

Hacia un mayor cuidado público: cambios en las relaciones y las políticas públicas de cuidado a las personas dependientes

ANNELI ANTONEN*

RESUMEN

A medida que el cuidado a los ciudadanos que padecen una mayor vulnerabilidad física ha dejado de ser una cuestión predominantemente privada para adquirir dimensión pública, la prestación de cuidados se ha convertido en un desafío para todos los estados del bienestar europeos. A pesar de que los modelos de prestación de cuidados que se han ido consolidando en las sociedades europeas difieren considerablemente, la tendencia de las políticas públicas apunta hacia un mayor equilibrio en la combinación de recursos públicos y privados, de cuidado formal e informal. Tal vez donde con mayor claridad se aprecie esta tendencia sea en los estados del bienestar escandinavos, que se encuentran en un proceso de transición y reconsideración de un principio que inspiró su desarrollo en los años 50, 60 y 70 del siglo XX: la masiva intervención estatal no sólo en la provisión, sino también en la prestación de los servicios sociales.

cionales esquemas de prestación de cuidados informales a personas dependientes se están viendo sometidos a rápidas modificaciones como consecuencia de cambios económicos y sociales significativos. En particular, las familias han dejado de ser en muchos países las proveedoras de asistencia del modo en que solían serlo. Cada vez es más común que la gente mayor viva sola. La expansión del trabajo femenino fuera del hogar ha cambiado la división del trabajo entre los sexos. El trabajo no remunerado realizado por las mujeres en el hogar y en la comunidad local ya no puede ser manejado como un recurso del que se puede hacer uso libremente.

El propósito de este artículo consiste en analizar la transformación del cuidado en un asunto público, con el fin de entender mejor las funciones de los estados del bienestar modernos. En la primera parte del artículo se estudia desde diferentes ángulos teóricos el fenómeno de esta transformación del cuidado. En la segunda parte se lleva a cabo un repaso de los distintos modelos de cuidado (o "regímenes de cuidado") en Europa, que permiten compendiar un gran *corpus* de información acerca de las políticas de cuidado en diversos países sin tener que prestar atención a cada país específicamente. Finalmente, se analizará brevemente la evolución reciente en el campo de las políticas de cuidado, teniendo en cuenta que todos los gobiernos europeos están buscando soluciones para satisfacer las crecientes necesidades de asistencia por parte de la población de mayor edad.

A lo largo del artículo, prestaré especial atención a las *políticas públicas de cuidados*. El término "cuidado social" facilita la distinción entre las *políticas públicas de cuidados* y el *cuidado informal*, esto es, el cuidado ofrecido fundamentalmente por la

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado a las personas en situación de dependencia constituye una preocupación creciente de los estados del bienestar europeos. Todas las sociedades postindustriales se están planteando cómo apoyar y motivar a las familias y las personas cuidadoras, y cómo organizar los servicios asistenciales para aquellos que precisan de ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Los tradi-

* Catedrática de Sociología de la Universidad de Tampere (Finlandia).

Traducción de DIORKI, revisada por la redacción de *Panorama Social*.

familia en el hogar. La utilización de los conceptos de "cuidado social" y "servicios de cuidado social" remite al papel de los gobiernos estatales y locales, así como de otros proveedores de servicios formales. Aunque en el artículo enfoco la atención predominantemente en los proveedores de cuidados formales, presto también importancia al deslizamiento de las fronteras entre las responsabilidades privadas y públicas. Como es obvio, el concepto de "cuidado" comprende la prestación de asistencia tanto en ámbitos informales como formales (Daly y Lewis, 2000).

2. LA TRANSFORMACIÓN PÚBLICA DEL CUIDADO

La expresión *reproduction going public* (la transformación pública de la reproducción) fue acuñada por Helga Maria Hernes (1987) hace ya cerca de veinte años. Mediante este eslogan daba a entender que la división del trabajo reproductivo entre la familia y el resto de la sociedad había cambiado radicalmente a lo largo del siglo XX. En este artículo sustituiré el concepto de "reproducción social o humana" por el de "cuidado" o "cuidado social". El cuidado constituye uno de los elementos más importantes de la reproducción social, por medio del cual las sociedades no sólo se reproducen, sino que también fijan estándares y normas para actividades reproductivas, como la consideración de los niños y los mayores. Muchos de estos estándares y normas son marcadamente sexistas, como las investigaciones de impronta feminista han mostrado. Son las mujeres, todavía a comienzos del siglo XXI, quienes asumen la principal responsabilidad en el trabajo asistencial.

En algunos países, el cuidado "se ha hecho público" en muy escasa medida, mientras que en otros el estado y/u otras instituciones formales, tales como las organizaciones benéficas, han asumido una amplia responsabilidad en las actividades asistenciales. Aun así, parece indudable que en todas las sociedades hay una necesidad de expandir los servicios y las prestaciones vinculados al cuidado de las personas dependientes. Varias son las razones de tal evolución.

– *Los cambios en el mercado laboral*: las economías de mercado actuales precisan de mano de obra asequible, es decir, requieren la presencia de la mujer en el mercado de trabajo; los empleadores carecen de incentivos para pagar "sueldos familiares" a los hombres; la movilidad laboral

separa a unas generaciones de otras. Todos estos factores intensifican sus efectos en un mercado laboral global.

– *Los cambios en la demografía*: los niños son menos numerosos que antes, y su cuidado no ata durante décadas a la mujer al hogar y a las labores de cuidadoras; las personas mayores aumentan en términos absolutos y relativos, y los servicios que requieren no pueden ser organizados sin intervención de la sociedad, especialmente cuando la gente mayor tiene cada vez menos hijos y el divorcio tiende a disolver las obligaciones intergeneracionales.

– *Los cambios en la democracia*: las mujeres participan más activamente en la política, impulsando cuestiones que les importan, tales como la política familiar y de cuidados.

– *Los cambios en el consumo*: el valor del trabajo doméstico está decayendo; el capitalismo crea permanentemente nuevas necesidades cuya satisfacción requiere un aumento de la renta, de tal modo que las economías familiares con dos perceptores de ingresos resultan cada vez más comunes.

– *Los cambios de valores y normas*: el énfasis en el individualismo tiende a desplazar al "familismo"; el crecimiento de la igualdad de género y del empleo remunerado femenino está reduciendo los recursos de asistencia informal. Todos estos cambios implican que las obligaciones familiares e intergeneracionales en el campo de la prestación de cuidados se estén debilitando.

En la medida en que la asistencia se ha "hecho pública", los esquemas de prestación de cuidados basados en la familia han tenido que ceder paso a otro tipo de medios. Ello no significa que las familias ya no constituyan el cimiento sobre el que se levanta el modo de vida y de reproducción social en nuestras sociedades. Parece claro que la reproducción social ha de tener lugar hasta un cierto punto crítico en el seno del hogar (o en ámbitos informales), pero el hecho de que los esquemas de cuidados basados en la familia hayan perdido terreno en muchas sociedades significa que la reproducción social y la asistencia ya no se dejan exclusivamente en manos de las familias. El apoyo a la prestación de cuidados requiere de servicios producidos fuera del hogar y, al menos para parte de la población, de ayuda económica. Si los servicios y la ayuda económica no satisfacen las demandas de las familias, éstas tienen que recurrir a otro tipo de soluciones. Por ejemplo, en los países de Europa del Sur el número de trabajadores inmigrantes

en el sector de la asistencia doméstica, tanto regularizados como sin papeles, ha crecido rápidamente en las dos últimas décadas (Hillmann, 2005).

La aceptación de la idea de que la responsabilidad del cuidado de los niños y ancianos dependientes pueda incumbir a otras personas que no sean los miembros de la propia familia, y en particular las mujeres que la integran, sólo se ha desarrollado muy lentamente. En ocasiones, la provisión de un servicio estatal o público y el cuidado familiar se contemplan como opciones alternativas, incluso enfrentadas. Se piensa a menudo que, a medida que el estado u otras instituciones formales amplíen su intervención, las familias se retirarán y los servicios reemplazarán a las obligaciones familiares. Así, tal como Daatland (2001: 18) ha apuntado, la provisión de un servicio público se percibe con frecuencia como un riesgo moral para la sociedad.

El cuidado es una cuestión de política social que levanta pasiones morales y políticas. La opinión pública tiende a oscilar entre dos posturas extremas: una que enfatiza la responsabilidad de los individuos y de las familias en su propio bienestar, y otra que espera que la sociedad en su conjunto asuma la responsabilidad en, al menos, algunos aspectos de la asistencia. En las sociedades escandinavas, la opinión pública ha respaldado decisivamente la segunda postura desde que la idea del estado del bienestar universal comenzó a institucionalizarse gradualmente. "Universalismo" significa que los servicios de bienestar, como la educación y la asistencia sanitaria y social, se ofrecen a todas las personas en lugar de sólo a quienes tienen una mayor necesidad, y que los ciudadanos pueden hacer uso de ellos sin estigma alguno. El universalismo también incluye la idea de servicios gratuitos o fuertemente subsidiados por los gobiernos centrales o locales.

Los esquemas de cuidados constituyen una parte integral de un orden o una estructura social más amplia. Las normas y los supuestos que rigen la política de cuidados son producto de pautas de género, políticas, culturales y religiosas. De ahí que el grado en que la familia asume responsabilidades de cuidado de sus miembros varíe considerablemente de un país a otro, y que la provisión de servicios asistenciales cambie tanto, incluso dentro de Europa occidental (Anttonen, Baldock y Sipilä, 2003; Bettio y Plantenga, 2004). En un extremo se sitúan países como los de Europa del Sur, en los que las familias han adquirido hasta el momento presente una amplia responsabilidad en el ámbito asistencial.

En el otro extremo se encuentran países como los escandinavos, donde las autoridades públicas han contraído una responsabilidad muy amplia en el cuidado tanto de los niños pequeños como de la población adulta necesitada de asistencia y apoyo social.

En algunos países, el proceso de "transformación pública" del cuidado ya casi ha alcanzado sus límites. En efecto, en muchos de los estados del bienestar occidentales, las persistentes demandas de contención del gasto público se han traducido en recortes de las prestaciones del estado del bienestar. En países en los que la asistencia se ha "hecho pública" en un mayor grado, como, por ejemplo, en Finlandia y Suecia, los gobiernos han llevado a cabo reformas que han reducido el alcance de la provisión del servicio público y han limitado el acceso de los ciudadanos a algunos servicios asistenciales, al hacer más rigurosas las reglas de elegibilidad y/o elevar las tarifas de servicios que anteriormente solían ser nominales. Todo ello significa que tanto los precursores como los últimos en llegar a la política pública de cuidados están afrontando el mismo problema: cómo ofrecer asistencia en una situación en la que ni los cuidados basados en la familia ni la provisión estatal de las prestaciones de cuidados pueden representar la principal solución.

3. CÓMO DEFINIR EL CUIDADO SOCIAL

Qué duda cabe que el "cuidado social" es algo diferente de la asistencia sanitaria profesional. Según Knijn y Kremer (1997: 328-330), "incluye la provisión de atención diaria social, psicológica, emocional y física a las personas" que necesitan cuidados: la necesidad de ser asistido puede ser temporal o permanente. Knijn y Kremer prosiguen señalando que "el cuidado puede ser aportado mediante trabajo remunerado o no, sobre la base de un acuerdo o voluntariamente, y puede ser proporcionado profesionalmente o por un sentido de obligación moral".

Daly y Lewis (1998: 6-7) sugieren un enfoque similar, pero buscan definiciones que permitan la utilización del concepto de cuidado social como una herramienta de análisis para la comprensión del estado del bienestar. Según estas autoras, cabe entender el cuidado como un concepto multidimensional con tres aspectos que merecen una particular atención. El primero es el cuidado como *trabajo*. Poner de relieve el aspecto laboral enfatiza la

connotación de “cuidar” como verbo que expresa una acción, y la de los “cuidadores” como actores. La segunda dimensión del concepto sitúa el cuidado dentro del marco normativo de las *obligaciones* y *responsabilidades*. El cuidado se distingue de cualquier otro trabajo o aportación de mano de obra porque, con frecuencia, se emprende y se provee bajo condiciones de responsabilidad social y/o familiar. En su tercera dimensión, se contempla la asistencia como una *actividad con costes*, tanto económicos como emocionales, que se extiende más allá de las fronteras entre lo privado y lo público.

Una definición mucho más amplia es la que ofrece Tronto (1994: 103): “En un plano más general, sugerimos que las labores de cuidado sean contempladas como una especie de actividad que incluye todo lo que hacemos para mantener, dar continuidad y reparar nuestro “mundo”, de modo que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras identidades y nuestro medio ambiente, todo lo cual intentamos entretener en una compleja red sustentadora de la vida.” El cuidado es, de acuerdo con Tronto (1994: 104), tanto una práctica como una actitud; y consta de cuatro fases interconectadas: “preocuparse por” (*caring about*), “responsabilizarse de” (*taking care of*), “cuidar a” (*care-giving*) y “recibir cuidado de” (*care-receiving*). “Preocuparse por” supone reconocer, en primer lugar, que la asistencia es necesaria. Esta actitud es importante para que en una sociedad se desarrollen políticas públicas de cuidado. “Responsabilizarse de” implica asumir algún compromiso con las necesidades de cuidado de otros, mientras que “cuidar a” conlleva la satisfacción directa de las necesidades de cuidado. Finalmente, “recibir cuidado de” significa que la persona cuidada responde a la prestación de cuidado.

La definición proporcionada por Tronto permite comprobar que la asistencia es más que trabajo, y más que una relación entre la persona que cuida y la persona que es cuidada. “Preocuparse por” y “responsabilizarse de” reflejan representaciones de nuestros valores morales. No obstante, el cuidado está devaluado tanto en la teoría social como en las políticas públicas. Su baja consideración se debe, al menos parcialmente, al hecho de que el trabajo de cuidar ha sido tradicionalmente definido como una obligación femenina enmarcada en la esfera privada de la familia. Las políticas públicas de cuidado social han surgido principalmente de la tradición de asistencia a los pobres, y todavía acarrean probablemente algunos rasgos de las leyes para pobres, como la comprobación de medios y de ingresos como requisito para acceder

a una prestación pública. El cuidado social ha tardado mucho tiempo en convertirse en una dimensión “actual” o “moderna” de las políticas del estado del bienestar.

4. LA MODERNIZACIÓN DEL CUIDADO SOCIAL

El bienestar en la vejez y, en particular, el cuidado a los mayores, hunden sus raíces en las prácticas de las leyes de pobres surgidas durante el período de la industrialización. Las administraciones locales eran originariamente responsables de las medidas de alivio de la pobreza; por ejemplo, tenían que disponer alojamiento para quienes no eran sostenidos ni por sus familiares ni por sus patrones. Las instituciones residenciales demostraron ser un medio importante para dar respuesta a las necesidades de estas personas; su creación responde a la idea de que cantidades relativamente pequeñas de “cuidadores” se encarguen de cantidades relativamente grandes de necesitados. Los sistemas de alivio de la pobreza administrados localmente experimentaron un proceso de diferenciación a partir del siglo XIX, con la creación de diferentes categorías de pobres. Los niños, los delincuentes y las personas discapacitadas fueron remitidos a instituciones separadas. Finalmente, sólo se dejó a los ancianos en el hogar de pobres, que evolucionó con el tiempo hacia la institución tipificada como residencia de mayores.

Todavía en la actualidad las administraciones de muchos países valoran individualmente a los usuarios de los servicios de cuidado social; los derechos a estas prestaciones se basan en una comprobación de las necesidades, y las pruebas de medios (renta) se emplean con frecuencia. También es habitual que la producción de los servicios de cuidado social permanezca en el ámbito local, sin una clara regulación nacional. Así se observa específicamente en el caso de los servicios de cuidado para los mayores.

Cabe apreciar, no obstante, grandes diferencias en la evolución de las políticas públicas desde las antiguas leyes de pobres a los servicios modernos de cuidado social. El cometido de un servicio moderno y actualizado de cuidado social no consiste en ayudar a la gente situada en las escalas inferiores de la sociedad a solucionar sus problemas individuales, sino en cumplir *una función positiva de la que se puede beneficiar cualquier miembro de la sociedad*. Contra este telón de fondo, el cuidado diario de los niños parece, por su naturaleza,

un tipo muy especial de cuidado social; los gobiernos y los grupos de interés ven, por lo general, en la crianza de los niños un objetivo nacional; al fin y al cabo, ellos se convertirán en la fuerza laboral del mañana y son, por tanto, una inversión de futuro. Una instrumentalidad semejante no se aplica, sin embargo, a los servicios de cuidado social para las personas mayores.

Así pues, mientras que algunos servicios de cuidado social merecen una evaluación muy positiva y se recurre ampliamente a ellos en caso de necesidad, otros son contemplados más bien de forma negativa y sólo se usan cuando otros recursos de ayuda faltan. Esta diferencia refleja la existencia de servicios de primer y último recurso. Los servicios públicos de cuidado social no son siempre de último recurso, aunque en muchos países carguen incluso hoy día la etiqueta del estigma y la vergüenza. Importa conocer si tales servicios son más bien versiones modernas de cuidado social, basadas en las antiguas y selectivas "leyes de pobres", o servicios orientados hacia la "clase media", antes provistos por el mercado, que se hacen públicos y universales.

Hoy, la mayoría de las sociedades europeas quiere promover la participación femenina en el mercado laboral, por lo que los productos del cuidado social resultan muy valiosos. En el caso de los niños, el cuidado social tiene que ver con la reproducción de la propia sociedad. En el caso de las personas mayores, el beneficio material para el conjunto de la sociedad es más difícil de discernir. Aunque los servicios de cuidado social permanecen, en buena medida, en el nivel local, y su desarrollo se ha caracterizado por la desgana y la lentitud, algunos de estos servicios han alcanzado una posición legítima y estable en la totalidad del estado del bienestar. No obstante, en tiempos de grandes cambios sociales y políticos, los programas de cuidado pueden figurar entre los primeros aspectos de la provisión de bienestar susceptibles de cuestionamiento y reforma.

Ninguna sociedad industrializada presta el cuidado a sus mayores única y exclusivamente en el ámbito informal. Hay siempre individuos que no pueden acudir a miembros de la familia o parientes cuando necesitan cuidado o asistencia por una u otra razón. Y, como se ha dicho antes, los recursos de cuidado informal no pueden satisfacer todas las necesidades asistenciales en una situación en la que el familismo tradicional pierde terreno en muchas sociedades. Partiendo, antes o después, de esta situación, los países han asumido diferentes responsabilidades públicas ante la necesidad de cuidado de las personas dependientes. Aplican, ade-

más, diferentes intervenciones políticas. Daly (2001: 39) ha elaborado una tipología basada en un modelo con cuatro dimensiones de intervención:

a) medidas relativas a prestaciones monetarias y de seguridad social, tales como los pagos en metálico o los beneficios fiscales;

b) medidas relativas al desempeño laboral, tales como permisos pagados y no pagados, desahucios para el cuidador, indemnización por despido, flexibilidad horaria, reducción del tiempo de trabajo;

c) servicios o prestaciones provistos en especie, tales como las ayudas domiciliarias y otros apoyos basados en la comunidad, plazas en residencias para adultos y ancianos;

d) incentivos a la creación de empleo o la provisión de servicios por el mercado, tales como cheques (*vouchers*) para pagar las contribuciones a la seguridad social, exenciones a las contribuciones a la seguridad social y reducciones fiscales para la contratación de asistentes domésticos.

Algunas de estas medidas entroncan con la tradición de las leyes de pobres. En particular, el cuidado a las personas mayores en instituciones tiene una larga historia. Otras medidas, como los servicios de ayuda domiciliaria, representan modalidades más modernas de intervención pública, destinadas a incrementar la autonomía de los usuarios del servicio. En casi todos los lugares del mundo occidental se advierte una tendencia desde la asistencia institucional hacia la comunitaria, de modo que las personas mayores puedan permanecer el mayor tiempo posible en sus propias casas.

5. LOS GASTOS EN CUIDADO SOCIAL DESDE UNA PERSPECTIVA COMPARADA: LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS PAÍSES DE LA OCDE

Las comparaciones internacionales han mostrado que existen diferencias nacionales sorprendentemente significativas en la escala, el alcance y el destino de los servicios de cuidado social, así como en las prácticas operativas y las justificaciones empleadas (Anttonen, Baldock y Sipilä, 2003; Bettio y Plantenga, 2004). Con el término "prácticas operativas" me refiero al modelo de cuatro dimensiones presentado antes. Por ejemplo, a las

CUADRO 1

**GASTO EN SERVICIOS SOCIALES EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LA OCDE,
EN PORCENTAJE DEL PIB (1998)**

<i>País</i>	<i>Servicios sociales como porcentaje del PIB</i>	<i>País</i>	<i>Servicios sociales como porcentaje del PIB</i>
Australia	1,2	Luxemburgo	0,9
Austria	2,0	México	0,3
Bélgica	0,3	Holanda	1,7
Dinamarca	5,2	Nueva Zelanda	0,1
Finlandia	3,0	Noruega	4,7
Francia	1,9	Portugal	0,6
Alemania	1,5	Eslovaquia	0,5
Grecia	1,0	España	0,4
Islandia	3,2	Suecia	5,4
Irlanda	0,5	Suiza	0,8
Italia	0,5	Turquía	0,2
Japón	0,6	Reino Unido	1,3
Corea	0,3	EEUU	0,3

Nota: Por gasto en servicios sociales se entiende el gasto público agregado en servicios para las personas mayores y discapacitadas, así como en servicios familiares.

Fuente: OCDE (2002).

personas que prestan los cuidados y a las que los reciben se les puede ofrecer beneficios en metálico o beneficios fiscales en lugar de servicios. Alternativamente, todo un sistema puede confiar en gran medida en el cuidado social provisto por parientes, miembros de la familia, amigos y vecinos, apoyados y alentados por políticas estatales en diferentes grados y de diversas formas.

Los actuales patrones globalizadores que prevalecen en la política, la economía y la cultura, así como los crecientes flujos de personas entre países, han aumentado la importancia de las comparaciones, un campo que ya tiene una larga historia en el análisis de la política social. Inicialmente, la investigación comparativa en el área del estado del bienestar se limitaba, en gran medida, a explicar las diferencias en el desarrollo de los sistemas públicos de protección social buscando correlaciones entre el conjunto del gasto social y variables estructurales y políticas. El objetivo consistía en avanzar hacia una "gran teoría" del desarrollo del estado del bienestar. Más recientemente, la investigación comparativa ha empezado también, según Clasen (1999: 2-3), a indagar en "las causas de los cambios de políticas que conciernen a componentes o programas de la política social, tales como la asistencia sanitaria, las pensiones o los arreglos de cuidado social".

A pesar del creciente interés en el conocimiento comparado de la política social, todavía son pocos los estudios comparativos acerca del cuidado social. Varias razones explican esta circunstancia.

En primer lugar, no existe aún acuerdo en el debate comparativo sobre los estados del bienestar acerca de qué incluyen los servicios de cuidado social (Anttonen y Sipilä, 1996). Ello tiene que ver con los conceptos y las denominaciones. El mismo servicio cae, en países diferentes, bajo distintas áreas de gestión administrativa, y la línea divisoria entre la asistencia sanitaria y los servicios de cuidado social, así como entre los servicios educativos y los sociales, no está siempre clara. En segundo lugar, los principios de medición estadística varían en ausencia de una estandarización amplia de los servicios de cuidado social. Un tercer problema surge del hecho de que, en algunos países, el acceso es contemplado como un derecho social, mientras que en otros el uso del mismo servicio abruma y estigmatiza. Resulta, sin embargo, de gran interés comparar los modelos nacionales de cuidado social e intentar hallar respuestas a la pregunta de por qué se dan esas diferencias internacionales tan significativas en la provisión de servicios de cuidado social. El cuadro 1 refleja las diferencias en la financiación de los servicios sociales en diferentes países de la OCDE.

Todos los países y todo tipo de estados del bienestar utilizan más dinero en las transferencias de renta que en la prestación de servicios sociales. Ahora bien, algunos países asignan una cantidad considerable de fondos públicos a los servicios sociales. Las cifras muestran una asignación relativamente elevada en los países nórdicos (Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia e Islandia) y, en un segundo nivel, también en algunos países de Centroeuropa (Francia, Holanda y Alemania). Las cifras más bajas corresponden a Nueva Zelanda, Turquía, Bélgica, Corea, México y EEUU (seguidos muy de cerca por España). La escasa asignación de fondos públicos a servicios sociales se localiza obviamente en los países cuyos gastos sociales son generalmente bajos, y también en aquellos en los que el cuidado es considerado predominantemente un asunto privado de las familias y los individuos. Debido a las discrepancias en cuanto a lo que debe contar como cuidado social, es posible que las estadísticas internacionales no recojan siempre de forma consistente los gastos en esta partida.

del mismo sistema municipal. En los países escandinavos, los gobiernos locales desempeñan un papel clave en la financiación y planificación de la producción de servicios de cuidado social, pero las organizaciones de voluntarios y los cuidadores familiares también se implican por el lado productivo. Los servicios prestados por el mercado eran, a mediados de los años 90, prácticamente inexistentes, pero su contribución e importancia se han incrementado con fuerza desde entonces. Es preciso señalar, en cualquier caso, que incluso en los países escandinavos la mayor parte del cuidado es ofrecido por cuidadores informales.

En segundo lugar, hemos defendido que tiene sentido distinguir un modelo de cuidado familiar propio de Italia, España, Portugal y Grecia. En estos países, con una oferta muy limitada de servicios de cuidado social, la mayor parte de la asistencia se produce en el mercado informal, mientras que los sectores sociales más acomodados utilizan servicios privados. También las empresas ofrecen ocasionalmente servicios para su personal. En conjunto, las autoridades públicas intervienen de forma bastante modesta, pero a este respecto se aprecia también una significativa variación entre países y regiones. En estos países, la proporción de mujeres en el mercado laboral era, en el momento en el que definimos estos cuatro modelos de cuidado social, baja, pero la mayoría de quienes contaban con un empleo remunerado tenían trabajos a tiempo completo.

6. MODELOS EUROPEOS DE CUIDADO SOCIAL

Junto con Sipilä, me cuento entre los primeros estudiosos que argumentan la existencia de diferentes modelos o regímenes de cuidado social en Europa y la falta de correspondencia exacta entre esos modelos y los identificados por Esping-Andersen (1990) en su famoso estudio sobre los tres mundos del bienestar. Nosotros hemos identificado cuatro modelos diferentes (Anttonen y Sipilä, 1996). También hemos puesto de manifiesto que la participación de las mujeres en el mercado laboral es una variable estrechamente asociada a estos cuatro diferentes modelos de cuidado social.

Los otros dos regímenes de cuidado resultaban menos particulares. Cabe argumentar la existencia de un modelo británico basado en la comprobación de medios materiales, en el que el estado asume la responsabilidad de la provisión de servicios de cuidado social, pero, al mismo tiempo, busca activamente minimizar sus responsabilidades y la cantidad de servicios públicos. Aun cuando el papel central del sector público era bastante similar al del modelo escandinavo, desde los años 80 el Reino Unido comenzó a moverse hacia el "residualismo", mientras que los países escandinavos siguieron avanzando hacia el "universalismo". En el Reino Unido, los servicios públicos de cuidado social están concebidos exclusivamente para ciudadanos pobres, con medios muy limitados. Se espera que los ciudadanos económicamente autosuficientes se proporcionen de manera independiente sus propios servicios; la oferta de servicios privados adquiere notable visibilidad. Irlanda se sitúa bastante cerca del modelo británico, pero, por otra parte, se aproxima también al modelo de asistencia familiar del sur de Europa.

En primer lugar, nos referimos a un modelo de cuidado social nórdico, basado en el modelo escandinavo de provisión pública de servicios sociales. Mostramos que, en todos los países escandinavos, los servicios tanto para niños como para personas mayores en situación de dependencia están ampliamente disponibles, mientras que la participación de las mujeres en el trabajo remunerado extradoméstico registra tasas más elevadas que en cualquier otro lugar de Europa. La amplia disponibilidad de los servicios es coherente con el principio de universalismo, lo que significa que hay un estándar uniforme de servicios y que los ciudadanos obtienen los servicios que demandan a través

Asimismo, en lo que se refiere al cuidado a las personas mayores, es posible distinguir un modelo de subsidiariedad centroeuropeo, representado típicamente por Holanda y Alemania y, en buena medida, por Bélgica y Francia. En este modelo, la responsabilidad primaria del cuidado de las personas mayores radica, al menos formalmente, en la familia. Las organizaciones religiosas y sociopolíticas son importantes productoras de servicios, mientras que el sector público asume la principal responsabilidad en la financiación. El seguro sanitario ha adquirido un papel central en la financiación de los servicios. En estos países, el volumen de servicios de cuidado social para las personas mayores se encuentra en un nivel intermedio, aunque ha sido particularmente elevado en Holanda. Sin embargo, en cuanto a los servicios de cuidado para niños, Bélgica y Francia difícilmente podrían ser más diferentes de Alemania y Holanda. El considerable énfasis que Bélgica y Francia conceden a la política familiar se evidencia en el amplio sistema de cuidado diario y preescolar, el más completo de toda Europa occidental. En estos dos países, las tasas de actividad femenina en el mercado laboral son más altas que en Alemania y en Holanda. Así pues, en Europa central podemos identificar uno o dos modelos, dependiendo de si adoptamos el punto de vista de los servicios de cuidado social para los niños o el correspondiente a los ancianos.

Cabe, por tanto, concluir que en Europa existen diferentes modelos de cuidado social. Más importante todavía, el cuidado de los niños y el de las personas mayores puede trazar diferentes sendas de modernización dentro de una misma sociedad. Hay países que invierten más en el cuidado a los niños que a las personas mayores, y viceversa. Sin embargo, es importante recordar que existen muchas dificultades para el estudio de los patrones nacionales de cuidado social. Como se ha señalado antes, hay problemas conceptuales, problemas de datos y problemas relacionados con la equivalencia funcional. Pese a estos problemas, muchos estudiosos han realizado un valioso trabajo de clasificación de las políticas europeas de cuidado social.

Mary Daly (2001: 45) llegó en su modelización a agrupaciones de países ligeramente diferentes de las presentadas por Sipilä y por mí. Agrupó a los países europeos en cuatro grupos diferentes: el de los "estados cuidadores" (*caring states*), el de los "estados cuidadores pro-familia" (*pro-family caring states*), el de los "estados mixtos" (*hot and cold states*) y el de los "estados no asistenciales" (*non-caring states*).

Dentro del primer grupo figuran los países escandinavos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia). En estos países, el sector público ha asumido una amplia responsabilidad en la financiación y producción de servicios de cuidado para sus residentes. El cuidado, concebido principalmente como el derecho a recibirlo, representa un componente de la ciudadanía social. El segundo grupo, el de los estados cuidadores pro-familia, consta de algunos de los principales países de la Europa continental (Austria, Bélgica, Alemania, Francia, Luxemburgo y Holanda): en ellos el estado asume una responsabilidad limitada en las actividades de cuidado y delega la prestación de éste en la familia. Ciertamente, en los últimos años, los gobiernos de estos países se han visto forzados a repensar sus políticas pro-familia. En Alemania, por ejemplo, el cuidado de los niños pequeños se encuentra todavía, en gran medida, en manos de las madres, mientras que la consideración del cuidado a los mayores ha cambiado radicalmente con la introducción, en 1995, de un seguro de cuidados de larga duración.

El tercer grupo identificado por Daly reúne a Irlanda, Italia y el Reino Unido, y está caracterizado por la inacción en algunos frentes, pero la considerable provisión pública en otros. En particular, los servicios de cuidado para los niños pequeños están escasamente desarrollados, mientras que se han emprendido más esfuerzos para desplegar servicios de cuidado a personas adultas dependientes. El último grupo, el de los denominados "estados no cuidadores", incluye a España, Grecia y Portugal. Aquí vemos de nuevo que los países del sur de Europa conforman su propio modelo. En estos países, el cuidado pertenece a la esfera de responsabilidad de las familias (extensas), y las intervenciones estatales son muy limitadas.

Por otra parte, Bettio y Plantenga (2004) han comparado los modelos de cuidado en Europa, prestando atención a la combinación público-privada en la provisión de cuidado social. Observan, en primer lugar, la provisión de cuidado informal aproximándose a los datos sobre cómo se emplea el tiempo en la vida cotidiana. Según su estimación, los países del Mediterráneo –Italia, Grecia y España– e Irlanda engrosan el grupo de los que más intensamente se apoyan en el cuidado informal. Más sorprendente resulta que también Reino Unido y Holanda dependen fuertemente de los cuidados informales. En el otro extremo están los países nórdicos, acompañados de Francia y Portugal. Como cabía anticipar, el reparto intergeneracional del cuidado es mayor en los países en los que se espera que las familias adopten una amplia res-

ponsabilidad en el desempeño de las actividades asistenciales, y menor en los países en los que el sector público ha asumido una mayor responsabilidad en la prestación de servicios de asistencia. En todos los países, las mujeres representan la mayoría de los cuidadores informales (Bettio y Plantenga 2004, p. 87-90).

Bettio y Plantenga comparan también la provisión de asistencia formal teniendo en cuenta los servicios para los niños pequeños y las personas mayores. Toman en consideración un amplio abanico de prestaciones que cubren permisos para cuidar a familiares dependientes, reducción de las horas de trabajo, subvenciones familiares, beneficios fiscales, ayudas a la contratación de servicios domésticos, servicios de asistencia domiciliaria para las personas mayores, guarderías para los niños, etc. Sus principales hallazgos coinciden, en líneas generales, con los ya expuestos sobre los modelos de cuidado.

El primer grupo incluye a los países que parecen delegar toda la gestión del cuidado en la familia: Italia, Grecia y España representan los casos más paradigmáticos. En estos países, el cuidado familiar es una norma muy arraigada y el reparto intergeneracional del cuidado es muy amplio. Portugal e Irlanda destacan como casos atípicos dentro de este grupo. Portugal registra una baja provisión de servicios de cuidado formal, aunque la asistencia informal también parece hallarse en un nivel bajo. Irlanda, de nuevo, difiere de otros países englobados en este grupo porque cuenta con una cierta provisión de servicios de cuidado formal para las personas mayores.

Reino Unido y Holanda forman el segundo grupo. También en estos países el cuidado informal constituye un recurso asistencial importante. Los servicios de cuidados para las personas mayores están bastante bien desarrollados, mientras que el cuidado de los niños pequeños ha permanecido como una responsabilidad de las madres. Un tercer grupo incluye a Austria y Alemania, que responden a un modelo en el que predominan los cuidados informales y privados facilitados públicamente. Se aplican diferentes incentivos para motivar a los cuidadores informales en su trabajo, tales como los pagos por la prestación de cuidados. Estos incentivos tienden a fomentar el cuidado familiar y el papel de las mujeres como cuidadoras informales. El cuarto grupo comprende a Bélgica y Francia, países en los que las estrategias de cuidado formal, tanto para niños como para personas mayores, están bastante bien desarrolladas, aunque se ha dado tradicionalmente

prioridad a las políticas públicas de cuidado de los niños. El último grupo incluye a los países nórdicos, que brindan un moderado o alto nivel de servicios a todas las personas necesitadas de cuidados.

En definitiva, existe cierto consenso en cuanto a que es posible identificar diferentes modelos de prestación de cuidados en Europa. El modelo de cuidado social nórdico y el modelo de cuidado familiar de Europa del Sur parecen ser los más distintivos. Entre estos dos modelos cabe distinguir otros que presentan mayor o menor similitud con el modelo de cuidado familiar o con el modelo de cuidado social (público), dependiendo de la extensión de los arreglos de cuidado formal.

En cuanto al punto de partida de este artículo, es fácil argumentar que el cuidado se ha convertido progresivamente en una cuestión pública en todos los países de Europa, en el sentido de que su provisión y producción se desplazan del ámbito informal y doméstico del hogar y de la familia hacia fuera. La gestión y prestación del cuidado se aborda cada vez de manera más pública por organizaciones de bienestar sin ánimo de lucro y actores que operan en el mercado o el estado.

7. EL MODELO DE CUIDADO SOCIAL NÓRDICO: NUEVAS TENDENCIAS Y TENSIONES

Las democracias nórdicas difieren de la mayoría de las sociedades del bienestar postindustriales en el grado en que el cuidado informal ha sido transformado de un asunto privado de las familias en un asunto público del estado. En el campo de los servicios de cuidado social se aprecian realmente muchas similitudes entre Finlandia, Suecia, Noruega y Dinamarca. En todos los países nórdicos (con la excepción de Islandia), el acceso a los servicios de cuidado social es muy amplio tanto para los niños como para las personas adultas que precisan ayuda. Por lo demás, el sistema de prestación de servicios responde muy específicamente a los intereses de las mujeres. Asimismo, las clases media y alta se encuentran entre los usuarios de los servicios sociales públicos. Todo ello justifica hablar de un "régimen o modelo de cuidado social nórdico".

Mientras que otros países con un elevado nivel de gasto social se concentran más en las transferencias de renta, los estados del bienestar escandinavos asignan muchos recursos al consumo públi-

co. Habida cuenta de su especial énfasis en el cuidado social, han sido caracterizados como estados de “servicios sociales” o “cuidadores”. El principio del universalismo, contrapuesto al selectivismo y particularismo, se erige en la referencia a la hora de describir el modelo de cuidado social nórdico.

Pero, ¿qué significa exactamente “universalismo” en la asistencia social? El concepto se usa convencionalmente, pero a menudo de manera imprecisa, sin especificar sus diferentes significados e interpretaciones. Aquí, al desarrollar una definición formulada originalmente por Sainsbury (1998), sugiero que, en el marco de la provisión de servicios de cuidado social, el universalismo puede referirse a nueve dimensiones diferentes:

- Un *sistema público* provee servicios de cuidado social.

- Los servicios están disponibles para *todos los ciudadanos*, con independencia de su estatus económico, sexo o procedencia étnica: todos los ciudadanos tienen acceso al mismo sistema de servicios.

- *Las clases media y alta* se encuentran entre los usuarios de los servicios sociales (de cuidados) públicos.

- El sistema de prestaciones responde, en general, a los *intereses de las mujeres* (igualdad de género).

- El sistema ofrece *servicios uniformes* a lo largo y ancho del país (igualdad regional).

- Los servicios son prestados por *cuidadores profesionales*.

- Los ciudadanos tienen *derechos* reconocidos a los servicios de cuidado social.

- Los servicios son prestados *gratuitamente* o se subsidian intensamente por los gobiernos local o central.

- Las *municipalidades* son responsables de la provisión y financiación de los servicios.

Se entiende mejor la distinta naturaleza del modelo de cuidado social nórdico si se tiene en cuenta que los municipios son mucho más que unidades administrativas. Aunque el estado fija el marco de actuaciones a través de su poder legislativo, sobre los municipios recae la principal responsabilidad del funcionamiento de servicios sociales tales

como la educación, la sanidad y la asistencia social. Los municipios son instituciones democráticas y autónomas, en el sentido de que sus representantes son elegidos en elecciones municipales y tienen la facultad de imponer gravámenes. La financiación mediante impuestos generales es, de hecho, una de las piedras angulares del modelo de cuidado social nórdico. Todos los países con provisión extensiva y universal de servicios sociales se basan principalmente en los ingresos fiscales como medio de financiación.

En general, el universalismo ha constituido una meta de las políticas sociales en los países nórdicos, forjando la gran idea de la ciudadanía social. Sin embargo, importa subrayar que incluso en Escandinavia el universalismo no es completo. Es más un “tipo ideal” o un objetivo nunca alcanzado y, en la práctica, el estado del bienestar nórdico –con el universalismo como su seña de identidad– no cumple con todas sus premisas universalistas. Por ejemplo, la oferta de servicios disponible para las personas mayores en situación de dependencia, ya sean servicios institucionales o de ayuda domiciliaria, no siempre satisface la actual demanda. Asimismo, a pesar de la fuerza de la idea de servicios iguales para pobres y ricos, siempre ha existido una producción de servicios privados en paralelo a la de los servicios municipales.

En Finlandia y Suecia, los principios universalistas en el campo del cuidado social se toparon con problemas adicionales durante la recesión económica de principios de los años 90. Una de las principales víctimas de la contención del gasto fue el subsidio estatal al gobierno local, lo que supuso un duro golpe para los servicios sociales municipales. La recesión económica y el auge de la ideología liberal condujeron a una profunda reestructuración de la política de cuidado social. Inicialmente, se dibujó una tendencia hacia la reducción de los costes de cuidado institucional, y ahora parece consolidarse una tendencia a incrementar el selectivismo y el autopago. El principio del universalismo se ha debilitado en el campo de los servicios de cuidado social para las personas mayores, mientras que se ha fortalecido en el ámbito del servicio de cuidado a los niños (Anttonen, 2001).

El modelo de cuidado social nórdico ha promovido intensamente la participación de las mujeres en el mercado laboral y la igualdad de género (Anttonen, 2005). Sin embargo, también en los países en los que la provisión de servicios públicos de cuidado social es limitada, las mujeres se han desplazado masivamente hacia el trabajo remunera-

do. Por ejemplo, en Estados Unidos la participación de las mujeres en el mercado laboral se encuentra hoy en un nivel muy alto, en tanto que la provisión de servicios públicos de cuidado se sitúa en un nivel muy bajo. Por tanto, la participación de las mujeres en el mercado laboral puede aumentar sin ninguna intervención masiva del estado en la provisión de cuidados.

¿Cómo se puede, pues, valorar el modelo de cuidado social nórdico? ¿Representa un modelo hacia el que otros países europeos se están encaminando o está ya perdiendo su poder emancipador? Sabemos que el modelo está en transición. Especialmente en Finlandia y Suecia, el papel de las autoridades públicas en la provisión de cuidado se ha visto limitado. El proceso de privatización marca la nueva situación (Blomqvist, 2004; Szebehely, 2005).

Pero “privatización” es un concepto multidimensional que recoge una variedad de acepciones. Según Szebehely (2005), privatización significa incrementar la mercantilización de los servicios, de modo que en la actualidad hay más proveedores de servicios privados en el campo del cuidado social que antes. Privatización significa también que la provisión pública de cuidado social está cambiando. En primer lugar, las tarifas de los servicios se han incrementado, lo cual conduce a una gradual privatización de su financiación. Si las tarifas de los servicios aumentan sustancialmente, cabe preguntarse si los ciudadanos tienen aún un derecho universal a los servicios. En segundo lugar, los municipios compran ahora servicios a compañías privadas y organizaciones asistenciales, lo que, de nuevo, cambia el modo de producción de la provisión pública. En tercer lugar, en el sector público penetran modelos organizacionales inspirados en el mercado, lo que puede ser visto como una privatización de la organización del trabajo. La privatización supone, en consecuencia, un enorme reto para el modelo de cuidado social nórdico.

De hecho, la informalización de los cuidados ha avanzado en los países nórdicos. Este fenómeno se percibe especialmente en el caso del cuidado a las personas mayores. Hoy día hay menos gente mayor recibiendo, por ejemplo, servicios de ayuda domiciliar y de enfermería en el hogar que hace una década o dos (Szebehely, 2005). Además, servicios tales como la enfermería y la ayuda domiciliar a los ancianos se dirigen hoy de manera mucho más estricta a aquellos con necesidades de cuidado más amplias. Cuando la provisión del servicio público disminuye, otros recursos asistencia-

les tienen que ser empleados. Tanto en Finlandia como en Suecia se ha registrado en los últimos años un incremento en los servicios privados de cuidado. La gente más acomodada recurre a las compañías privadas para comprar servicios. Esto, de nuevo, podría debilitar la política de universalismo y de decidido apoyo a las políticas sociales en los países nórdicos. La informalización del cuidado significa que, al menos en Suecia y Finlandia, la familia y los parientes cercanos han asumido en las últimas dos décadas una mayor responsabilidad que antes en la prestación de cuidados.

La prestación de cuidados informales se incentiva económicamente. En muchos países europeos, los gobiernos han empezado a abonar subvenciones asistenciales para fomentar la implicación de personas no expertas y de miembros de la familia en el cuidado informal. En Finlandia, algunas comunidades comenzaron a pagar a finales de los años 70 ayudas a los familiares que asumían el cuidado de sus ancianos. En 1984, los pagos por la prestación de cuidados se integraron en la Ley de Bienestar Social, junto con servicios tales como la ayuda domiciliar municipal, el alojamiento, los servicios residenciales, etc. Se autorizó, aunque no se obligó, a los municipios a abonar subsidios a familiares y otras personas no expertas. A finales de los años 80 y comienzos de los 90, el sistema finlandés de subvenciones al cuidado en el hogar para los cuidadores de los mayores destacaba como uno de los más completos de Europa. Se han diseñado, además, nuevos planes para extender los pagos por la prestación de cuidados informales.

Cambios similares están teniendo lugar también en otros regímenes de cuidado social. Behning (2005) ha comparado seis países que representan diferentes modelos. Argumenta que, aunque los diferentes regímenes partieron de distintos puntos, a finales de los años 90 la combinación de cuidado formal e informal basado en el hogar constituía el patrón dominante en la provisión de cuidados en los países industrializados. Todos los países estudiados (Reino Unido, Canadá, Austria, Alemania, Suecia, Dinamarca) han experimentado una des-institucionalización del cuidado formal, y todos los países se han movido hacia las subvenciones al cuidado informal. En algunos países se ha respondido a la nueva situación apoyándose decididamente en la contribución de cuidadores inmigrantes.

Esta clase de trabajo asistencial no aparece fácilmente en las estadísticas u otros documentos oficiales. Una considerable (y creciente) cantidad del trabajo de cuidar se realiza por trabajadores con

bajos sueldos, a menudo mujeres inmigrantes, en hogares privados. Hochschild (2000) introdujo el término de *cadena de cuidado global* para describir el fenómeno relacionado con la globalización del cuidado. Por una parte, hay personas pobres en tiempo y ricas en dinero que necesitan a alguien para cuidar a sus hijos o familiares adultos mientras trabajan. Por otra parte, hay un montón de mujeres en los países pobres que necesitan dinero con urgencia para mantener a su familia y criar a sus hijos. Estas mujeres se desplazan a los países ricos para trabajar, con papeles o sin ellos, como empleadas domésticas o niñeras. La prestación de cuidados en hogares privados por parte de inmigrantes está particularmente extendida en los países que integran el modelo de cuidado familiar, es decir, en los países del sur de Europa.

Desde el punto de vista de los individuos, lo más importante es que existan recursos asistenciales disponibles para ser utilizados cuando se requieran, y que el acceso a ellos no implique una pérdida de autonomía personal y económica. En una sociedad y un estado del bienestar modernos, una persona debería poder hacer valer su derecho a ser asistido si precisa ayuda: el cuidado debería ser una parte inseparable de nuestro bienestar personal. Ciertamente, hay diferentes rutas de modernización y de transformación pública del cuidado social. Ahora bien, las seguidas en los países escandinavos, aun con todas las reformas emprendidas, han incrementado efectivamente la autonomía, tanto económica como social, de las mujeres y de las personas dependientes.

BIBLIOGRAFÍA

ANTTONEN, A. (2001), "The politics of social care in Finland: Child and elder care in transition", en DALY, M. (ed.), *Care Work. The Quest for Security*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo: 143-158.

– (2005), "Empowering social policy: The role of social care services in modern welfare states", en KANGAS, O. y PALME, J. (eds.), *Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries*, Houndmills, Palgrave MacMillan: 88-117.

ANTTONEN, A.; BALDOCK, J. y J. SIPILÄ (eds.) (2003), *The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Societies*, Cheltenham, Edward Elgar.

ANTTONEN, A. y J. SIPILÄ (1996), "European social care services: Is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, 6 (2): 87-100.

BEHNING, U. (2005), "Changing long-term care regimes: A six-country comparison of directions and effects", en PFAU-EFFINGER, B. y B. GEISSLER (eds.), *Care and Social Integration in European Societies*, Bristol, The Policy Press: 73-92.

BETTIO, F. y J. PLANTENGA (2004), "Comparing care regimes in Europe", *Feminist Economics*, 10 (1): 85-113.

BLOMQVIST, P. (2004), "The choice of revolution: Privatization of Swedish welfare services in the 1990s", *Social Policy & Administration*, 38 (2): 139-155.

CLASEN, J. (1999), "Introduction", en CLASEN, J. (ed.), *Comparative Social Policy: Concepts, Theories and Methods*, Oxford, Blackwell: 1-12.

DAATLAND, S. O. (2001), "Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (1): 16-20.

DALY, M. (2001), "Care policies in Western Europe", en DALY, M. (ed.), *Care Work. The Quest for Security*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo: 33-55.

DALY, M. y J. LEWIS (1998), "Introduction: Conceptualising social care in the context of welfare state restructuring", en LEWIS, J. (ed.), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate: 1-24.

– (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, 51 (2): 281-298.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press. [Hay traducción al castellano: *Los tres mundos del estado de bienestar*, Valencia, Alfons El Magnànim (1993)].

HERNES, H. M. (1987), *Welfare States and Woman Power. Essays in State Feminism*, Oslo, Norwegian University Press.

HILLMANN, F. (2005), "Migrants' care work in private households, or the strength of bilocal and transnational ties as a last(ing) resource in global migration", en PFAU-EFFINGER, B. y GEISSLER, B. (eds.), *Care and Social Integration in European Societies*, Bristol, The Policy Press: 93-114.

HOCHSCHILD, A. R. (2000), "The nanny chain", *The American Prospect*, 11 (4): 32-36.

KNIJN, T. y M. KREMER (1997), "Gender and the caring dimension of welfare states. Toward inclusive citizenship", *Social Politics*, 4 (3): 328-361.

OCDE (2002), *Online Social Expenditure Database 1980-1998*, París, OCDE.

SIPILÄ, J. et al. (1997), "A Multitude of Universal, Public Services. How and Why Did Four Scandinavian Countries Get their Social Service Model?", en SIPILÄ, J. (ed.), *Social Care Services: the Key to the Scandinavian Welfare Model*, Aldershot, Avebury: 27-50.

SAINSBURY, D. (1998), "The Scandinavian model and women's interests. The issues of universalism and corporatism", *Scandinavian Political Studies*, 11 (4): 337-346.

SZEBEHLY, M. (2005), "Care as employment and welfare provision. Child care and elder care in Sweden at the dawn of the 21st Century", en DAHL, H. y R. T. ERIKSEN (eds.), *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*, Ashgate, Aldershot: 80-100.

TRONTO, J. (1994), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Nueva York, Routledge.