con los últimos avances en atención sanitaria, las cuales se duplicaron entre 1970 y 1985 al mismo tiempo que descendía el número de los antiguos hogares de ancianos, los cuales finalmente acabaron siendo sustituidos por viviendas protegidas. Es también en esta misma etapa cuando los servicios de atención domiciliaria también experimentan un importante auge (Daatland, 2015: 40).

Ante la falta de mecanismos que moderasen y focalizaran el gasto público sobre las demandas reales de la población, entre 1985 y 1995 se implantó un sistema de financiación cerrado con el fin de que el Estado tuviera más control del gasto total, al mismo tiempo que se potenció la descentralización de los cuidados de larga duración hacia los municipios, los cuales recibían financiación por parte de la Administración Central que destinaban a aquellos servicios que cada cual consideraba más necesario (Daatland, 2015: 41). Además, con la pretensión de ‘adelgazar’ la atención en instituciones (las cuales recibieron nuevas subvenciones con el fin de modernizarlas), el Estado noruego otorgó importantes subsidios a partir de mediados de los noventa con el objetivo de impulsar la vivienda tutelada frente a las residencias asistidas, a fin de individualizar la atención, además de intentar fomentar la autoayuda y los

cuidados familiares (Rodrigues y Lamura, 2012 en Daatland, 2015: 43). Esta promoción de la vivienda tutelada fue un punto de confrontación política importante entre el partido socialdemócrata, principal impulsor de este servicio, y la derecha política, que se mostraba a favor de las residencias asistidas (Romoren y Svorken, 2003 en Daatland, 2015: 46). En la realidad, si bien la opción de la vivienda tutelada ha tenido buena acogida entre las personas con discapacidades físicas, tradicionalmente los servicios de dependencia noruegos han tenido un carácter sanitario, lo que ha provocado que las administraciones municipales hayan seguido priorizando las residencias asistidas, siendo las viviendas tuteladas un complemento y no una sustitución real a las mismas (Daatland, 2015: 46).

Entre los años 1995 y 2010 el número de residencias asistidas descendió un 25%, aunque la afluencia en ellas aumentó, compensándose prácticamente este descenso en el número de instituciones. En este periodo también se aprecian más dificultades en el acceso a los servicios comunitarios y una mayor dificultad a la hora de elegir servicios que se adapten realmente a las necesidades individuales de cada afectado, lo que ha provocado que muchas de esas necesidades no hayan sido satisfechas o que los cuidados de menor intensidad hayan tenido que ser asumidos por las familias (Daatland, 2015: 41). Tal y como señala el psicólogo social Svein Olav Daatland (2015), esta circunstancia ha provocado una cierta refamilización de los CLD en Noruega (Daatland, 2015: 47).

4.2. Servicios y prestaciones del sistema de cuidados

Los cuidados de larga duración en Noruega se desarrollan hoy en día en residencias asistidas, viviendas tuteladas y en el propio hogar del afectado mediante servicios de ayuda y atención sanitaria a domicilio (Daatland, 2015: 41). Esta atención a ancianos y dependientes se realiza en dos ‘régimenes’: uno institucional de asistencia y otro de vivienda especial y atención sanitaria’ (Daatland, 1997 y Szebehely, 2005 en Daatland, 2015: 42).

La mayor parte de la atención residencial se dedica a las necesidades de cuidados de muy larga duración (*Tabla 3*), donde se emplean enfermeros que atienden y realizan un seguimiento específico de cada usuario. El descenso en el volumen de atención en instituciones ha supuesto que los ingresos de afectados en las residencias se produzcan más tarde, lo que lleva consigo una menor permanencia en los centros y mayores necesidades que los usuarios que anteriormente residían en ellos. La mayoría de los usuarios actuales padece demencia, principal motivo de su ingreso en estos centros (Selbæk, 2007 en Daatland, 2015: 43). La OCDE resalta que, en líneas generales, las necesidades de personas con enfermedades neurodegenerativas, como la demencia, no son tratadas de forma correcta conforme a su enfermedad, no así en Noruega, donde las Administraciones Públicas dan especial relevancia a los cuidados específicos para estas personas (OCDE, 2013: 27). En cuanto a la ayuda a domicilio, esta incluye servicios como la teleasistencia, la ayuda en el transporte o el servicio de comida a domicilio para personas con algún tipo de impedimento físico, servicios *‘todos ellos piezas clave en el engranaje del sistema de atención comunitaria’* (Sundström et al.

en Daatland, 2015: 42). Las Administraciones Públicas hacen uso de herramientas estadísticas como IPLOS que sirven para -basándose en la información proporcionada por los usuarios- controlar el buen uso que se hace de los recursos públicos en la atención domiciliaria, además de conocer la calidad en la atención a los beneficiarios (Centro de desarrollo para el hogar de ancianos y servicios de atención domiciliaria: <http://www.utviklingssenter.no>).

Como vemos en la *Tabla 3*, la mayor parte de las ayudas prestadas son servicios realizados en el domicilio del dependiente, lo que tiene sentido teniendo en cuenta el objetivo del sistema de CLD noruego de promover el envejecimiento en el hogar. Tal y como señalábamos anteriormente, se comprueba que la mayoría de los usuarios de residencias asistidas requieren de cuidados a largo plazo. En cuanto a viviendas tuteladas, sorprende que los residentes en viviendas de este tipo sin personal sean mayores que aquellos que disponen de personal las 24 horas. Podemos entender que la propia ayuda que se prestan entre los residentes (obviamente con poca dependencia) es suficiente para realizar sus actividades de la vida diaria.

Tabla 3. Beneficiarios de CLD según servicio y edad en Noruega, 2012

	Total	Beneficiarios < 67	Beneficiarios ≥ 67
Asistencia institucional	43.400	4.700	38.700
Corto Plazo	9.200	2.700	6.500
Largo Plazo	34.200	2.000	32.200
Vivienda tutelada	44.800	19.200	25.600
24h con personal	16.400	8.800	7.700
Otros con personal	6.600	2.500	4.100
Sin personal	19.300	6.600	12.700
Desconocido	2.500	1.300	1.200
Servicio de alojamiento ordinario	182.600	78.300	104.300
TOTAL	270.800	102.200	168.600

Fuente: (Daatland, 2015, p. 44).

Es cierto que además de estos servicios el sistema noruego de cuidados también contempla subsidios monetarios para afectados y familiares, y si bien es cierto que en 2011 una comisión pública recomendó impulsar más este tipo de ayudas, estas prestaciones son objeto de un profundo debate y discusión en la esfera política del país, por lo que a corto/medio plazo el sistema de servicios seguirá siendo la principal herramienta en el sistema de CLD en Noruega (Daatland, 2015: 45).

A modo de apunte final de este apartado, señalar que la mayoría de los ancianos que fallecen en Noruega (60% de la población mayor de ochenta años) lo hace en residencias, seguido de un 30% que perece en hospitales. Sólo un 10 % fallece en el hogar, ya sea particular o una vivienda tutelada (Daatland, 2015: 42).

4.3. Gestión y financiación de los CLD en Noruega

Destaca el alto nivel de descentralización de los servicios sociales y la atención primaria sanitaria en el país nórdico, siendo éstos cuestiones de competencia municipal. Si bien es cierto que los gobiernos locales tienen un notable margen de maniobra en la gestión de los servicios, con las reformas de la década de los 80 el Estado pasó a tener un mayor control sobre el gasto total del sistema de dependencia e introdujo nuevos subsidios, lo que ha limitado el margen de maniobra de las administraciones locales. (Daatland, 2015: 47)

El Estado, tal y como hemos señalado anteriormente, es el principal responsable del bienestar de los dependientes, y el sistema de dependencia es financiado en su mayor parte mediante impuestos generales (Daatland, 2015: 48). El volumen de copago al que tienen que hacer frente los usuarios en la financiación del coste total de los servicios es bastante reducido, ya que supone un 15% del coste de la atención institucional y apenas el 5% de los gastos en la asistencia a domicilio; ahora bien, se comprueba que existen beneficiarios de determinados servicios que tienen que hacer frente a un nivel de copago nada despreciable. Aquellos usuarios de residencias

asistidas que necesitan cuidados de muy larga duración financian el servicio con hasta el 75% de su pensión y el 85% de otras rentas complementarias que puedan tener (el patrimonio que posean no afecta a la cantidad de copago). El servicio de residencias asistidas se lleva la mayor parte de los recursos destinados al cuidado de dependientes. En cuanto a los usuarios de las viviendas tuteladas, éstos asumen el alquiler de la vivienda, la comida y el coste de los servicios de atención domiciliaria, si bien es cierto que el Estado les proporciona subsidios para la atención médica y el alojamiento (Daatland, 2015: 45).

En cuanto a la privatización de los CLD en el país nórdico, si bien es cierto que tradicionalmente no ha habido espacio para el sector privado en la gestión de los mismos, en los últimos tiempos se comprueba una cierta tendencia (más pronunciada en países como Suecia o Dinamarca, pertenecientes al mismo tipo de régimen de bienestar) hacia formas de privatización más típicas de otros tipos de Estados de Bienestar, como el régimen continental (Daatland, 2015: 48). Las administraciones locales han externalizado parte de los servicios de CLD a organizaciones y empresas privadas argumentando que la competencia mejora la calidad y la eficiencia de los mismos, además de permitir al beneficiario elegir entre una mayor oferta de ayudas (Daatland, 2015: 48). Actualmente el sector privado solamente supone un 10 % de la atención institucional que se presta, pero los servicios de vivienda tutelada sí pueden ser percibidos como una forma de privatización, ya que el usuario tiene que hacer frente al coste de la vivienda y el Estado sólo asume la atención sanitaria de los beneficiarios (Daatland, 2015: 48).

4.4. Perspectivas de futuro para los dependientes noruegos

Como veíamos en la *Tabla 1*, las proyecciones del Eurostat indican que la tasa de dependencia en Noruega en el año 2050 será superior a la actual en más de 10 puntos, si bien menor a la media de la UE-28. Estas predicciones unidas a la tendencia de una cierta reducción del peso del sector público en el sistema de CLD de Noruega, una cierta refamiliari-

zación de los mismos, al mismo tiempo que progresivamente existe un mayor espacio para la iniciativa privada en la prestación de servicios, hacen que el futuro de los dependientes en este país no esté del todo claro.

Es cierto que en Europa los cuidados a personas mayores gozan de buena reputación (Taylor-Goobie, 2004; Marcum y Treas, 2012 en Daatland, 2015: 50), pero el sistema público de CLD noruego supone un alto coste para las arcas del país, y su futuro dependerá en gran medida de la solidaridad de los futuros grupos de edad, los cuales con sus impuestos deberán seguir financiando el sistema (Daatland, 2015: 50).

5. SISTEMA DE DEPENDENCIA ESPAÑOL

España pertenece al llamado régimen de bienestar mediterráneo, donde tal y como hemos señalado anteriormente la familia ha sido tradicionalmente la principal proveedora del bienestar de sus miembros mientras que las Administraciones Públicas han desempeñado un papel secundario, participando de forma subsidiaria y fragmentada. Poniendo el foco sobre los cuidados de larga duración, éstos han sido asumidos por las familias de los dependientes, y más concretamente, han sido las mujeres las principales encargadas de ello. (Moreno, 2015: 55-56) Pero los profundos cambios socio-demográficos experimentados por la sociedad española en las últimas décadas hacen que el tradicional “sistema” de CLD deje de ser una realidad viable.

Europa se enfrenta a un progresivo envejecimiento de su población, que en países como España hemos comprobado (*Tabla 1*) que existen predicciones que indican que este envejecimiento será aún más acentuado. Las demandas de CLD en España han aumentado como resultado de este fenómeno, el cual ha venido a sumarse a la progresiva participación de la mujer en el mercado laboral, el principal pilar sobre el que

ha reposado la atención de los dependientes. Durante la década de los noventa y primeros años del nuevo siglo la economía española sufrió una importante transformación que modificó la estructura ocupacional del país. Con el auge del sector servicios aparecieron nuevas oportunidades de empleo para las mujeres, si bien es cierto que muchos de los nuevos puestos de trabajo eran de mala calidad y con sueldos bajos, lo que retrasó la independencia de muchos jóvenes. Esto se tradujo en una constitución más tardía de las parejas que contribuyó a retrasar la edad en que se tenía el primer hijo, lo que provocó que las tasas de fecundidad alcanzasen mínimos históricos. Es importante no olvidarnos también de otro fenómeno clave: el aumento en el nivel formativo de las mujeres, circunstancia que modificó radicalmente la trayectoria laboral y vital de las mismas (Moreno, 2015: 60).

No podemos dejar de hacer mención al notable papel que han jugado los inmigrantes *sin papeles* (y también especialmente las mujeres) que han llegado a España en las últimas décadas en lo que se refiere al cuidado de personas dependientes. Ante las dificultades de poder conciliar la vida laboral y familiar, muchos hogares han recurrido a la economía sumergida para la contratación de personas de este colectivo (gracias en gran medida los bajos salarios) con el fin de aliviar la carga de trabajo de las familias en el cuidado de sus dependientes. (Moreno, 2015; Rodríguez, 2007).

Estos cambios producidos en la estructura social española pusieron de manifiesto la necesidad de un nuevo modelo de CLD (Moreno, 2015: 59-60). La Ley 39/2006, conocida comúnmente como «Ley de Dependencia», entró a formar parte del ordenamiento jurídico español en enero de 2007 y fue la respuesta pública a las necesidades de los dependientes y sus familias. Esta nueva legislación introduce el derecho subjetivo al sistema y garantiza el acceso a un catá-

logo de servicios y prestaciones públicas (Rodríguez Cabrero, 2007: 73).

En las próximas líneas analizaremos las principales características del sistema de CLD que desarrolla dicha Ley, atendiendo, entre otras cuestiones, a la legislación vigente, cómo se financia el sistema o qué servicios y prestaciones ofrece. Además, prestaremos especial atención al importante freno que ha supuesto la crisis económica y financiera de 2007 en el desarrollo de las políticas de dependencia. Pero antes que nada vamos a hacer un pequeño repaso histórico a lo que han sido los CLD en España.

5.1. Los CLD en España hasta la llegada de la «Ley de Dependencia»

Hasta finales de los años ochenta existían dos tipos de ayudas públicas para las personas en situación de dependencia. Por un lado, la Seguridad Social ofrecía una prestación por ayuda de tercera persona que equivalía al 50% de la pensión para aquellos individuos que antes de la edad de jubilación hubiesen sufrido un accidente laboral grave. En 1982 esta prestación se extendería al nivel no contributivo para cualquier persona con discapacidad, para finalmente consagrarse en 1990 con la ley de prestaciones no contributivas para personas con un alto grado de dependencia. (Rodríguez y Marbán, 2013: 247-248). Por otro lado, la red de servicios sociales de municipios y gobiernos regionales respondía (con diferentes niveles de cobertura) a las necesidades de los dependientes de forma fragmentada y asistencial, atendiendo principalmente a los afectados con menor nivel de renta y siendo la aportación económica para la atención en residencias el tipo de prestación pública más extendida (Moreno, 2015: 55-56).

Fruto de los importantes cambios que estaba experimentando la sociedad española y las nuevas demandas surgidas a consecuencia de ello, la dependencia entró a formar parte de la agenda política en el año 1992 con la aprobación del Plan General Gerontológico Estatal, que tiene su origen en la de-

manda de cuidados fruto de los cambios sociodemográficos que se estaban produciendo. Se empezaron a desarrollar programas de dependencia en municipios y CC.AA. a la vez que la cuestión pasaba a formar parte del diálogo social y político. Con el Libro Blanco de la Dependencia en 2005 se inicia un debate político que finalizaría en noviembre de 2006 con la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD), conocida comúnmente como «Ley de Dependencia», que a partir del 1 de enero de 2007 comenzaría a desarrollar el Sistema Español para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). (Rodríguez y Marbán, 2013)

5.2. La «Ley de Dependencia» y el SAAD

En palabras del propio Moreno (2015), «esta Ley básica pretendía constituir la columna vertebral de un sistema de cuidados de larga duración de carácter público y cobertura universal, ampliando así el alcance de la red pública de servicios sociales, la creación de empleo formal en el sector del cuidado, la definición de una estructura de gobierno más coherente para este sistema y la mejora de la cooperación entre los servicios sociales y sanitarios en el ámbito de la atención a personas dependientes» (61).

Además de la propia toma de conciencia de la sociedad española acerca del modelo tradicional de CLD, el cual estaba poniendo en graves apuros a las familias, otros factores influyeron en la promulgación de esta norma, como fue la llegada del partido socialista al gobierno en 2004, la influencia del pensamiento europeo que enfatizaba la importancia de los CLD, así como la etapa de crecimiento económico que experimentó España desde mediados de los noventa y que sirvió como germen para el desarrollo de reformas expansivas del Estado de Bienestar. (Rodríguez Cabrero y Marbán (2013) en Moreno, 2015: 61-62). En la elaboración de la nueva normativa intervinieron multitud de actores políticos y sociales, y el sistema de cuidados que se definió, de igual forma que el sistema noruego, priorizaría

la atención de la persona en su lugar de residencia hasta que fuera posible (Rodríguez Cabrero, 2007: 78).

El calendario de implantación del SAAD abarcaba inicialmente desde la entrada en vigor de la normativa (enero de 2007) hasta el año 2015. Durante este periodo los gobiernos regionales llevarían a cabo las valoraciones del grado de dependencia de cada solicitante y los beneficiarios serían incluidos paulatinamente en el sistema, concediéndoles un determinado nivel de servicios y prestaciones en función del grado de dependencia con que hubiesen sido valorados. Se diseñó un gradual acceso al sistema: los dependientes de grado III (grandes dependientes) se esperaba que accedieran al sistema en el año 2007, los de grado II (dependientes severos) entre 2008 y 2009, y por último los dependientes moderados de grado I a partir de 2011. (Moreno, 2015: 65) Pero el estallido de la crisis de 2007 y la llegada al Gobierno Central en 2011 del Partido Popular, de ideología conservadora, provocarían una serie de reformas que han hecho tambalear la viabilidad del nuevo sistema de CLD.

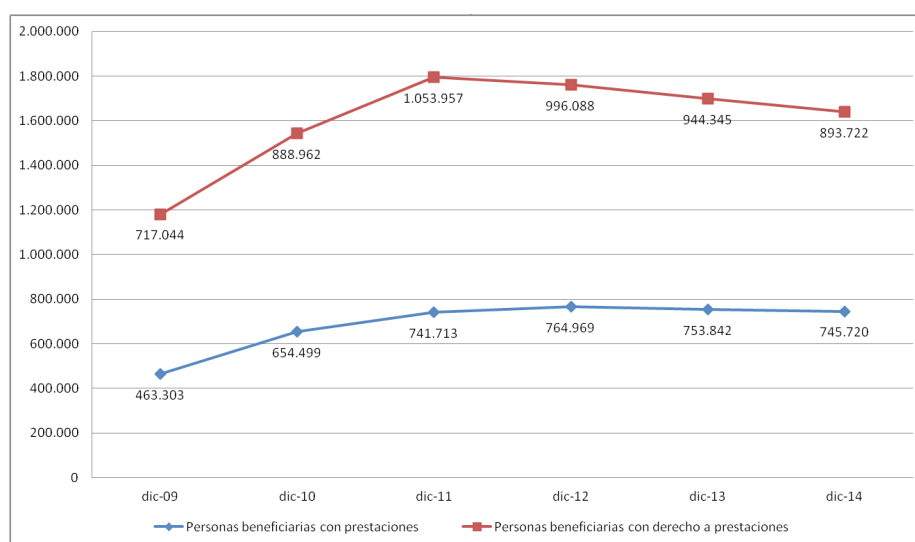
5.2.1. Las reformas del SAAD

A raíz de la grave crisis económica y financiera que estalló a finales de la pasada década, se generalizaron discursos nacionales y europeos que ponían en cuestión la sostenibilidad de los Estados de Bienestar del sur de Europa (Mari-Klose y Moreno-Fuentes, 2013 en Moreno, 2015: 71; Rodríguez Cabrero, 2007: 72). En concordancia con la corriente de pensamiento europeo que abogaba por contenciones en el gasto público y reformas en los sistemas de bienestar como respuesta a la crisis, el gobierno del Partido Popular introdujo una serie de recortes en el gasto social que afectaron de lleno al desarrollo del SAAD y que tuvieron su máxima expresión en julio de 2012 con la aprobación del Real Decreto 20/2012, el cual detallaremos en las próximas líneas.

En el siguiente gráfico podemos comprobar el impacto que tuvieron las reformas en el SAAD sobre el número de beneficiarios del mismo.

A partir de diciembre de 2011 observamos un descenso en el número de beneficiarios con derecho a prestaciones. El Real Decreto 20/2011, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y

Gráfico 1. Evolución del número de beneficiarios con derecho a prestaciones del SAAD y usuarios que efectivamente las estén recibiendo (datos absolutos 2009-2014)



Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal de la Dependencia (IMSERSO)

financiera para la corrección del déficit público, endureció los requisitos para acceder al grado I de dependencia, además de retrasar el derecho a la atención de los dependientes valorados con este grado hasta enero de 2014 (que el Real Decreto 20/2012 a su vez volvería a retrasar hasta julio de 2015). Estas reformas unidas al fallecimiento de dependientes valorados que no han llegado a percibir prestación alguna han provocado que el número de dependientes con derecho a prestación se haya visto reducido en 160.235 personas (15%) en apenas tres años. (Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2013)

Siguiendo con el Gráfico 1, comprobamos que desde el año 2012 el número de beneficiarios con prestaciones ha descendido en casi 20.000 personas. La implantación del *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y el fomento de la competitividad*, ha tenido un efecto devastador sobre el desarrollo del SAAD. Entre las medidas que trajo consigo esta reforma se incluyó un aumento en los niveles de copago de los usuarios además de un descuento sobre las prestaciones percibidas, lo que incluyó una reducción del 15% de las ayudas económicas por cuidados en el entorno familiar; la suspensión de la retroactividad de las prestaciones concedidas; la supresión del pago por parte del Estado de las cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores en el entorno familiar; o el retraso en la implantación final del sistema, con el aplazamiento de la inclusión en el sistema de los dependientes de grado I hasta julio de 2015.³ (Rodríguez Cabrero y Marbán, 2013: 249) El fallecimiento de usuarios que ya disfrutaban de prestaciones y la dificultad de acceso de nuevos beneficiarios al sistema han provocado que conforme pasa el tiempo, el SAAD cada vez atienda a un menor número de dependientes (Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2014).

³ A día de hoy no se dispone de estadísticas oficiales del IMSERSO de julio de 2015 que confirmen la entrada al sistema de este grupo de afectados

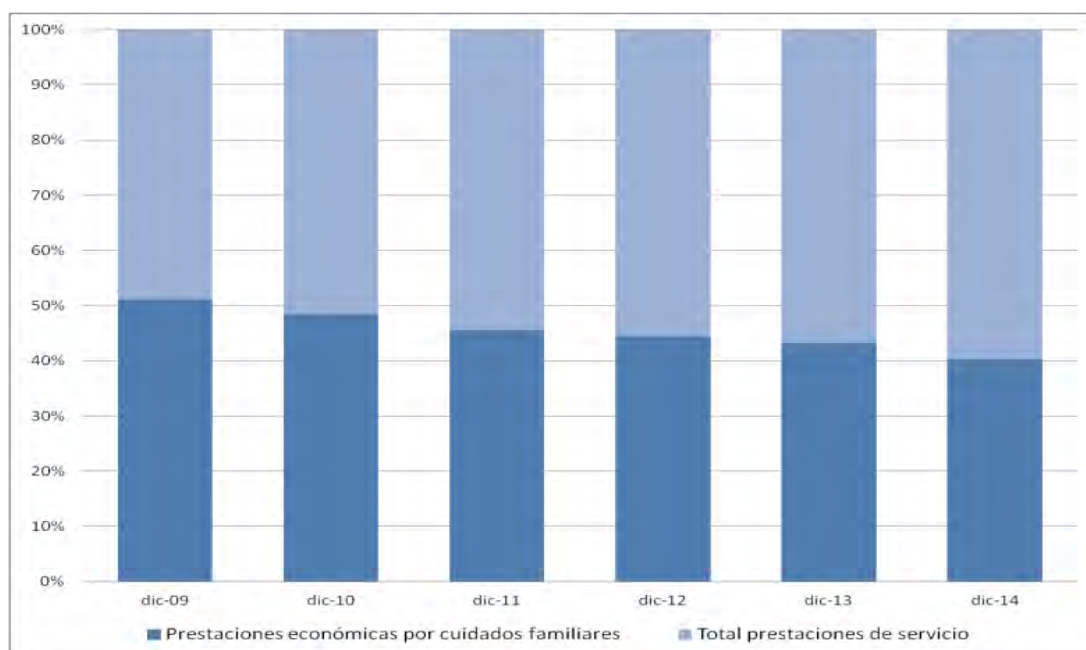
5.3. Servicios y prestaciones del SAAD

Tal y como se recoge en el Portal de la Dependencia del IMSERSO (<http://www.dependencia.imserso.es/>), en el **catálogo de servicios y prestaciones** que ofrece el SAAD se recogen las siguientes ayudas: *servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche, atención residencial, prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, prestación vinculada al servicio y prestación por asistente personal.*

Uno de los objetivos principales de la «Ley de Dependencia» era la instauración de un sistema sólido de servicios públicos de cuidados de larga duración. El SAAD tiene como objetivo priorizar la atención a los dependientes mediante servicios en detrimento de las prestaciones monetarias, las cuales se consideran excepcionales y sólo se deben conceder a aquellos beneficiarios que por su lugar de residencia tengan dificultades para ser atendidos por el sistema de servicios públicos de CLD. Estas transferencias monetarias sirven para que el beneficiario contrate servicios de cuidado privados, emplee a un cuidador formal o como contrapartida por los cuidados realizados por un familiar o cuidador no profesional. Con estas perspectivas se pretendía que con la implantación del SAAD se creasen 300.000 empleos formales. A continuación veremos que la realidad poco ha tenido que ver con estas previsiones (Moreno, 2015: 66; Rodríguez Cabrero, 2007: 74).

Una serie de factores, como la crisis económica de 2007 y los recortes presupuestarios que emprendieron las Administraciones Públicas (fundamentalmente el gobierno central) como respuesta a la misma, los condicionantes ideológicos de cada gobierno regional, una red de servicios públicos poco desarrollada o la preferencia de los usuarios por las prestaciones monetarias en detrimento de los servicios, han provocado que las ayudas económicas, de carácter excepcional, se hayan convertido en la norma general (Moreno, 2015: 67). Esta circunstancia

Gráfico 2. Distribución de las prestaciones de CLD según el tipo de ayuda entre 2009 y 2014 (Porcentajes)



Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal de la Dependencia (IMSERSO)

ha condicionado el número de empleos formales que realmente se han creado, los cuales en el año 2013 ascendían a 146.000 (Jiménez Lara y Rodríguez Castedo, 2012 en Moreno, 2015: 75).

Para ilustrar esta realidad hemos elaborado el *Gráfico 2*, donde hemos separado la prestación económica por cuidados familiares del resto de prestaciones de servicios (incluidas aquellas prestaciones monetarias supeditadas a la contratación de éstos). Si bien podemos observar que el peso de las prestaciones monetarias ha ido decreciendo desde el año 2009, en diciembre de 2014 éstas todavía suponían un 40% del total de las prestaciones que ofrece el SAAD.

5.4. Gestión de los CLD y financiación

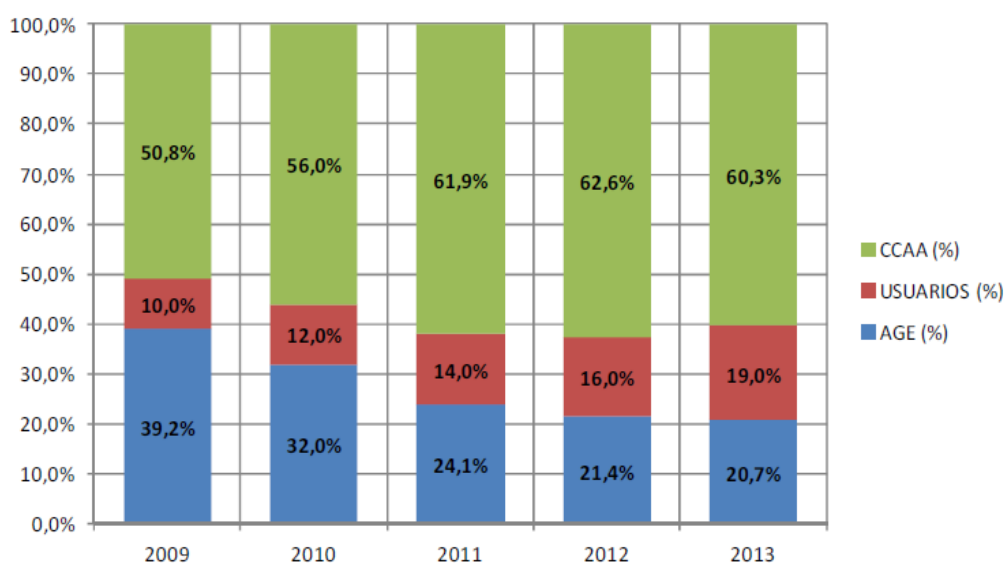
El Estado y las Comunidades Autónomas comparten responsabilidades en el desarrollo del sistema de dependencia, ya que el nivel de protección mínimo que establezca la Administración Central, los niveles de protección pactados entre ésta y las Autonomías, y la protección complementaria que cada Comunidad establezca, contribuyen a definir la fortaleza del SAAD (Rodríguez Cabrero, 2007: 73-

76). Ambos se hallan presentes en el Consejo Territorial del SAAD, órgano que rige la actividad del sistema y que tiene como uno de sus fines el acceso universal de todos los dependientes al SAAD, si bien es cierto que los gobiernos autonómicos asumen una mayor responsabilidad en el funcionamiento del programa, ya que las competencias en materia de servicios sociales están derivadas a las autonomías. Discrepancias entre el gobierno central y los gobiernos regionales, así como los diferentes niveles de compromiso adicionales que estos últimos han tenido que asumir, han provocado una implantación desigual del SAAD a lo largo del territorio español. (Moreno, 2015: 65)

En cuanto a la financiación del sistema, gobierno central, Comunidades Autónomas y beneficiarios (mediante copago en función de renta y riqueza) debían colaborar de igual forma, asumiendo cada una de las partes $\frac{1}{3}$ del coste total del SAAD (Moreno, 2015: 66). Pero la realidad ha sido muy diferente.

Si bien diversas organizaciones e institutos señalan una falta de información oficial que detalle lo que cada Administración aporta al sistema, en el

Gráfico 3. Estimación de distribución % costes del SAAD entre 2009 y 2013 (Porcentajes)



Fuente: Asociación Española de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2014)

XII Dictamen del Observatorio Estatal para la Dependencia que elaboró la Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales en el año 2014, se estimaba un descenso paulatino en la aportación económica del gobierno central al SAAD (*Gráfico 3*), lo que ha repercutido en las CC.AA. y los usuarios de diferente forma, ya que dependiendo de la región este coste lo han asumido los gobiernos regionales o por contra los usuarios han visto aumentado su nivel de copago o han sufrido una rebaja en la ayuda económica recibida. (Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2014: 22-23). Las sucesivas reformas del SAAD desde su implantación, con la promulgación de los decretos 8/2010, 20/2011 y 20/2012, han estado marcadas por un retraimiento en la contribución económica del Estado al sistema, lo que ha provocado que en el año 2013 el peso de éste apenas supusiera un 20% del coste total del sistema.

5.5. Futuro incierto para los dependientes en España...

La inclinación por las prestaciones monetarias (tanto las administraciones como los beneficiarios) en una etapa de crisis económica ha tenido un efecto perverso: el tradicional sistema de CLD, sustentado fundamentalmente por las familias, se ha visto refor-

zado. Rodríguez Cabrero y Marbán (2013) señalan el poco desarrollo del sistema público de servicios de CLD y la contención del gasto público como señas identitarias del modelo actual de cuidados (Moreno, 2015: 78.)

Será importante atender a la evolución del peso del sector privado en la provisión de servicios. Tal y como alertaba la Fundación de Estudios Sociales y de Sociología (FOESSA) en su *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*, el Programa Nacional de Reformas que llevó a cabo el gobierno nacional en el año 2013 auguraba una progresiva privatización del suministro de servicios. Es cierto que esta tendencia a la privatización es más evidente en aquellas CC.AA. donde gobierna el conservador Partido Popular (CES, 2012: 75).

Autores como Moreno (2015) señalan la necesidad de que se definan más claramente las competencias y responsabilidades de cada nivel de gobierno, ya que *'la puesta a punto de la estructura de gobernanza multinivel del sistema y la mejora de su situación financiera podrían contribuir en gran medida a garantizar su sostenibilidad futura'* (78)

6. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo hemos conocido los principales rasgos de los sistemas de cuidados de larga duración de Noruega y España, los cuales, influidos por sus respectivas tradiciones en materia de bienestar, están respondiendo de diferente forma a los cambios producidos en el seno de sus sociedades.

Históricamente el Estado noruego ha sido el principal proveedor de cuidados de larga duración para aquellos ciudadanos que lo necesitasen. Con un sistema de dependencia basado en la provisión de servicios y apenas en prestaciones económicas, las ayudas se centran en la asistencia en residencias, viviendas tuteladas y servicios de ayuda y asistencia sanitaria en el domicilio, siendo este último el tipo de ayuda más extendido, lo que guarda relación con el principio del sistema de dependencia noruego de priorizar el envejecimiento en el hogar. Este sistema de cuidados es financiado mediante impuestos generales y se encuentra descentralizado en su mayor parte, siendo los municipios los principales encargados de su gestión, destinando los recursos proporcionados por el Estado sobre aquellos servicios de cuidados que consideren más necesarios. Si bien es cierto que Noruega no ha seguido la misma tendencia privatizadora de los cuidados a dependientes que sí han seguido otros países de su entorno pertenecientes al mismo tipo de régimen de bienestar, como Suecia o Dinamarca, ya hay voces que señalan pequeños ‘brotes’, que ven en los servicios de vivienda tutelada una forma de privatización, ya que los beneficiarios tienen que correr con los gastos de esa vivienda a excepción de la atención sanitaria que reciben.

En España, donde la familia ha sido la tradicional encargada de atender las necesidades de los dependientes y el Estado apenas ha intervenido de forma subsidiaria y asistencial, fenómenos como la rápida incorporación de la mujer al mercado laboral o el importante descenso en las tasas de natalidad, si cabe aún más acentuado que en el resto de Europa,

evidenciaron la necesidad de un cambio en el modelo de cuidados de larga duración. En enero de 2007, durante el mandato del partido socialista, entraba en vigor la llamada «Ley de Dependencia», la cual ponía en marcha un nuevo sistema de cuidados que, sobre el papel, tomaría como referencia sistemas de cuidados a dependientes como el noruego, un sistema basado en la prestación de servicios a los afectados y no tanto en prestaciones económicas. Pero el estallido de la crisis de 2007 y los severos recortes en materia de dependencia llevados a cabo por el Partido Popular desde su llegada al gobierno nacional en 2011, han supuesto un importante freno a un sistema de dependencia que se encontraba en las primeras etapas de su desarrollo. Ante tal coyuntura no han sido pocas las tensiones entre los diferentes niveles de gobierno sobre una materia que es competencia de las CC.AA. pero en la cual el Estado también interviene y es responsable. A día de hoy, ocho años después de la puesta en marcha del nuevo sistema, la realidad no puede ser más desoladora. El acceso de los dependientes a las prestaciones del sistema cada vez se prolonga más en el tiempo, lo que unido al fallecimiento de beneficiarios que ya estaban percibiendo algún tipo de ayuda ha hecho que el sistema vaya perdiendo beneficiarios de forma paulatina. La Administración Central ha reducido su contribución económica al sistema, lo que ha provocado -dependiendo de la Comunidad Autónoma- un aumento de la aportación económica al mismo por parte de los gobiernos regionales o mayores niveles de copago y menores prestaciones para los beneficiarios. Debido a ello nos encontramos con un sistema de cuidados español desarrollado geográficamente de forma muy desigual, con diferentes plazos de acceso al mismo, con diferentes niveles de privatización en la prestación de servicios o distinto volumen de servicios públicos de los que poder beneficiarse. Además, las prestaciones económicas por cuidados informales de familiares -que la normativa contempla como excepcionales- son de lejos el tipo de ayuda más extendida, lo que ha provocado una cierta perpetuación del modelo familista de cuidados.

En Noruega y España vemos dos modelos y dos tendencias distintas a la hora de hacer frente a un mismo problema. Mientras que la crisis económica ha incidido fuertemente en el desarrollo del sistema de dependencia español, no ha sido así en el noruego, que con mayor trayectoria, ha resistido mejor el envite. Ante la tendencia y previsiones demográficas que existen, Gøsta Esping-Andersen y Bruno Palier (2010) señalan un más que probable aumento futuro del gasto público en ayudas a dependientes y familiares. Privatizar tampoco reducirá la factura, por lo que parece sensato cambiar la lógica y empezar a pensar en el gasto de ciertos servicios sociales, como la dependencia, más como una inversión que como un coste (Palier: 14).

¿El futuro de los dependientes? No está del todo claro. Pendientes de la Dependencia se titula este trabajo, porque el futuro dependerá en gran medida de la salud de los dependientes, de su peso poblacional, de sus demandas de cuidados, así como del papel que el Estado y la familia jueguen en su futura provisión de bienestar.

7. BIBLIOGRAFÍA

BARRIGA MARTÍN, L. A. [et al.] (2014): “Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la ley de promoción de la autonomía”, *XIII Dictamen del Observatorio*, Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales.

Consejo Económico y Social de España (CES) (2012): “La aplicación de la Ley de Dependencia en España” pág 75.

DAATLAND, S. O. (2015): “Cuidados de larga duración en Noruega: legados, tendencias y controversias”, en Moreno Fuentes, F. J. y Del Pino Matute E. (coords.) *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*. Editorial TECNOS, Madrid, pág 31-53

ESPING-ANDERSEN, G. y PALIER, B. (2010): “Familia y revolución del papel de la mujer” en Esping-Andersen, G. y Palier, B. *Los tres grandes retos del Estado del Bienestar*. Editorial Ariel, Barcelona, pág 19-54

FUNDACIÓN ENCUENTRO (2011): “La estructura de clases española en perspectiva comparada”, Informe España 2011, nº 18, pág 355

MARBÁN GALLEGO, V., RODRÍGUEZ CABRERO, G. y ZURDO ALAGUERO, A. (2011): *Actores institucionales y sociales en las políticas sociales*, en Fundación FOESSA, Informe VI, pág 480. Disponible en: http://www.foessa.es/publicaciones_download.aspx?Id=3821

MORENO, F. J. (2015) “Retos y reformas de las políticas de cuidados del larga duración en España”, en Moreno Fuentes, F. J. y Del Pino Matute E. (coords.) *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*. Editorial TECNOS, Madrid, pág 55-80.

MORENO, L. y MARI-KLOSE, P. (2013): “Las transformaciones del Estado de Bienestar Mediterrá-

neo: trayectorias y retos de un régimen en transición”, en Del Pino Matute y Rubio Lara, M. J. (coord.) *Los Estados de Bienestar en la Encrucijada*, pág 126-146

NorSpar (2015): “Los nuevos riesgos sociales y las reformas del Estado de Bienestar”, en Moreno Fuentes, F. J. y Del Pino Matute E. (coords.) *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*. Editorial TECNOS, Madrid, pág 11-29

OECD/European Commission (2013), A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>

PALIER, B (2010): “Un Estado del Bienestar para las envejecidas sociedades posindustriales” en Esping-Andersen, G. y Palier, B. *Los Tres Grandes Retos del Estado del Bienestar*. Editorial Ariel, Barcelona, pág 7-18

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2007): “La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales”, *Política y Sociedad*. Vol. 44, pág 69-85

RODRIGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN GALLEGO, V. (2013): “La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización”, en Del Pino Matute y Rubio Lara, M. J. (coord.) *Los Estados de Bienestar en la encrucijada*, pág 237-261

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), Portal de la Dependencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. [En línea] Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm [Consulta: 15 de agosto 2015] Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). [En línea] Disponible en: <http://www.utviklingssenter.no/om-oss.176088.no.html> [Consulta: 13 de agosto 2015]