



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Anàlisi comparada de les reformes en els sistemes europeus de cures de llarga durada. Els casos d'Alemanya, Anglaterra, Suècia i Espanya, 2008-2017

Esther Albesa i Jové

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

**Universitat de Barcelona
Facultat d'Economia i Empresa
Departament de Sociologia**

Anàlisi comparada de les reformes en els sistemes europeus de cures de llarga durada. Els casos d'Alemanya, Anglaterra, Suècia i Espanya, 2008-2017

**Memòria per a optar al grau de Doctora amb Menció Internacional
Esther Albesa i Jové**

**Direcció: Dr. Jordi Caïs i Fontanella
Barcelona, 2018**

ÍNDIX

ÍNDIX DE TAULES.....	6
ÍNDIX DE GRÀFICS.....	8
ÍNDIX DE FIGURES.....	11
CAPÍTOL 1. INTRODUCCIÓ I PRESENTACIÓ DELS CASOS.....	12
CAPÍTOL 2. CONCEPTUALITZACIÓ DE LES CURES I I DELS ESTATS	
DE BENESTAR.....	18
2.1. Conceptes teòrics clau.....	18
2.1.1. La cura (<i>care</i>) i la cura social (<i>social care</i>) com a categoria d'anàlisi	18
2.1.2. Discapacitat i dependència.....	19
2.1.3. Les cures de llarga durada (CLD), la dependència i l'envelliment.....	21
2.2. Els models de benestar social a Europa: antecedents i fonaments teòrics	22
2.2.1. Models de benestar.....	23
2.2.2. Debat actual sobre la crisi de l'estat del benestar.....	25
2.3. Polítiques de cures de llarga durada en el marc europeu.....	27
2.3.1. Formes de provisió i organització de les cures de llarga durada.....	29
2.3.2. Règims de cura i models de dependència	33
2.4. Conclusions del capítol.....	37
CAPÍTOL 3. REFORMES EN ELS SISTEMES DE CLD I ELS ESTATS DEL BENESTAR...39	
3.1. Paradigmes teòrics en l'estudi de l'estat del benestar.....	39
3.1.1. Tipus de canvis i reformes en els estats del benestar.....	39
3.1.2. Paradigmes teòrics del sorgiment i les reformes de l'estat del benestar.....	40
3.2. Reformes en les polítiques europees de cures de llarga durada.....	48
3.3. Impacte de la crisi econòmica de 2008 en les polítiques socials i les CLD europees.....	56
3.4. Conclusions del capítol.....	61
CAPÍTOL 4. MARC METODOLÒGIC.....65	
4.1. Objectius, pregunta i hipòtesis.....	65
4.2. Estratègies metodològiques.....	66
4.2.1. Proposta metodològica.....	66
4.2.2. Operativització i definició de conceptes: dimensions, categories i variables d'anàlisi.....	68
4.2.3. Instruments utilitzats en la recollida i anàlisi de les dades.....	73

4.2.4. Àmbit de l'estudi i participants.....	78
CAPÍTOL 5. ESTUDI DELS ESTATS DE BENESTAR I L'IMPACTE DE LA CRISI	
ECONÒMICA.....	85
5.1. Estudi del cas alemany.....	85
5.1.1. Tendències demogràfiques i estructura de la població.....	85
5.1.2. L'estat del benestar conservador.....	87
5.1.3. Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008.....	91
5.1.4. El sistema de cures de llarga durada alemany.....	95
5.2. Estudi del cas anglès	101
5.2.1. Tendències demogràfiques i estructura de la població	101
5.2.2. L'estat del benestar liberal.....	103
5.2.3. Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008.....	107
5.2.4. El sistema de cures de llarga durada anglès.....	110
5.3. Estudi del cas suec	118
5.3.1. Tendències demogràfiques i estructura de la població	118
5.3.2. L'estat del benestar socialdemòcrata.....	119
5.3.3. Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008.....	124
5.3.4. El sistema de cures de llarga durada suec.....	126
5.4. Estudi del cas espanyol	134
5.4.1. Tendències demogràfiques i estructura de la població	134
5.4.2. L'estat del benestar mediterrani.....	135
5.4.3. Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008.....	140
5.4.4. El sistema de cures de llarga durada espanyol.....	144
5.5 Conclusions del capítol.....	150
CAPÍTOL 6. REFORMES EN ELS SISTEMES DE CURES DE LLARGA DURADA.....	
6.1. El cas d'Alemanya.....	171
6.1.1. Anàlisi de la provisió en els serveis de CLD.....	171
6.1.2. Anàlisi dels canvis normatius.....	174
6.1.3. Percepció social i institucional dels canvis.....	178
6.1.4. Factors explicatius dels canvis.....	183
6.2. El cas d'Anglaterra.....	186
6.2.1. Anàlisi de la provisió en els serveis de CLD	186
6.2.2. Anàlisi dels canvis normatius.....	189

6.2.3. Percepció social i institucional dels canvis.....	194
6.2.4. Factors explicatius dels canvis	199
6.3. El cas de Suècia.....	202
6.3.1. Anàlisi de la provisió en els serveis de CLD	202
6.3.2. Anàlisi dels canvis normatius.....	206
6.3.3. Percepció social i institucional dels canvis.....	208
6.3.4. Factors explicatius dels canvis	215
6.4. El cas d'Espanya.....	218
6.4.1. Anàlisi de la provisió en els serveis de CLD	218
6.4.2. Anàlisi dels canvis normatius.....	220
6.4.3. Percepció social i institucional dels canvis.....	224
6.4.4. Factors explicatius dels canvis	237
6.5. Conclusions del capítol.....	241
CAPÍTOL 7. ANÀLISI I DISCUSSIÓ.....	250
CAPÍTOL 8. CONCLUSIONS.....	270
MEMÒRIA EN ANGLÈS PER A L'OBTENCIÓ DEL TÍTOL DE DOCTORA AMB MENCIO INTERNACIONAL.....	275
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	297
ANNEXOS.....	324
Annex 1. Models del guió d'entrevista-qüestionari.....	324
Annex 2. Model de carta enviada a les entitats.....	326
Annex 3. Model de carta per a la sol·licitud d'estades a les universitats.....	327
Annex 4. Model de carta de presentació.....	328
Annex 5. Transcripcions de les entrevistes.....	329

AGRAÏMENTS

Dedico aquesta tesi doctoral a totes aquelles persones que amb el seu suport desinteressat han contribuït a fer-la possible i molt especialment al meu director, el Dr. Jordi Caià, per haver acceptat el repte d'acompanyar-me i guiar-me a través del llarg camí recorregut i haver-ho fet amb el respecte i la senzillesa que el caracteritzen.

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Principals models de CLD a la Unió Europea.....	36
Taula 2. Tendències de canvi en les CLD en el marc del MSE (1990-2010).....	53
Taula 3. Dimensions i categories d'anàlisi en l'estudi dels canvis en els sistemes de CLD.....	71
Taula 4. Categories, variables i indicadors per mesurar la fortalesa del model de benestar i l'impacte de la crisi econòmica en els països.....	72
Taula 5. Principals textos legals, data d'aplicació i fonts consultades.....	74
Taula 6. Indicadors, fonts i període analitzat.....	77
Taula 7. Esquema dels nivells d'anàlisi i perspectiva metodològica utilitzada.....	78
Taula 8. Entitats i contactes realitzats per països.....	79
Taula 9. Participants de les entrevistes per perfil, institució, sectors i data.....	81
Taula 10. Estructura de la població per edats a Alemanya entre 1950-2040.....	86
Taula 11. Estructura de la població per edats al Regne Unit entre 1975-2045.....	102
Taula 12. Estructura de la població per edats a Suècia entre 2016-2060.....	119
Taula 13. Estructura de la població per edats a Espanya entre 1959-2066.....	135
Taula 14. Resum de l'evolució i l'estructura de la població per edats i països.....	151
Taula 15. Variació anual del PIB en el període precrisi i postcrisi segons els països.....	157
Taula 16. Síntesi de les principals dimensions d'anàlisi segons els països.....	169
Taula 17. Variació interanual del nombre de professionals i de cuidadors en el sector formal de les CLD a Alemanya entre 2001-2015.....	171
Taula 18. Nombre total de places en equipaments residencials de CLD a Alemanya entre el període 2001-2015.....	173
Taula 19. Nombre total de beneficiaris en serveis a domicili i residencials a Alemanya entre 2000 i 2015.....	174
Taula 20. Principals canvis legislatius segons les dimensions d'anàlisi.....	175
Taula 21. Canvis de criteris en el barem de valoració del sistema de CLD alemany.....	177
Taula 22. Canvis en el sistema de CLD alemany segons el tipus de provisió i grau (2009-2017).....	178
Taula 23. Evolució del nombre total de treballadors en el sector formal de la cura domiciliària i institucional al RU entre 2000-2016.....	187
Taula 24. Evolució del nombre total de places residencials al RU en el període 2003-2016..	188
Taula 25. Nombre de beneficiaris per serveis de cura a Anglaterra entre 2008-2013.....	189
Taula 26. Canvis en els criteris d'accés o barem a Anglaterra fins al 2017.....	191

Taula 27. Síntesi dels principals canvis legislatius en el sistema de CLD anglès entre 2008-2017.....	193
Taula 28. Evolució del nombre total de treballadors en el sector públic de les CLD a Suècia entre 2000-2015.....	203
Taula 29. Evolució del nombre total de places públiques en centres residencials a Suècia entre 2000-2015.....	204
Taula 30. Nombre total de beneficiaris de serveis a domicili i residencials a Suècia entre 2000-2015.....	205
Taula 31. Principals canvis legislatius en el sistema de CLD suecs entre 2008-2017.....	208
Taula 32. Evolució del nombre total de treballadors en el sector formal de les CLD a Espanya entre 2009-2016.....	218
Taula 33. Nombre total de beneficiaris en serveis a domicili i residencials a Espanya entre 2009-2016.....	219
Taula 34. Canvis en el calendari de desplegament del SAAD abans i després del RDL de 2011.....	221
Taula 35. Reducció de les quanties de les PECNP als nous i antics beneficiaris després del RDL de 2012.....	222
Taula 36. Hores mensuals de SAD abans i després del RDL 2012.....	223
Taula 37. Reformes legislatives període 2008-2017 en el cas espanyol segons les dimensions d'anàlisi.....	223
Taula 38. Anàlisi dels serveis amb finançament públic (primer nivell d'anàlisi).....	251
Taula 39. Anàlisi dels canvis legislatius (segon nivell d'anàlisi).....	252
Taula 40. Anàlisi de la percepció dels canvis segons els entrevistats (tercer nivell d'anàlisi).....	253
Taula 41. Tendències de canvi identificades segons nivells d'anàlisi i països.....	257
Taula 42. Factors explicatius dels canvis per països i segons els participants.....	267
Taula 43. Tendències de canvi en els sistemes europeus de CLD.....	271

ÍNDIX DE GRÀFICS

Gràfic 1. Evolució i projecció de la població a Alemanya entre 1950-2060.....	85
Gràfic 2. Despesa en protecció social pública (2016) i privada (2013) a Alemanya en percentatge del PIB.....	88
Gràfic 3. Evolució de la despesa pública a Alemanya en percentatge del PIB entre 1995-2016.....	89
Gràfic 4. Tipus de provisió a Alemanya en percentatge del PIB l'any 2016.....	90
Gràfic 5. Desigualtat d'ingressos familiars a Alemanya l'any 2013.....	90
Gràfic 6. Taxa de pobresa a Alemanya per grups d'edat el 2013.....	91
Gràfic 7. Variació del producte interior brut total a Alemanya entre 2000-2016.....	93
Gràfic 8. Dèficit públic a Alemanya en percentatge del PIB entre 2000-2016.....	93
Gràfic 9. Evolució de la taxa d'atur a Alemanya entre 2000-2016.....	94
Gràfic 10. Evolució i projecció de la població al Regne Unit entre 1975-2045.....	102
Gràfic 11. Despesa en protecció social pública (2016) i privada (2013) al Regne Unit en percentatge del PIB.....	105
Gràfic 12. Evolució de la despesa pública al Regne Unit en percentatge del PIB entre 1995-2016.....	105
Gràfic 13. Tipus de provisió al Regne Unit en percentatge del PIB el 2016.....	106
Gràfic 14. Desigualtat d'ingressos familiars al Regne Unit l'any 2013.....	106
Gràfic 15. Taxa de pobresa de la població per grups d'edat al RU el 2013.....	107
Gràfic 16. Variació del producte interior brut al RU entre 2000-2016.....	108
Gràfic 17. Dèficit públic al RU en percentatge del PIB entre 2000-2016.....	109
Gràfic 18. Evolució de la taxa d'atur al Regne Unit entre 2000-2016.....	109
Gràfic 19. Evolució i projecció de la població a Suècia entre 1900 i 2060.....	118
Gràfic 20. Despesa en protecció social pública (2016) i privada (2013) a Suècia en percentatge del PIB.....	121
Gràfic 21. Evolució de la despesa pública a Suècia en percentatge del PIB entre 1995-2016.....	122
Gràfic 22. Tipus de provisió a Suècia en percentatge del PIB l'any 2016.....	122
Gràfic 23. Desigualtat d'ingressos familiars a Suècia l'any 2013.....	123
Gràfic 24. Taxa de pobresa a Suècia per grups d'edat el 2013.....	123
Gràfic 25. Variació del producte interior brut a Suècia entre 2000-2016.....	125
Gràfic 26. Dèficit públic a Suècia en percentatge del PIB entre 2000-2016.....	125

Gràfic 27. Evolució de la taxa d'atur a Suècia entre 2000-2016.....	126
Gràfic 28. Evolució i projecció de la població a Espanya entre 1955 i 2066.....	134
Gràfic 29. Despesa en protecció social pública (2016) i privada (2013) a Espanya en percentatge del PIB.....	138
Gràfic 30. Evolució de la despesa pública a Espanya en percentatge del PIB entre 1995-2016.....	138
Gràfic 31. Tipus de provisió a Espanya en percentatge del PIB l'any 2016.....	139
Gràfic 32. Desigualtat d'ingressos familiars a Espanya l'any 2013.....	139
Gràfic 33. Taxa de pobresa a Espanya per grups d'edat el 2013.....	140
Gràfic 34. Variació del producte interior brut a Espanya entre 2000-2016.....	140
Gràfic 35. Dèficit públic a Espanya en percentatge del PIB entre 2000-2016.....	143
Gràfic 36. Evolució de la taxa d'atur a Espanya entre 2000-2015.....	143
Gràfic 37. Comparativa de la despesa social pública (2016) i privada (2013) en percentatge del PIB a Alemanya, el Regne Unit, Suècia i Espanya.....	152
Gràfica 38. Evolució de la despesa social pública entre 1995-2016 a Alemanya, el Regne Unit, Suècia i Espanya.....	153
Gràfic 39. Tipus de provisió segons els països l'any 2017.....	154
Gràfic 40. Desigualtat d'ingressos familiars per països l'any 2016.....	155
Gràfic 41. Taxa de pobresa a Alemanya, el Regne Unit i Espanya el 2013.....	156
Gràfic 42. Deute públic a Alemanya, el Regne Unit, Suècia i Espanya entre 2000-2016.....	160
Gràfic 43. Dèficit públic a Alemanya, el Regne Unit, Suècia i Espanya entre el 2000-2016..	160
Gràfic 44. Taxa d'atur a Alemanya, el Regne Unit, Suècia i Espanya entre el 2000-2016.....	161
Gràfic 45. Evolució del nombre de treballadors i cuidadors en el sector formal a Alemanya entre 2001-2015.....	172
Gràfic 46. Nombre total de places en equipaments residencials de CLD a Alemanya entre 2001 i 2015.....	173
Gràfic 47. Evolució del nombre total de beneficiaris de serveis a domicili i residencials a Alemanya entre 2000-2015.....	174
Gràfic 48. Evolució del nombre total de cuidadors en el sector formal de la cura domiciliària i institucional al RU entre 2000-2016.....	187
Gràfic 49. Evolució del nombre total de places residencials al Regne Unit entre 2003-2016.....	188
Gràfic 50. Evolució del nombre total de beneficiaris a Anglaterra entre 2008-09 i 2013-14..	189

Gràfic 51. Evolució del nombre de treballadors en el sector públic de CLD a Suècia entre 2000-2015.....	203
Gràfic 52. Nombre total de places públiques en centres residencials a Suècia entre 2000-2015.....	204
Gràfic 53. Evolució del nombre total de beneficiaris de serveis a domicili i residencials a Suècia entre 2000-2015.....	205
Gràfic 54. Evolució del nombre total de beneficiaris en serveis a domicili i residencials a Espanya entre 2000-2016.....	220

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1. Piràmide de la població alemanya entre 1950-2040.....	86
Figura 2. Procediment de valoració i d'accés al sistema de CLD alemany.....	98
Figura 3. Tipus de provisió en el model de CLD alemany.....	100
Figura 4. Piràmide de la població al Regne Unit entre 2014-2039.....	103
Figura 5. Procediment de valoració i d'accés al sistema de CLD anglès.....	113
Figura 6. Tipus de provisió en el model de CLD anglès.	116
Figura 7. Criteris d'accés al sistema públic de finançament al Regne Unit.....	117
Figura 8. Piràmide de la població a Suècia entre 1956-2060.....	119
Figura 9. Procediment de valoració i accés al sistema de CLD suec.....	130
Figura 10. Tipus de provisió en el model de CLD suec.....	132
Figura 11. Piràmide de la població a Espanya entre 2016-2066.....	135
Figura 12. Procediment de valoració i accés al sistema de CLD espanyol.....	147
Figura 13. Tipus de provisió en el model de CLD espanyol.....	149

CAPÍTOL 1

INTRODUCCIÓ

La centralitat dels sistemes de cures de llarga durada (d'ara endavant CLD) en els estats del benestar moderns (d'ara endavant, EB) resulta avui en dia inqüestionable. L'interès dels científics socials per l'estudi de les CLD en els últims anys rau en el fet que han esdevingut sistemes clau per al benestar social. D'ençà d'inicis dels anys noranta del segle passat, els sistemes de CLD engeguen un procés invers al de les polítiques socials clàssiques, i esdevenen un dels sectors de les polítiques socials que més s'expandeix en la majoria de països europeus (Urgerson, 1997, 2000; Pfau-Effinger, 2005; Del Pino, 2009; Ranci i Pavolini, 2015). Aquest fet s'atribueix a tot un seguit de canvis que han tingut lloc en les societats postindustrials dels últims anys. Canvis que es troben lligats a un increment de les necessitats de cura, com a conseqüència de l'envelliment de la població; a la incorporació generalitzada de les dones al mercat laboral i l'abandonament del seu rol tradicional com a cuidadores; i, als canvis en les estructures familiars i de les llars. Tots aquests factors expliquen el major nombre de persones grans vivint soles sense suports informals i el sorgiment d'una nova situació anomenada *crisi del model informal de cura o crisi de reproducció social* (Jacobzone, 1999; Daly i Lewis, 2000; Urgerson, 2005; Rodríguez Cabrero, 2009; Bettio, Simonazzi i Villa, 2011; Benería, 2011; Carrasco, Borderías, Torns, 2011; Daly, 2012). Simultàniament a l'emergència de nous *riscos socials*, esdeveniments com la *globalització econòmica* o els *problemes de pressió interna* dels països (els cicles econòmics o l'atur estructural) estan generant importants efectes adversos en els EB i els sistemes de CLD (Moreno, 2004; Taylor Goody, 2004; Ferrera, 2008; Pavolini i Ranci, 2013).

Aquesta tesi doctoral s'emmarca dintre de l'anàlisi comparada en polítiques socials europees de CLD. Els motius de l'elecció d'aquest tema han estat, per un costat, la seva rellevància actual i l'escassetat d'estudis en profunditat que analitzin les repercussions de l'última gran crisi econòmica en els sistemes de cura a escala europea des d'una perspectiva comparada. I, per un altre costat, l'interès a aprofundir en l'impacte de la crisi econòmica en altres models de cura, a banda de l'espanyol, després de la realització d'un estudi previ, on es constaten els greus efectes que la crisi va tenir en aquest model. Els **objectius principals** de la recerca són conèixer i explicar els canvis introduïts en els principals sistemes europeus de CLD (prenent com a models, els casos d'Alemanya, Anglaterra, Suècia i Espanya), a partir de l'impacte de la crisi econòmica de 2008 en els seus EB i observar quines tendències es deriven d'aquests

canvis. Si s'ha donat una contracció o una expansió de les polítiques de cura i a quins mecanismes de reestructuració responen les reformes introduïdes: remercantilització, contenció de costos, recalibració o refamiliarització. La **pregunta** a la qual es vol respondre és: ¿Explica l'impacte de la crisi econòmica en els EB dels països les reformes introduïdes en els seus sistemes de CLD?

La **primera hipòtesi** a corroborar és que: *els canvis introduïts en els sistemes de CLD dels països estudiats, tot i mantenir-hi la seva naturalesa, apunten a una tendència a les reestructuracions orientades bàsicament a la contenció de costos en la provisió de serveis i a la remercantilització i refamiliarització del sistema a través del foment de la cura en l'entorn familiar.* Hipòtesi que apunta al fet que les reformes han contribuït a una remercantilització i refamiliarització dels sistemes a través del foment de la cura en l'entorn familiar a través de la compra de serveis i la promoció i reforçament del rol tradicional de la dona com a principal curadora. I, per un altre, la **segona hipòtesi** apunta que: *la crisi econòmica del 2008 ha incrementat les contraccions en les polítiques de CLD en tots els països, sobretot en aquells en què la crisi ha tingut més impacte quant a intensitat i durada, i alhora els sistemes de protecció social tenen una menor fortalesa pel que fa als indicadors següents: menor despesa en protecció social, majors nivells de desigualtat familiar, més pobresa i un menor compromís públic en la provisió de serveis.* Entenent com a major intensitat de l'impacte de la crisi un descens més acusat del creixement econòmic, major increment dels nivells d'atur o del dèficit i deute públic, i més perllongament de la crisi en el temps. La menor fortalesa dels models de benestar s'entenen com a: menors nivells de protecció social, major desigualtat en ingressos familiars i nivells de pobresa, i un menor compromís públic en la provisió de serveis. És a dir, com més impacte de la crisi econòmica i més feblesa dels EB, majors han estat les reformes introduïdes en els sistemes de CLD.

A nivell metodològic aquesta recerca s'inscriu en la categoria d'anàlisi comparativa internacional de casos diferents (Caïs, 2002). Els casos d'estudi es corresponen amb els països següents: Anglaterra, cas representatiu del model de benestar assistencialista; Espanya, país representant del model de benestar mediterrani; Suècia, principal exponent del model de benestar universal; i, Alemanya, que constitueix un dels models clau de l'estat del benestar continental. El motiu pel qual he seleccionat aquests països és haver-los considerat models ideals dels règims de benestar segons la categorització feta per Esping-Andersen (1990). Modelització que, a pesar de les crítiques rebudes des de diferents sectors acadèmics, continua

plenament vigent en l'àmbit de l'anàlisi comparada internacional dels EB. S'ha inclòs també el cas espanyol, com a cas representatiu de l'estat del benestar mediterrani. En primer lloc, per la proximitat i el coneixement previ del model. I, en segon lloc, perquè — tot i no haver estat reconegut com a model diferenciat per aquest últim autor mencionat— sí que ho ha estat per molts altres acadèmics de rellevant prestigi provinents del sud d'Europa (Ferrera, 1996; Moreno, 2001).

La dimensió temporal de la recerca abasta el període d'esclat de la crisi econòmica des de l'any 2008 fins al 2017. Per observar l'evolució dels indicadors estadístics analitzats s'ha optat per incloure un període precrisi i postcrisi. La variable dependent de la recerca (canvis en els sistemes de CLD) integra quatre dimensions d'anàlisi: naturalesa i principis del sistema; procediment d'accés i reconeixement del dret; provisió de serveis i prestacions; i organització, gestió i finançament. Les variables i indicadors triats per explicar les reformes (variables independents) han estat: la fortalesa dels models de benestar (despesa en protecció social, desigualtat d'ingressos familiars, nivell de pobresa i provisió de serveis públics) i l'impacte de la crisi econòmica i financera del 2008 (variació anual del PIB, evolució del dèficit i deute públic, i taxa d'atur).

L'estratègia metodològica té una naturalesa mixta, és a dir, combina tècniques quantitatives i qualitatives, utilitzant dades estadístiques i dades qualitatives primàries i secundàries. Una gran part de les dades estadístiques utilitzades s'han obtingut a través de l'explotació de les bases de dades estandarditzades de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (d'ara endavant OCDE). I, en menor mesura, de les bases de dades dels serveis nacionals d'estadística dels països estudiats. Això ve motivat per les dificultats a trobar indicadors estandarditzats que permetessin l'anàlisi comparada entre països. Els indicadors s'han emprat bàsicament per a l'estudi comparat sobre la fortalesa dels models de benestar, l'impacte de la crisi econòmica i la provisió dels serveis de CLD en els països. En l'obtenció de les dades qualitatives primàries s'ha fet servir la tècnica de l'entrevista semiestructurada a informants clau. Aquestes entrevistes, dirigides a professionals (tècnics, gestors i experts en l'àmbit de les CLD), es van dur a terme en diferents territoris dels quatre països analitzats durant gairebé tot l'any 2017. Els contactes amb professionals i institucions es van veure afavorits pel suport obtingut en les meves estades com a investigadora visitant a la London School of Economics and Political Science i a la Stokcolm University. Quant a la tècnica d'observació documental de fonts secundàries (com s'aprecia a la taula 6 del quart capítol),

s'han fet servir documents i textos legals, i literatura especialitzada sobre CLD en format paper i digital. Finalment, per a l'anàlisi de la informació, s'ha utilitzat bàsicament la tècnica d'anàlisi de contingut, que consisteix en la classificació, codificació i anàlisi de la informació recollida, que s'ha estructurat en tres nivells d'anàlisi: en el primer nivell s'analitzen els canvis en la provisió dels serveis de CLD; en el segon es revisen els canvis legislatius en els sistemes de CLD; i en el tercer nivell es recull la percepció dels entrevistats en relació als canvis i els factors explicatius.

La recerca s'ha estructurat en vuit capítols i tres apartats addicionals dedicats a la memòria en anglès per a l'obtenció del títol de doctora amb menció europea, la bibliografia i els annexos. A l'inici també hi consten un apartat d'agraïments i un índex de taules, figures i gràfics. En aquest primer capítol, de caràcter introductor, es fa una breu presentació de l'objecte d'estudi, la rellevància actual de les polítiques socials de cura per als EB, la justificació dels casos, la metodologia emprada i l'estructura de la tesi. El segon i tercer capítols constitueixen el marc teòric i analític de la recerca. El segon capítol consta de tres subapartats: en el primer, de caràcter teòric-conceptual, es revisa la literatura especialitzada i es defineixen termes com el de *cura*, *discapacitat*, *dependència* i *cura de llarga durada*. En aquest primer subapartat es clarifiquen les confusions terminològiques i conceptuals a les quals poden incórrer els termes utilitzats i s'estableixen les principals similituds i diferències entre ells. S'explica l'evolució i transformació del concepte de cura (*care*) i cura social (*social care*), i es defineixen les CLD; situant-les en el marc de les polítiques de dependència a escala internacional. En el segon subapartat, es contextualitzen els aspectes relacionats amb els EB i les polítiques socials, els models de benestar i el debat actual al seu voltant. Es dona una visió general dels EB com a marc conceptual fonamental on s'insereixen les polítiques de CLD. En el tercer i últim subapartat del segon capítol, es contextualitzen i defineixen les polítiques de cura en el marc europeu i es fa una aportació teòrica dels principals elements i actors que integren aquestes polítiques, diferenciant-hi dos grans sectors de provisió (el formal i l'informal) i els principals aspectes teòrics emprats en els diferents règims de CLD europeus.

En el tercer capítol es du a terme una revisió exhaustiva de la literatura especialitzada sobre les reformes en les polítiques socials, les CLD i les teories explicatives que donen suport a les transformacions i canvis en els EB. El capítol s'ha estructurat en tres grans subapartats. El primer subapartat versa sobre els tipus de canvi en els EB a partir de les tesis de Pierson i Hall, i els principals paradigmes teòrics que han guiat la recerca en l'evolució i les transformacions

dels EB. El segon subapartat arreplega un recull d'estudis sobre les reformes en els sistemes de CLD elaborats per alguns dels autors més rellevants en el panorama nacional i internacional dels últims anys. Finalment, en el tercer subapartat, s'aborda l'impacte de la crisi econòmica en les polítiques socials i els sistemes de CLD. El quart capítol està dedicat a descriure i explicar la metodologia i tècniques que orienten el treball de recerca. Està dividit en quatre subapartats. El primer subapartat descriu els objectius, la pregunta d'investigació i les dues hipòtesis plantejades. El segon, aporta les estratègies metodològiques i l'operativització de les dimensions, les categories i indicadors analitzats. En el tercer s'expliquen les tècniques emprades. Finalment, el quart apartat, concreta l'àmbit d'estudi i els perfils dels participants de les entrevistes realitzades.

El cinquè i sisè capítols representen el treball empíric de la tesi. Aquests dos capítols s'orienten a l'acompliment dels objectius, a contestar la pregunta d'investigació i a provar les hipòtesis de la recerca. L'objectiu principal del cinquè capítol és crear un marc analític que permeti contrastar les hipòtesis i explicar les reformes en els sistemes de CLD europeus a la llum de l'impacte de la crisi econòmica de 2008 en els EB dels països. Per tal d'assolir aquest objectiu, el capítol s'ha estructurat en cinc subapartats, que es corresponen amb cadascun dels casos o països, i un subapartat final dedicat a les conclusions. En cada subapartat s'analitzen les tendències demogràfiques i l'estructura de la població; la fortalesa del sistema de benestar; l'impacte de la crisi econòmica; i els models de CLD dels països. El sisè capítol conté el treball de camp de la recerca. L'anàlisi de la informació en aquest capítol s'ha estructurat en tres nivells. En el primer nivell d'anàlisi, s'analitzen l'evolució i variació del nombre de treballadors en el sector formal de les CLD, el nombre de beneficiaris de serveis i de places residencials finançades públicament. El segon nivell d'anàlisi, de naturalesa teòrica i bàsicament qualitativa, revisa els canvis legislatius i normatius, seguint les dimensions d'anàlisi descrites en l'apartat metodològic. El tercer nivell, també de caràcter qualitatiu, ofereix la visió dels professionals entrevistats sobre l'impacte social i institucional de la crisi i els factors que hi han incidit.

El setè capítol, d'anàlisi i discussió, està dedicat a la interpretació dels resultats des d'una perspectiva comparada. En aquest capítol s'analitzen els canvis i les tendències de canvi a partir de la informació obtinguda, es discuteixen les hipòtesis i es contesta a la pregunta d'investigació. El vuitè capítol està dedicat a les conclusions. Finalment, el primer apartat addicional es correspon a una memòria de la recerca en llengua anglesa per a l'obtenció del

títol de doctora internacional. I en el segon i tercer apartat trobem les referències bibliogràfiques i els annexos, respectivament. Aquests annexos contenen els models dels qüestionaris utilitzats en les entrevistes, les cartes de presentació i les transcripcions de les entrevistes fetes als participants de la recerca.

CAPÍTOL 2

CONCEPTUALITZACIÓ DE LES CURES I DELS ESTATS DE BENESTAR

L'objectiu d'aquest segon capítol és definir els conceptes fonamentals al voltant de la cura, els sistemes o polítiques de CLD i dels EB. L'interès per dotar d'un significat específic i acurat els termes relacionats amb la cura i alhora holístic dels EB respon al fet que les CLD no tenen un funcionament aïllat al dels EB. Els sistemes de CLD formen part integrant de la política social dels països. Es troben inserides en els diferents models o règims de benestar configurant sistemes amb dinàmiques pròpies que són un reflex del model de benestar subjacent en cada país. Així doncs, i a fi d'assolir aquest objectiu, el capítol s'ha estructurat en tres grans subapartats. En el primer es defineixen els conceptes bàsics relacionats amb la cura i les CLD, i s'analitzen les interrelacions entre els constructes *discapacitat* i *dependència*. En el segon subapartat del capítol s'aporta una visió general dels fonaments teòrics de les polítiques socials i dels models europeus de benestar social. En darrer terme, es presenten i defineixen els principals elements que integren les polítiques de CLD. I, s'aporta, a partir de la visió d'alguns autors de referència, un recull dels models o tipologies de CLD en el context europeu.

2.1. Conceptes teòrics clau

2.1.1. la cura (*care*) i la cura social (*social care*) com a categoria d'anàlisi

L'estudi de la cura (*care*) es va iniciar a partir dels anys setanta del segle passat de la mà de les teòriques feministes britàniques sota una forta càrrega reivindicativa en qüestions de gènere al voltant de la vida quotidiana i de la reproducció social (Carrasco, Borderías i Torns 2011). Hi ha dos grans corrents teòrics en l'estudi de la cura: l'un, centrat en l'esfera íntima i privada i, l'altre, que aborda l'estudi dels serveis i les prestacions associats als EB (Daly i Lewis, 2000). En un principi, els estudis de la cura analitzen el treball reproductiu —treball exclòs del món laboral assalariat ocupat majoritàriament pels homes caps de família o sustentadors (*male-breadwinner*)— i la dona curadora mestressa de casa (*female-caregiver*). En aquesta primera etapa, l'estudi de la cura se centra bàsicament en la relació entre treball reproductiu i gènere; és a dir, aquelles activitats dutes a terme per les dones en els serveis domèstics i personals dintre dels vincles matrimonials i de parentiu. Relacions que engloben tant els aspectes emocionals de la cura com els de caràcter material: les tasques domèstiques, l'alimentació i la criança dels fills, la cura dels malalts i les persones amb discapacitat, entre

molts altres. Amb el pas del temps, i els canvis en l'organització social del treball i de la família, la cura ha anat adquirint un lloc central en les polítiques socials. Aquests canvis han contribuït a una evolució del significat de *cura* i al fet que esdevingués finalment una categoria d'anàlisi en els EB (Daly i Lewis, 2000; Carrasco, Borderías i Torns 2011).

Daly (2012) afirma que els estudis sobre la cura abasten dues dimensions fonamentals: la micro i la macro. El nivell micro és aquell relacionat amb els aspectes més íntims i emocionals (Waerness, 1984; Lewis i Meredith, 1988; Graham, 1991; Tothomas, 1993). En canvi, la dimensió macro s'associa a l'estudi dels serveis socials i a les polítiques dels EB. Estudi que abasta les cures remunerades i no remunerades; públiques i privades; les prestacions monetàries i serveis; i les prestacions contractuals o no contractuals. A més, integra una economia mixta de provisió formada per l'estat, el mercat, la família i el sector del voluntariat (Daly i Lewis, 2000; Bettio i Plantenga, 2004; Pfau-Effinger, 2005; Daly, 2012). La gran aportació de Daly i Lewis (2000) consisteix a dir que aquestes teòriques desenvolupen la categoria *social care* com a instrument analític on la cura passa a ser estudiada en relació amb els EB. Des d'aquesta perspectiva, les autores defineixen *social care* com el conjunt d'activitats i relacions dirigides a satisfer les necessitats físiques i emocionals —d'infants i adults dependents— dintre dels marcs normatius i econòmics on es desenvolupen, en concordança a les seves dimensions socials, econòmiques i polítiques.

2.1.2. Discapacitat i dependència

El concepte de *cura social* es troba intrínsecament lligat a les situacions de dependència i a la discapacitat. En els últims anys, els avenços en el terme *discapacitat* s'han adreçat majoritàriament a millorar-ne la nomenclatura, amb el propòsit de reduir-ne les seves connotacions negatives, i a intentar posar l'accent en les capacitats més que en els hàndicaps dels afectats. Això ha fet que s'hagi produït una transició cap a l'ús de vocables més afins i menys estigmatitzants com són els termes *persones amb discapacitat*, *persones amb discapacitat funcional*, *persones amb mobilitat reduïda*, *persones amb necessitats especials* o *persones amb diversitat funcional* (Egea i Sarabia, 2001; Casado, 2011). La primera classificació sobre la discapacitat, anomenada Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalidesa (d'ara endavant CIDDM), va ser elaborada per l'Organització Mundial de la Salut (1980). La CIDDM distingeix tres components fonamentals a l'hora de definir la discapacitat: la deficiència, que és la pèrdua o funcionament deficitari d'una estructura o funció psicològica, fisiològica o anatòmica; la discapacitat, que són aquelles

limitacions produïdes per una deficiència en la capacitat per dur a terme les activitats considerades normals en un determinat context social; i la minusvalidesa, que suposa la situació de desavantatge d'un individu, a conseqüència d'una deficiència o discapacitat, que impedeix el normal funcionament de l'individu en funció de la seva edat, el sexe i els factors socials i culturals. Posteriorment, a partir de la revisió de la CDDIM, l'OMS elabora la Classificació Internacional del Funcionament, la Discapacitat i la Salut (d'ara endavant CIF). L'objectiu d'aquesta nova classificació és crear un marc conceptual comú i establir una definició integral del funcionament que faci esment tant als aspectes físics i les funcions corporals com a les activitats i la participació social. Des d'aquest punt de vista, la discapacitat englobaria les deficiències i limitacions en l'activitat i en la participació, i també els factors ambientals que hi intervenen. Aporta, per tant, una visió biopsicosocial de la discapacitat i una major complexitat que emfatitza els elements positius i no estigmatitzats (OMS, 2001).

Si bé és cert que els termes discapacitat i dependència sovint van units, també ho és que no signifiquen ben bé el mateix. No totes les discapacitats han de generar dependència, però aquesta última adquireix més rellevància en persones que pateixen discapacitats amb graus elevats d'afectació. En abordar el significat de *dependència* topem amb una paraula polisèmica i, per tant, amb una àmplia varietat de significats, com poden ser 'dependència emocional', 'dependència a les drogues', 'dependència econòmica', 'dependència física', 'dependència psíquica', etc. En relació amb les situacions de dependència i discapacitat, la Reial Acadèmia de la Llengua Espanyola (2001) defineix la dependència com: «*La situació d'una persona que no pot valdre's per ella mateixa*».

De forma més específica, el Comitè de Ministres del Consell d'Europa (1998) assenyala:

La dependència és un estat en què es troben les persones que per raons lligades a la manca o la pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual tenen necessitat d'assistència i/o ajudes importants en la realització dels actes essencials de la vida diària (Annex de les Recomanacions del Comitè de Ministres Núm. R (98) 9).

Les recomanacions del Comitè del Consell d'Europa també fan referència a l'abast de la dependència, afegint que:

La dependència pot afectar qualsevol sector de la població i no només les persones grans. Si bé és cert que la dependència tendeix a augmentar amb l'edat, i que la vellesa es caracteritza per estar associada freqüentment a múltiples problemes de salut, l'edat no

és l'únic criteri causant d'aquest estat (Annex de les Recomanacions del Comitè de Ministres Núm. R(98) 9).

Com s'ha fet palès, els conceptes de dependència i discapacitat, tot i no ser sinònims, són força complementaris. Les situacions de dependència serien el resultat d'una o diverses discapacitats que implicarien la necessitat de suports continuats en la realització de les activitats de la vida diària (d'ara endavant AVD) com poden ser alimentar-se, vestir-se, rentar-se, desplaçar-se o anar a comprar, entre d'altres. A més, aquesta situació pot afectar persones de qualsevol edat; tot i així, el col·lectiu majoritari de persones dependents està integrat per persones d'edat avançada que pateixen malalties cròniques invalidants.

2.1.3. Les cures de llarga durada (CLD), la dependència i l'envelliment

L'altre concepte fonamental en aquesta recerca és el de cures de llarga durada (*long-term care*). Colombo, Llena-Nozal, Mercier i Tjadens (2011) defineixen les CLD com:

La cura de les persones que necessiten suport en múltiples facetes de la vida durant un període perllongat de temps. Normalment, això fa referència a l'ajuda en les anomenades activitats habituals de la vida diària (AVD), com ara banyar-se, vestir-se, i entrar i sortir del llit, que sovint són dutes a terme per familiars, amics i cuidadors poc qualificats o infermers (p. 39).

Segons la definició anterior, les CLD no s'entenen com a quelcom puntual. Tenen a veure amb les situacions que requereixen suports continuats en la realització de les AVD durant un període perllongat de temps i que són proveïts majoritàriament per familiars, amics, cuidadors o personal sanitari. Tanmateix, tot i que una situació de dependència pot donar-se a qualsevol edat o etapa vital, són les persones grans les que requereixen i requeriran més suports en un futur immediat, atès que l'origen de la dependència es troba directament associat al patiment de malalties cròniques invalidants o a la pèrdua general de les funcions fisiològiques característic del procés d'envelliment. En el primer cas, la incapacitat o situació de dependència deriva de processos crònics associats a malalties com les demències, artritis, osteoporosis, etc. Mentre que, en el segon cas, la dependència va lligada a la pèrdua de vitalitat dels organismes vius a causa de l'edat (Casado i López Casanovas, 2001).

Per concloure aquest apartat es pot afirmar que el concepte de cura (*care*) té a veure amb l'atenció a les persones en els aspectes relacionals i de la vida quotidiana, tant des del vessant

emocional com material, proveïda normalment en l'esfera íntima i privada. Si aquest concepte s'empra prenent en consideració les seves implicacions polítiques, econòmiques i socials, es transforma en cura social (*social care*), en traspasar el llindar de l'esfera privada per situar-se en l'àmbit públic. Així doncs, d'ara endavant i al llarg d'aquest treball es faran servir indistintament els termes *cura* i *cura social* en el sentit que fa referència a la dimensió política, econòmica i social de la cura, la qual engloba tots els aspectes descrits anteriorment. També s'utilitzaran indistintament les dimensions *polítiques de CLD*, *polítiques de dependència* o *sistemes de CLD* per fer referència a tots aquells mecanismes polítics i institucionals posats a l'abast de les persones amb situació de dependència per donar-los-hi suport i promocionar la seva autonomia personal i integració social.

2.2. Els models de benestar social a Europa: antecedents i fonaments teòrics

Un dels principals trets distintius de les democràcies occidentals és haver desenvolupat sistemes de benestar en què els estats participen activament en la promoció de la igualtat, la cohesió social i la protecció dels principals riscos vitals. Els EB representen esquemes de protecció social adreçat a protegir els ciutadans enfront els principals riscos socials (Arriba i Moreno, 2009). Així i tot, els models de benestar no són uniformes, ni en la seva configuració ni en el ritme cronològic de la institucionalització de les seves polítiques socials. Els orígens dels EB moderns a Europa es remunten al segle XIX; però no és fins després de la Segona Guerra Mundial que s'expandeixen esquemes universals de protecció social arreu d'Europa (Rodríguez Cabrero, 2011). El naixement dels EB es troba vinculat a *l'Estat Social de la República de Weimar i Bismarck*, a Alemanya; i a *l'Informe Beveridge*, a Anglaterra, país on s'imprimeix per primera vegada el terme *estat del benestar* (*Welfare State* en nomenclatura anglesa). Això fa que els sistemes de Bismarck i Beveridge es considerin referents dels actuals EB (Österle, 2009).

Als inicis, les polítiques socials estaven associades als principis de la teoria econòmica keynesiana anomenada *keynesianisme*. La base ideològica de la teoria de Keynes se situa en la promoció de la participació activa de l'Estat en l'economia i en la garantia d'uns nivells mínims de cobertura de serveis i de protecció a través de les polítiques socials (Montagut 2000). En la mateixa línia argumental, les *polítiques socials públiques* són considerades per alguns autors, instruments governamentals orientats a tenir una repercussió directa en el benestar dels ciutadans, mitjançant la provisió de serveis i ingressos en àmbits com la sanitat

i la salut, la seguretat social, l'educació, el treball, l'habitatge o els serveis socials. Les polítiques socials possibiliten, segons aquest autor, comunitats més cohesionades i un enriquiment de la vida dels individus. Tot i que no eviten la reproducció de les desigualtats socials, procuren un major anivellament de recursos entre classes i fan possible que els ciutadans tinguin els mateixos drets en el desenvolupament de les seves potencialitats (Marshall, 1965; Marshall i Baltimore, 1998).

A partir de la Segona Guerra Mundial (1945) i fins al 1970, època daurada dels EB, en gairebé tots els països europeus es desenvolupen extensos programes que inclouen amplis sectors de població i s'assoleixen nivells significatius de despesa pública en protecció social. És a partir de 1970, i els anys noranta del segle XX, que s'obre un debat sobre la viabilitat dels EB. El discurs principal en aquesta nova etapa versa sobre la viabilitat futura dels EB i es comença a parlar de «crisi dels EB». S'inicia així un canvi de tendència en la implementació de polítiques socials. Les noves realitats sociopolítiques i econòmiques posen l'accent en termes com la reestructuració dels EB o, fins i tot, en el seu desmantellament progressiu (Pierson, 2001; Antón, 2009; Clayton i Pontusson, 1998). En un intent de trobar un fil conductor a aquest procés, alguns autors encunyen el vocable *edats del benestar* per referir-se a l'evolució dels EB durant el segle XX (Taylor-Gooby, 2002; Moreno, 2013; Moreno, Del Pino, Marí-Klose, Moreno Fuentes, 2014). L'etapa entre 1945 i 1975 —*edat d'or* dels EB— es correspon amb el període de màxim apogeu del capitalisme de benestar europeu, també anomenada els *trenta anys gloriosos*. L'*edat de plata*, terme designat per Taylor-Gooby (2002), comprèn el període entre 1975-2007 i també és coneguda com d'*austeritat permanent* (Pierson, 1996, 1998, 2001; Levy, 1999; Ferrera, 2008). Alguns autors han assenyalat l'*edat de plata* com el període que cristal·litza l'anomenat *welfare mix*. Etapa caracteritzada pels reajustaments de les polítiques socials públiques i la introducció del sector privat i tercer sector social en la provisió. L'*edat de bronze* s'iniciaria amb l'arribada de la crisi econòmica del 2007. Aquesta última fase es trobaria marcada per una forta desestabilització de l'economia europea i mundial, i l'increment de les pressions cap al desmantellament i la transformació dels sistemes de protecció, sobretot en els països del sud d'Europa (Moreno et al., 2014).

2.2.1. Models de benestar

Classificar i definir els EB europeus ha estat un dels objectes d'estudi centrals en la recerca comparada. Els autors que han abordat el tema ho han fet des de perspectives tan diverses com ara els objectius de les polítiques socials, les línies històriques de desenvolupament, la despesa en protecció social dels països, el paper dels actors, l'avaluació de resultats o les convergències i divergències entre models econòmics i polítics. Els treballs pioners sobre la definició i categorització dels EB els trobem en autors clàssics com Marshal (1950), Titmus (1974) o Wilensky (1975). Aquests autors proposen diferents models de benestar: el model residual, el d'assoliment personal o l'institucional redistributiu.

La classificació més influent de les últimes dècades quant als EB arriba de la mà del sociòleg danès Gösta Esping-Andersen (1990). En una de les seves obres cabdals, titulada *Los Tres Mundos del Estado del Bienestar*, l'autor distingeix tres règims de benestar sustentats en criteris diferenciats: el primer criteri es fonamenta en la importància que el règim concedeix a les institucions de l'estat i al mercat en la provisió de benestar; el segon es basa en l'abast dels drets socials atorgats per l'estat a l'individu, criteri que inclou el concepte de *desmercantilització*; i el tercer criteri se centra en el concepte d'*estratificació*, el qual té a veure amb els efectes de la intervenció pública en la configuració de la desigualtat i la distribució dels béns valorats socialment. Basant-se en això, Esping-Andersen (1990) identifica tres règims de benestar: el *continental o conservador*, que vincula la protecció social a les categories ocupacionals de la Seguretat Social; el *liberal o anglosaxó*, centrat en la lluita contra la pobresa a través de prestacions residuals i la mercantilització del benestar; i el *model nòrdic o socialdemòcrata* sustentat en la provisió igualitària de serveis públics i universals. Per a Esping-Andersen, el *règim liberal* de benestar es correspon amb un conjunt de països fortament influenciat pel liberalisme econòmic i la plena confiança en el mercat. Aquest model es caracteritzaria pels baixos nivells de desmercantilització; el predomini de programes de caràcter assistencialista, fonamentats en una estricta comprovació de la capacitat econòmica dels demandants, i una clara subsidiarietat del sector públic cap al privat. Els països europeus més representatius d'aquest model són Irlanda i el Regne Unit. En segon lloc, el *règim conservador* presenta nivells moderats de desmercantilització i es caracteritza per una estructura laboral corporativista en la qual l'accés a les prestacions depèn del nivell d'ingressos i de la vinculació dels individus al mercat laboral. En aquest sistema la família tradicional juga un paper central en la provisió de benestar. L'Estat només intervé en situacions d'absència o manca de família (principi de subsidiarietat). És l'individu qui ha de guanyar-se el dret a la protecció i el que no ho aconsegueix és desplaçat a la xarxa subsidiària

familiar. Els països més representatius d'aquest model són els països de l'Europa central i occidental, entre ells Alemanya, França i Àustria. Finalment, el *règim socialdemòcrata* s'ha distingit històricament per mantenir alts nivells de desmercantilització i d'universalització en serveis i prestacions. L'accés als drets socials es regeix pel *principi de ciutadania*. En aquest model s'han socialitzat els costos i riscos familiars. Les polítiques tenen un doble efecte: d'una banda cerquen crear ocupació mitjançant la prestació de serveis socials públics centrats en l'ocupació femenina i, d'una altra banda, persegueixen dotar a les famílies de serveis socials que els permetin compatibilitzar el treball remunerat i domèstic. Els països més representatius d'aquest model pertanyen al nord d'Europa, entre els quals Suècia n'ocupa el lloc central.

Per un altre costat, autors com Ferrera (1996) o Moreno i Sarasa (1992) defensen les peculiaritats d'un quart model de benestar que anomenen *mediterrani, familiarista o via mitjana* (Moreno, 2001), integrat pels països del sud d'Europa: Grècia, Espanya, Itàlia i Portugal. El *model mediterrani* té algunes similituds amb els models anteriors i alhora diferències significatives. Alguns dels trets característics dels països que integren aquest model són: industrialització i desenvolupament econòmic tardà; fortes disparitats en les estructures ocupacionals; llargs períodes d'autoritarisme polític, radicalismes i antagonismes culturals; i una marcada presència de l'església catòlica (Ferrera, 1996; Montagut, 2000). En aquest model, la protecció social derivada del treball segueix el model corporativista. És a dir, el grau de protecció depèn de la vinculació laboral i les cotitzacions a la Seguretat Social. La sanitat (fins a l'any 2012) i l'educació (en l'etapa obligatòria) segueixen el model socialdemòcrata, i els serveis socials tenen un caire assistencialista (exceptuant la Llei de la dependència de dret subjectiu i universal). En el model de provisió coexisteixen el sector públic i el privat, amb un predomini del sector privat en alguns àmbits de cobertura. Tot això configura un sistema mixt de cobertura sanitària, una baixa desmercantilització i un desplaçament de la càrrega i la responsabilitat de la cura envers la família, específicament, la dona. El desenvolupament més tardà del model mediterrani també ha propiciat que hagi tingut històricament una despesa social significativament inferior a la de la majoria de països de la Unió Europea. Amb l'excepció dels països del bloc de l'Europa de l'Est, recentment incorporats a la Unió Europea, i que no s'han inclòs en aquesta recerca.

2.2.2. Debat actual sobre la crisi de l'estat del benestar

A pesar del gran desenvolupament protagonitzat pels EB d'ençà de l'època de la postguerra en endavant, la viabilitat dels EB comença a qüestionar-se a partir de la segona meitat de 1970.

Des del punt de vista teòric s'han apuntat diversos factors explicatius. Muñoz de Bustillo (2000) assenyala que un dels principals elements a tenir en compte en la *crisi de l'estat del benestar* és la fi del consens keynesià. L'autor argumenta que a partir de 1970 el retorn a les teories econòmiques liberals genera una pèrdua d'adhesió a les intervencions de l'estat i en conseqüència importants contraccions en la despesa pública en polítiques socials. Tendència que s'incrementarà els anys següents. Altres tesis explicatives apuntades per l'autor són: (a) els efectes perversos del finançament i les incoherències en el funcionament de l'aparell estatal; (b) la introducció de noves possibilitats mercantilistes en la provisió de serveis; (c) els canvis demogràfics amb el progressiu envelliment de la població i els canvis en les estructures familiars; (d) els canvis en el funcionament del mercat de treball; (e) la globalització de l'economia; (f) i l'augment i manteniment de les taxes d'atur en els últims anys.

Des del punt de vista de les polítiques europees d'ocupació, Martín (2008) analitza la introducció del concepte d'*activació* a partir de l'*Estratègia de Lisboa 2000*. El projecte de Lisboa, segons Martín, no ha arribat mai a assolir un grau suficient de cohesió i maduresa perquè s'ha construït més com a model econòmic que social. Pel fet d'haver tingut com a finalitat última la creació de llocs de treball de baixa qualificació, l'abaratiment de la contractació i la potenciació de nous sectors intensius de treball (*jaciments d'ocupació*) en un intent desesperat d'augmentar l'ocupabilitat. Des del punt de vista de l'autor, la Unió Europea no ha estat capaç de potenciar el creixement econòmic i la pressió fiscal suficient per mantenir el model de benestar. Aquesta incapacitat ha motivat la implementació d'estratègies en matèria d'ocupació orientades a la provisió de serveis públics a baix cost i l'establiment en alguns països d'un vincle entre flexibilitat laboral i seguretat (*flexiseguretat*).

Entre els autors que donen suport a la tesi de la resistència i la reestructuració dels EB més que a la del seu desmantellament, Pierson (2001) defensa la resistència dels EB malgrat les tensions entre globalització, envelliment de la població i pressions econòmiques. L'autor adverteix de la situació d'*austeritat permanent* sense perspectiva de canvi a curt termini i aporta tres dimensions causals en els processos de reestructuració dels sistemes: el de *remercantilització* o augment de la participació del sector privat mercantil en la provisió de benestar; el de la *contenció de costos* o *contracció de la despesa* en serveis i prestacions, que implica la reducció dels EB; i el de *recalibració* dels sistemes o adequació dels programes als seus objectius. Segons Pierson, l'estratègia continuada i persistent de reestructuració dels EB es fonamenta en canvis qualitius orientats a: (a) una menor intensitat protectora; (b) una

major diferenciació i privatització del sector públic; (c) un desplaçament de la responsabilitat col·lectiva vers la individual; (d) un augment de la competitivitat; (e) i una restricció en la titularitat dels drets socials en una doble dinàmica de continuïtat i de canvi amb diferents intensitats segons models i països. Antón (2009) també assenyala que resulta més adient parlar de reestructuració dels EB que de desmantellament. Per a aquest últim autor, els límits dels EB en la seva funció protectora i redistributiva no són econòmics sinó de caràcter polític i ideològic. Antón adverteix dels perills d'infravalorar les transformacions que estan patint els EB, a partir de la introducció de noves fórmules centrades en la competitivitat i la inversió (*estat inversor*), dirigides a desplaçar la responsabilitat col·lectiva cap a l'individu a través del ressorgiment de valors neoliberals com l'autosuficiència (Clasen i Clegg, 2007).

Des d'una perspectiva similar a l'anterior. Moreno i Palier (2005) posen de manifest que en els països de la Unió Europea s'ha posat en marxa una nova estratègia política que està donant pas a una governança amb la lògica del lliure mercat en què les polítiques de benestar s'han hagut d'adaptar a les demandes de desregulació i flexibilitat laboral. Les reformes en les polítiques socials dutes a terme en els últims anys han estat justificades per molts governs com a necessàries per poder adaptar-se als criteris de Maastricht. Per als autors, els riscos se centren principalment en l'augment de l'exclusió social dels treballadors amb baixos nivells de formació; l'expansió dels serveis privats; la desregulació dels serveis públics; i la participació de la dona en el mercat laboral, causa aquesta última d'una desatenció en la cura vers les persones grans.

Pel que fa a l'estudi de l'impacte de les crisis econòmiques en els EB segons les estructures institucionals, Starke (2008) fa una anàlisi comparada dels canvis introduïts en els últims trenta anys en tres països amb diferents models de benestar: Alemanya, el Regne Unit i Suècia. En l'estudi l'autor conclou que les crisis econòmiques tenen un impacte diferenciat segons sigui el seu disseny institucional de benestar. És a dir, mentre en alguns casos es produeixen fortes contraccions o gairebé el desmantellament dels sistemes (cas anglosaxó), en d'altres només es produeixen reestructuracions (cas de Suècia). Hemerijck (2012) i Morel, Palier i Palme (2012) van vaticinar les profundes repercussions que la crisi econòmica i financera de 2008 ha tingut en els EB. Segons Hemerijck, l'augment dels dèficits fiscals i el deute públic a nivells mai vistos des de la Segona Guerra Mundial han obligat els estats a frenar els compromisos socials amb la finalitat de mantenir l'estabilitat econòmica i pressupostària. Això ha provocat que els EB siguin força diferents als de l'època en què es van posar en marxa

les idees d'inversió social de Giddens, Esping-Andersen o Delors difoses per l'OCDE i la Unió Europea.

2.3. Polítiques de cures de llarga durada en el marc europeu

A Europa, a excepció de Suècia —i a diferència del que succeeix en altres àmbits de les polítiques socials clàssiques (educació, sanitat o pensions)—, no hi ha una tradició consolidada en polítiques de CLD. Històricament, els estats europeus han assumit un paper residual en l'atenció a la cura, limitant la seva intervenció a situacions greus o a l'absència total de suport social i familiar. De fet, en el model de família tradicional era la dona qui es feia càrrec de l'atenció als infants, les persones amb discapacitats o les persones dependents (Rodríguez Cabrero, 2011). Des de l'àmbit feminista, les teories de la *crisi del model informal de cura o de reproducció social* aborden l'estudi i l'evolució de les necessitats de cura en un context de canvis demogràfics, econòmics i socials marcat pel sorgiment de noves necessitats i de la reducció de suports informals en societats cada cop més envellides (Jacobzone, 1999; Daly i Lewis, 2000; Ungerson, 2005). En els últims anys, l'augment de l'esperança de vida i el progressiu envelliment de la població ha derivat en un augment del nombre de persones grans afectades per malalties cròniques invalidants que requereixen atenció continuada. A més, els canvis en les estructures de les llars han incrementat considerablement el nombre de persones que viuen soles i sense suports informals. En contra de tot això, s'evidencia una reducció dels suports informals resultat de la millora del nivell formatiu de les dones i de la seva incorporació al mercat laboral, cosa que explica que moltes dones no puguin o vulguin assumir per més temps el rol de cuidadores (Carrasquer, Torns, Tejero i Romero, 1998; Daly i Lewis, 2000; Daly, 2012).

Les primeres reivindicacions socials adreçades a la institucionalització de la cura en les situacions de dependència sorgeixen en els països del nord d'Europa a finals de 1970, com a conseqüència de les demandes de llibertat aclamades per les dones en un context encara incipient d'envelliment demogràfic. Dues dècades després, les pressions demogràfiques aconseguen reobrir el debat de com afrontar les necessitats de cura i incloure-les en l'agenda política dels EB. S'inicia així un camí vers la socialització del risc de dependència en molts dels països europeus (Hantrais, 1999). És evident que les polítiques de CLD han seguit un procés invers a les polítiques socials clàssiques (Ungerson, 1997, 2000; Ranci i Pavolini, 2015). Contràriament a les retallades, a partir dels anys noranta del segle passat, en gairebé tots els països europeus i àmbits de les polítiques socials, les polítiques de CLD han

estat un dels escassos sectors que més s'han expandit, considerant les variacions entre països (Del Pino, 2009; Moreno, 2009; Rodríguez, 2011). Però, tal com es veurà en l'apartat següent, tot i les similituds entre països, resultants dels canvis socials i tecnològics, i les pràctiques institucionals compartides dintre l'espai europeu en les últimes dècades (Taylor-Gooby, 2004; Bonoli, 2005; Rodríguez Cabrero, 2009), les polítiques de CLD a Europa presenten importants diferències en intensitat, tipus de provisió, dissenys institucionals i diversificació de programes segons els països i els models de benestar (Rodríguez Cabrero, 2007; Moreno i Serrano, 2009).

2.3.1. Formes de provisió i organització de les cures de llarga durada

L'estudi de la cura social presenta una elevada complexitat, en incloure un extens repertori d'actors, formes de finançament, nivells competencials i desplegament de recursos (Bettio-Plantenga, 2004). Anttonen i Sipilä (2005), a partir del marc analític del *welfare mix*, distingeixen els tipus de proveïdors següents: (a) les cures informals, que poden tenir com a destinataris els membres de la llar, la família extensa, els amics i els veïns, i que, alhora, són dispensades amb retribució econòmica o sense; (b) el sector del voluntariat i el treball benèfic, en què la cura es duta a terme per organitzacions voluntàries caritatives de l'església o de la comunitat i per voluntaris sense cap mena de retribució econòmica (segons els països); (c) les organitzacions de benestar i les organitzacions no governamentals (d'ara endavant ONG), que inclouen proveïdors que operen a través d'una relació contractual professional, semiprofessional, remunerada o semiremunerada amb un vincle consumidor-client; (d) els productors comercials de serveis, companyies o treballadors independents encarregats de proveir la cura mitjançant professionals qualificats o no qualificats en el marc d'una relació també contractual consumidor-client; (e) i, finalment, el sector públic o estatal on els serveis són proveïts pels governs i entitats subcontractades mitjançant treballadors professionals o semiprofessionals remunerats, i en què la cura té com a principals destinataris els ciutadans sustentadors dels drets establerts pel sistema.

Per a Daly (2012), les polítiques de cura travessen cinc àrees de la política social: la familiar, la laboral, l'educativa, la sanitària i la impositiva o de redistribució dels ingressos. A la vegada que hi ha tres grans tipus de provisió: (a) el finançament directe, a través de pagaments de prestacions en efectiu o mitjançant desgravacions fiscals, i el finançament indirecte, que consisteix en el cobrament de subvencions que poden tenir com a destinataris les persones cuidadores, la persona dependent, la família o una institució; (b) la provisió en serveis, que

inclou un gran nombre de serveis i proveïdors (públics, semipúblics, privats o ONG) i diversitat d'objectius, costos i models de regulació; i (c) els permisos laborals, que inclouen la flexibilitat horària, la reducció de la jornada laboral i les hores de lliure disposició per a la cura d'infants o familiars en situació de dependència. Per a Daly, les desgravacions fiscals i les prestacions econòmiques adreçades a l'encoratjament del treball de cura en el domicili contribueixen a la seva mercantilització, en incentivar la creació de llocs de treball i l'expansió del mercat laboral. Aquestes mesures —adverteix l'autora— es troben directament o indirectament orientades a influir en on i en qui realitza el treball de cura; i també incrementen l'activitat laboral relacionada amb la cura a les persones (tant en el context domèstic com en l'entorn de les organitzacions amb afany de lucre o sense).

Els sectors formal i informal de la cura

Les CLD poden ser analitzades igualment a partir de dues grans àrees de provisió: el sector formal i el sector informal. Colombo et al. (2011) defineix la *cura formal* com aquella que es proveeix a partir d'un contracte públic o privat de venda de serveis amb les persones, la família o els cuidadors. I la *cura informal* com la cura proveïda per l'entorn familiar o social sense cap mena de retribució econòmica, o tot i estar coberta per algun tipus de transferència pública (com per exemple les subvencions de suport als cuidadors no professionals) no està subjecta a cap contracte laboral formal. En aquesta mateixa línia, Bettio i Plantenga (2004) defineixen aquests dos grans sectors de la cura de la manera següent:

La cura informal fa referència a totes aquelles activitats no regulades, majoritàriament no remunerades, cap a nens, familiars d'edat avançada o d'altres. La provisió formal de la cura pot ser definida com la provisió regulada per llei o d'altres acords contractuals (p. 86).

L'OMS (2000), a més dels serveis socials de cura, inclou els serveis comunitaris de salut o sociosanitaris en el sector formal de l'assistència a les persones amb dependència, tal com s'aprecia en la següent cita textual:

L'atenció a les CLD inclou ambdós sistemes: els de suport informal i formal. L'últim pot incloure una àmplia varietat de serveis comunitaris (per exemple, salut pública, atenció primària, atenció domiciliària, serveis de rehabilitació i cures pal·liatives) (p. 22).

La cura formal està integrada bàsicament per dos grans programes de provisió: les prestacions econòmiques i els serveis (Colombo et al., 2011). Les prestacions econòmiques constitueixen pagaments en metàl·lic per part de l'Administració pública cap a la persona dependent o la família per a la compra de serveis en institucions, el domicili o per als cuidadors com a mesura de suport econòmic familiar. Els serveis de cures formals poden dur-se a terme en institucions mitjançant programes residencials o a través de programes comunitaris de suport familiar (centres de dia, serveis d'atenció domiciliària, teleassistència, etc.). Els serveis i programes públics poden finançar-se des de diferents àmbits de l'Administració: el sanitari (programes socio-sanitaris) o els serveis socials. En l'àmbit organitzatiu i competencial els diferents programes poden trobar-se descentralitzats en nivells territorials diferenciats. En aquest sentit, l'Administració local o regional s'ocupa generalment de la provisió dels serveis, mentre que el nivell estatal s'encarrega de la transferència de prestacions monetàries. També s'ha de tenir en compte que els criteris o formes d'accés al sistema i a les prestacions determinen l'equitat en la protecció. No és el mateix que la provisió es doni a partir de criteris contributius, en què una part de la població (la que no contribueix al sistema) queda exclosa; que es doni a partir de criteris assistencials, en què només hi accedeixen les persones sense recursos econòmics, o a partir de criteris universals, en què hi tenen accés totes les persones (independentment dels ingressos) (Sarasa, 2009).

Fent referència a l'aspecte temporal, l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (2005) determina que els *serveis públics de CLD* són:

Una gamma de serveis adreçats a persones que necessiten ajuda amb les AVD durant un període de temps perllongat (p. 20).

Per a Colombo et al. (2011) la despesa total en CLD inclou dos grans programes de provisió pública: les transferències econòmiques (o *cash for care*) i els serveis. Dintre d'aquests últims, inclouen les CLD de salut (*long-term health care*) i els serveis socials de CLD (*social services of long-term care*). Segons els autors, la despesa total en les CLD es defineix de la manera següent:

La despesa total en atenció a les CLD es calcula a partir de la suma dels serveis d'atenció de salut de CLD i dels serveis socials d'atenció a les CLD. La primera, que representa la despesa sanitària a llarg termini, inclou l'atenció pal·liativa, l'atenció d'infermeria a llarg termini, els serveis d'atenció personal i els serveis de salut

d'atenció familiar. La segona, els serveis socials d'atenció de CLD, inclou l'ajuda a la llar (per exemple, els serveis domèstics) i l'assistència personal, els serveis d'atenció residencial i d'altres serveis socials (p. 20).

Aquesta visió integra els dos sistemes de provisió: el sanitari i el social. Resulta significatiu observar els canvis que s'estan produint en aquest àmbit en els últims anys, si es pren en consideració que ambdós sistemes s'han configurat històricament a partir de lògiques totalment oposades i en drets d'accés desiguals. Igualment, l'Observatori Europeu Health Care Systems and Transition considera aquells serveis adreçats a persones amb discapacitat, persones grans dependents i fràgils, malalts crònics o persones amb problemàtiques de salut mental greu, part integrant del sistema global de cura (Rodríguez Cabrero et al., 2005; Lewis, 2011).

D'altra banda, la cura informal és aquella proveïda dintre de l'entorn familiar o social sense cap mena de retribució econòmica, o que, tot i poder ser comprada per les famílies mitjançant algun tipus de transferència pública, no es troba lligada a cap mena de contracte prestacional o laboral formal. Com s'ha vist, en el model familiar de tall tradicional, centrat en la divisió sexual del treball, les dones assumien com a pròpies les tasques del treball reproductiu i de cura d'infants i les persones amb discapacitats o dependents. Dins d'aquest esquema, el treball de cura no era considerat realment una feina. Aquest fet ve motivat perquè el treball de reproducció social ha estat socialment força invisibilitzat, en formar part de l'esfera íntima i privada de les llars; de manera que s'ha trobat exclòs de cap mena de retribució econòmica o, si n'ha tingut, s'ha dut a terme en condicions laborals precàries, inclús dintre l'economia submergida. Val a dir, però, que la cura informal vinculada a un model de provisió familiar i femení de tall tradicional ha estat la principal forma de provisió de cura fins a la dècada dels noranta, moment en què comencen a instaurar-se esquemes públics de protecció en gairebé tots els països de l'Europa occidental (Carrasco et al., 2011; Torns, 2008).

A partir de 1990, coincidint amb els reajustaments dels EB, es produeix una socialització del risc de les situacions de dependència en molts països de l'entorn europeu. Els factors que contribueixen a la institucionalització de la cura els trobem principalment en l'esclat de la crisi del model informal de cura; l'augment de l'esperança de vida i el progressiu envelliment de la població; la inserció generalitzada de la dona en el mercat laboral; i els canvis en les estructures de les llars (Carrasquer et al., 1998; Daly i Lewis, 2000). No obstant això, els autors estudiats coincideixen a dir que en cap dels models de benestar s'ha suplantat la família

com a principal proveïdora de cura —sense menysprear els esforços en polítiques d'igualtat de gènere duts a terme pels països del nord d'Europa (Anttonen i Sipilä, 2005). Per tant, el sector informal de la cura, encapçalat per la família, els parents i el sector del voluntariat, continua tenint un paper predominant en la provisió de cura en els països desenvolupats, on representa al voltant d'un cinquanta per cent del total de la cura adreçada a les persones dependents (Rodríguez, 2011a).

2.3.2. Règims de cura i models de dependència

Existeixen una àmplia gamma de classificacions i perspectives teòriques respecte als models de cura europeus. Des de l'àmbit acadèmic feminista es defensen règims de cura específics a l'hora d'explicar les diferents configuracions institucionals de cura dels països. Alguns dels indicadors utilitzats en la categorització d'aquests règims han estat els nivells d'integració de les polítiques, els diferents marcs legals institucionals o la varietat de contextos socials i culturals existents arreu d'Europa, fins i tot en un mateix país (Anttonen i Sipilä, 1996; Pavolini i Ranci, 2013). El concepte *règims de cura* sorgeix com a reacció a la categorització de règims de benestar realitzada per Esping-Andersen (1990). Les crítiques cap a la categorització feta per aquest autor s'han centrat bàsicament en la preponderància que dona a la relació estat-mercat; l'irrellevant paper que ofereix a la família en la provisió de benestar i al vincle entre gènere-cura; i la no diferenciació entre el model de benestar del sud d'Europa i el de l'Europa continental (Alber, 1995; Ferrera, 2008).

Daly i Lewis classifiquen els règims de cura segons les obligacions de provisió que assumeix l'estat en contraposició a les que assumeix la família (desfamiliarització). Des d'aquest punt de vista, les autores assenyalen quatre règims de cura: el model nòrdic, el dels països de l'Europa continental, el dels països de model de benestar liberal i l'anomenat d'estats no curadors (o *non caring-states*). En el primer model, l'estat proveeix la cura de forma universal, no només mitjançant prestacions econòmiques, sinó també a través de prestacions en serveis. Es tendeix a la col·lectivització de la cura, tant en infants com en persones grans. Són representatius d'aquest model un grup de països força homogenis caracteritzats per sustentar un model familiar anomenat *dual breadwinner* integrat per Suècia, Finlàndia i Dinamarca. El segon model és el conformat pels països continentals o països centrals: Alemanya, França i Bèlgica. La característica bàsica d'aquest model és que promociona la privatització de la cura a través de la família i de les organitzacions voluntàries finançades amb fons públics. En el tercer model, el liberal —integrat per països com Irlanda o el Regne Unit— hi ha una

important escassetat de serveis públics i diferències significatives en la provisió dirigida a infants i persones grans. Finalment, en el model d'estat no curador característic de països del sud d'Europa —Itàlia, Grècia, Portugal i Espanya— la principal proveïdora de la cura és la família. En aquests països es dona una important escassetat en la provisió de serveis i un alt component de gènere en la responsabilitat de la cura, que recau bàsicament sobre la dona (Daly i Lewis, 2000; Daly, 2002).

Una altra de les classificacions rellevants és la proposada per Anttonen i Sipilä (1996). Partint de l'anàlisi dels diferents llegats institucionals i de la provisió pública de serveis, aquests autors identifiquen dos règims de cura: el «model informal de cura» (*informal care-led model*) i el «model basat en la prestació de serveis» (*service-led model*). El primer dels models dona un major èmfasi a les prestacions econòmiques i a la compra de serveis privats per part de la família. Els països representatius d'aquest model són Espanya, Portugal, Grècia i Itàlia. En el segon dels models, sustentat bàsicament pels països del nord d'Europa, hi ha una forta tradició de provisió de serveis per part de l'estat i, a més, una elevada presència femenina en el mercat laboral. Els autors esbossen l'existència d'un tercer model que anomenen «model Britànic de comprovació de rendes» (*British means-tested model*) centrat en la comprovació dels mitjans econòmics amb l'objectiu de reduir les responsabilitats de l'estat en la provisió.

En els últims anys, altres categoritzacions han entrat a formar part del debat teòric sobre els règims de cura i del repartiment de responsabilitat entre les esferes estat-família. En aquest sentit, Leitner (2003) identifica quatre varietats de familiarisme amb relació al reforçament o alliberament del paper de la família en la cura per part de l'estat. Partint del concepte de familiarització d'Esping-Andersen, Leitner fa una revisió de les polítiques públiques que considera familiaristes, com poden ser els permisos o les transferències econòmiques, i altres serveis públics que estima que contribueixen a alleugerir les responsabilitats familiars. Sobre la base d'aquestes variables identifica quatre tipus de familiarisme: l'implícit, l'explícit, l'opcional i el desfamiliaritzador. El *familiarisme implícit* correspondria al propi dels països del sud d'Europa caracteritzat per disposar d'una minsa cobertura de serveis socials públics i per delegar la pràctica totalitat de la cura a l'àmbit familiar. En el *familiarisme explícit* l'estat no només no reforça la família cuidadora mitjançant polítiques familiaristes, sinó que tampoc hi ha una oferta de serveis alternatius a la família proveïts per l'estat o el mercat. En el *familiarisme opcional* es dona tant una oferta de provisió de serveis com de suports a la cura familiar. En aquest model, tot i reforçar-se el paper de la família cuidadora, hi ha diferents

opcions per compartir la responsabilitat. En darrer lloc, el *familiarisme desfamiliaritzador* es caracteritzaria per posseir una feble familiarització de les polítiques i una forta desfamiliarització de l'estat o el mercat en la provisió de cura.

Des d'un enfocament centrat en la relació treball-cura i la intensitat en la provisió pública en prestacions econòmiques o serveis, Rostgaard (2002) aborda l'estudi dels règims de cura segons el grau d'intervenció pública i la llibertat que s'atorga a la dona a l'hora d'escollir entre fer de cuidadora o inserir-se en el mercat laboral. A partir d'aquests dos aspectes, l'autora identifica tres models: el *model cuidadora femenina* —*female care-giver*— en què la dona deixa de treballar per dedicar-se a les tasques de cura i en què la provisió és bàsicament en prestacions monetàries; el *model sustentador doble* —*dual breadwinner*— en què hi ha una provisió pública de serveis i prestacions i els dos progenitors romanen vinculats al món laboral; i el *model família treballadora* (*family-work*) en què l'abundància de serveis públics disponibles, les copioses prestacions econòmiques i l'alta dotació i flexibilitat del mercat laboral permeten a les famílies de triar com organitzar-se en relació amb la cura.

Des del paradigma neoinstitucionalista, les estructures i mecanismes institucionals en la configuració dels sistemes de protecció de CLD són considerats un perllongament dels règims de benestar social tradicionals (Esping-Andersen, 1990), dels quals prenen les bases reguladores i els marcs legals preexistents. Dintre d'aquesta perspectiva, Bettio i Plantenga (2004) i Jensen (2008) identifiquen tres sistemes de cura: (a) el de base beveridgeana, en què les CLD es troben integrades i regulades en els sistemes públics de salut i els serveis socials; (b) el sistema basat en el risc social, en el qual el sistema de CLD ha estat reconegut recentment com un risc «incomplet» (cas de l'Estat espanyol); i (c) el sistema basat en l'assistència social, en què la provisió de serveis es duu a terme a partir de la comprovació dels nivells de renda. Partint dels drets d'accés, Zimonazzi (2009) proposa tres models: el d'orientació *beveridgeana*, *bismarkiana* i *mediterrani*. Per a Zimonazzi, en el primer sistema els serveis estan definits com a universals. En el segon la protecció s'orienta mitjançant un pla universal de protecció per tal d'evitar l'assistència social. I en l'últim model predomina el principi d'assistència social.

Altres autors neoinstitucionalistes coincideixen en l'existència de quatre models de dependència a partir dels règims clàssics de benestar: el *sistema de protecció universal* o *nòrdic*, el *sistema de protecció continental* o *de Seguretat Social*, el *sistema de protecció assistencial-residual* i el *sistema de protecció mediterrani* o *llatí* (Jacobzone, 1999; Jenson i

Jacobson, 2000; Rodríguez, 2009, 2011). El tret característic bàsic del *model universal o nòrdic* és que l'atenció a la dependència és una extensió lògica de la protecció estatal en la cobertura de les necessitats socials atorgada per raons de ciutadania, com qualsevol altre dret. La gestió és municipal i el finançament mixt amb un elevat compromís públic en la provisió de serveis i prestacions. Els països més representatius d'aquest model són Suècia, Finlàndia, Dinamarca, Noruega i Holanda (Marañón, Hidalgo i Del Llano, 2007). En el *model continental* la protecció s'insereix dintre del marc legal de la Seguretat Social, juntament amb les pensions, l'assegurança d'atur i la protecció a la família. Es reconeix el dret subjectiu de la protecció en base a les cotitzacions realitzades, independentment de la situació econòmica de la persona en situació de dependència. Els països més representatius d'aquest model són Alemanya, Àustria, Luxemburg i França. El *model assistencial* s'ha desenvolupat bàsicament en països de tradició anglosaxona com ara el Regne Unit i Irlanda. En aquest sistema la protecció està dirigida a les persones sense recursos econòmics, però és accessible a través del copagament a la resta de persones amb situació de dependència. Aquest model representa un sistema de cobertura limitada centrat en la responsabilitat individual i familiar. Finalment, el *model mediterrani* es caracteritza per una manca històrica de protecció i una forta responsabilitat familiar en l'atenció. Els països representatius d'aquest model són els països mediterranis: Itàlia, Portugal i Espanya. A la taula 1 es poden apreciar les principals característiques dels models de dependència enumerats.

Taula 1. Principals models de CLD a la Unió Europea.

MODELS	NÒRDICO UNIVERSAL (Països Nòrdics)	CONTINENTAL O DE SEGURETAT SOCIAL (Alemanya, França, Àustria, Luxemburg i Bèlgica)	ASSISTENCIAL ANGLOSAXÓ (Regne Unit i Irlanda)	MEDITERRANI (Espanya, Itàlia, Grècia i Portugal)
NATURALESA DEL DRET	Accés a tota la població lligat al dret de ciutadania	Dret subjectiu vinculat a les cotitzacions de la Seguretat Social i al treball	Assistencials persones sense recursos econòmics	Assistencials per a persones sense recursos econòmics (fins 2007, a partir de llavors universal)
PRESTACIONS SOCIALS	Serveis	Serveis i prestacions econòmiques	Serveis i prestacions econòmiques	Serveis i prestacions econòmiques
RESPONSABILITAT GESTIÓ	Municipal	Regional i municipal	Municipal	Regional i municipal
PROVISIÓ I GESTIÓ DE SERVEIS	Ajuntaments, importància creixent empreses privades	Empreses i ONG	Empreses, ONG i ajuntaments	Ajuntaments, ONG i importància creixent empreses privades

FINANÇAMENT DEL SISTEMA	Impostos generals i locals, i copagament	Cotitzacions, impostos i copagament	Impostos i copagament	Impostos, cotitzacions i copagament
-------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

Font: elaboració pròpia a partir del *Llibre Blanc de la Dependència* (2004) i Rodríguez Cabrero (2009).

El model social europeu d'atenció a la dependència

En aquesta última part del capítol sobre els models de cura es fa també menció al model social europeu (d'ara endavant MSE) de CLD. Rodríguez Cabrero (2009) defensa la tendència generalitzada a tot Europa, des de fa més de vint anys, de la construcció d'un MSE de protecció a la dependència de cobertura pública universal. Per a aquest autor, l'MSE parteix d'un procés de transició que va des de models de tall assistencialista a models de protecció pública universal. En aquest model la persona afectada assumeix una part del cost de la cura i l'entorn familiar continua sent una part important en l'estratègia d'atenció. En la mateixa línia, el *Llibre blanc de la dependència* (2004) afegeix que les polítiques socials d'atenció a la dependència en el marc dels països de la Unió Europea han format part de l'agenda política en la majoria dels països, almenys des de principis de la dècada dels anys noranta del segle XX. La Comissió i el Consell de la Unió Europea (2003) han estimulat el debat polític i l'abordatge de la protecció social a la dependència en els últims anys establint tres línies estratègiques prioritàries: l'accés a les prestacions i serveis socio-sanitaris de tots els ciutadans, independentment del patrimoni o del nivell d'ingressos; l'assoliment d'un alt nivell de qualitat en l'assistència; i la viabilitat dels sistemes d'assistència i de protecció a la dependència. Rodríguez Cabrero (2009) defensa la tendència en el marc europeu d'un model encaminat cap a la protecció de la dependència com a dret social que amplia i reforça els drets socials tradicionals en educació, sanitat i garantia de rendes. Segons l'autor, l'accés al dret s'aconsegueix a partir d'una valoració tècnica de les necessitats de suport i l'establiment de graus de dependència per a la realització de les AVD. Les prestacions solen ser econòmiques, en serveis (en els graus més elevats) i de suports tècnics. Hi ha llibertat d'elecció per part de la persona o família dintre d'un model d'atenció preferentment comunitari. Un altre element important per a Rodríguez Cabrero, que ja s'ha mencionat i que s'analitzarà en més profunditat en el capítol següent, és el context en què s'han desenvolupat les polítiques de dependència. La implementació de les polítiques de CLD s'ha caracteritzat des de l'inici per una situació de contenció de la despesa, la reestructuració dels EB i una tendència generalitzada al traspàs de la responsabilitat pública als individus. Situació que ha generat noves fórmules de

responsabilitat compartida entre el sector públic i el privat, i en què els principals interrogants que es plantegen són l'accessibilitat al sistema protector definit com d'accés universal, la qualitat en l'atenció, les formes de combinació de prestacions econòmiques i tècniques, i la preocupació per la sostenibilitat financera global del sistema (Pacolet, 2009).

2.4. Conclusió del capítol

La inclusió de la cura en els sistemes de protecció i les polítiques socials públiques ha suposat un canvi de mirada des del nivell micro —familiar i individual— al nivell macro, que integra tots els components socials de la cura. L'evolució des del terme de «cura» (*care*) al de «cura social» (*social care*) contribueix al reconeixement social del treball reproductiu, base fonamental en la supervivència de tota societat. A partir d'aquesta concepció més holística de la cura, l'accent es pot dipositar tant en l'àmbit de la realitat quotidiana com en el de la intervenció professional; i abastar, per tant, la criança dels fills, la cura adreçada a una persona que pateix una contingència o problema de salut, la cura a les persones afectades per algun tipus de discapacitat o malaltia invalidant, etc.

Així doncs, les polítiques de CLD tenen com a finalitat donar suport en les AVD a les persones afectades per algun tipus de discapacitat generadora de dependència al llarg del seu cicle vital. Altres aspectes significatius exposats responen a l'heterogeneïtat, varietat d'elements i formes organitzatives dels diferents sistemes de CLD. I al fet que els sistemes de CLD es troben intrínsecament encastats dintre de les velles tradicions socioculturals i institucionals dels mateixos EB de les quals en formen part. També s'han evidenciat les tensions entre resistència i desmantellament i la «crisi» que, des de fa uns anys, afecta els EB. Situació que Pierson —juntament amb altres autors afins— han titllat d'austeritat permanent i a la qual els sistemes de CLD no han restat indiferents, tal com s'analitza en el tercer capítol.

CAPÍTOL 3

REFORMES EN ELS SISTEMES DE CLD I ELS ESTATS DEL BENESTAR

Aquest capítol juntament amb el seu predecessor constitueixen el marc teòric i analític de la recerca. El capítol s'ha estructurat en tres grans apartats. En el primer es fa una anàlisi dels tipus de canvi a partir de les tesis de Pierson i Hall i també de les principals escoles teòriques que han abordat els determinants del canvi en els EB; posant especial èmfasi en les tesis neoinstitucionalistes (*path dependence*) i les neofuncionalistes (problemes de pressió interna dels països); teories que s'han considerat crucials per explicar els canvis en els actuals sistemes de CLD. El segon apartat conté l'estat de la qüestió. Aquí s'ha fet un recull dels estudis sobre els canvis en els sistemes de CLD realitzats fins al moment per alguns dels autors considerats més rellevants en el panorama nacional i internacional, entre els quals figuren Pavolini, Ranci, Rodríguez Cabrero o Daly i Lewis, per citar-ne alguns. Per acabar, en el tercer apartat, s'inclou una visió genèrica sobre les característiques de la crisi econòmica del 2008 i el seu impacte en les polítiques socials i els sistemes de CLD.

3.1. Paradigmes teòrics en l'estudi de l'estat del benestar

Hi ha un consens generalitzat entre la comunitat científica internacional sobre el fet que el desenvolupament dels EB no ha estat un procés homogeni, sinó que, més aviat, s'ha transitat per diferents etapes. En línies generals, durant la fase d'implementació dels EB es produeix un creixement significatiu de programes socials de cobertura pública, mentre que en les fases successives té lloc un constrenyiment progressiu. I, en el que podríem anomenar l'última etapa, les retallades s'han vist accelerades per l'arribada de la crisi econòmica de l'any 2008. En els inicis, els estudis sobre els EB es focalitzen en l'anàlisi de les causes que en determinen el sorgiment i les diferents configuracions entre països. A partir de finals dels anys setanta, amb el començament del seu declivi, l'interès se centra en els canvis que s'hi produeixen i els factors que els originen.

3.1.1. Tipus de canvis i reformes en els estats del benestar

Hall (1993) identifica tres classes de canvis institucionals que anomena *de primer, segon i tercer ordre*. Els canvis de primer i segon ordre es correspondrien amb aquells tipus de canvis adreçats a modificar els instruments de la política, és a dir, la forma de provisió; i anirien encaminats a: augmentar o disminuir les quanties de les prestacions; enfortir els criteris

d'elegibilitat per a l'accés; o incrementar els nivells contributius previs per poder percebre les prestacions. Per a Hall, aquests dos tipus de canvis descrits no alterarien la naturalesa bàsica del sistema o dels programes, fet que —si es produís— suposaria un canvi «paradigmàtic» o de tercer ordre. En aquest últim cas, hi hauria una modificació dels objectius fonamentals i canvis importants en la naturalesa de la política social.

Pierson (2001) planteja que els canvis i reformes en els EB responen més aviat a un procés de reestructuració de caràcter incremental que no pas a un canvi radical dels sistemes. Explica aquest fet a partir de la por dels polítics a ser castigats pels seus votants si retallen les polítiques socials. Per a Pierson, els canvis ocorren a partir de tres processos: la remercantilització, la contenció de costos i la recalibració. Remercantilitzar un programa o servei públic suposaria un procés invers al de desmercantilitzar-lo (Esping-Andersen, 1990). La desmercantilització equivaldria a la situació en què un determinat servei és assumit per l'estat i es converteix en un dret social, de manera que augmenta la capacitat de subsistència de l'individu fora del mercat. Al contrari, el procés de remercantilització suposa la restricció de les alternatives de supervivència de l'individu fora del mercat i el desmantellament progressiu dels mecanismes estatals de protecció cap als treballadors i de la seva supervivència fora del mercat. Per tant, el procés de remercantilització succeeix quan la cobertura d'un servei considerat bàsic per al benestar social és desplaçat des de l'esfera pública, estatal, cap a l'esfera privada, mercantil. El procés de contenció de costos té a veure directament amb les pressions fiscals i la necessitat de reducció del dèficit públic al qual estan actualment sotmesos els governs. Situació que obliga als estats a implementar polítiques de retallades i reducció de costos en benestar social (*retrenchment*) per tal de pal·liar el dèficit públic. Finalment, el procés de recalibració suposaria una reorientació en la provisió que implica la racionalització i reorientació dels objectius dels programes. La reorientació estaria relacionada amb la millora de la cobertura de les necessitats dels consumidors i l'actualització dels objectius dels programes per adaptar-los als canvis i a les noves necessitats socials. Segons aquests tres processos de reestructuració, Pierson (1994, 1996) assenyala que en els règims de benestar de tipus liberal hi ha una tendència a la remercantilització (*recomodification*); en el model universal predomina la contenció de costos (*cost-containment*) i en el règim continental, una tendència a la recalibració (*recalibration*) dels sistemes.

3.1.2. Paradigmes teòrics del sorgiment i les reformes de l'estat del benestar

Segons Peter Starke (2008), a excepció del treball de Pierson, no existeix un cos teòric que expliqui els canvis en els EB, sinó que la majoria de teories emprades per donar compte dels canvis en aquests sistemes provenen de les teories generals de l'EB. Starke assenyala la rellevància de tres grans escoles teòriques en l'estudi del sorgiment i reformes dels EB:

- En primer lloc, l'escola funcionalista, amb les hipòtesis de la *industrialització* (Wilensky, 1975) i de la *modernització, democratització i moviments de masses* (Flora i Alber, 1981); i, l'escola neofuncionalista amb la tesi dels «problemes de pressió interna», amb variables com els cicles econòmics, els canvis connectats als *nous riscos socials* (Taylor-Goody, 2004; Bonoli, 2005, 2006; Österle, 2010) o la hipòtesi de la *desindustrialització i l'increment de l'atur postindustrial* (Pierson, 2001), i la tesi de les transformacions arran de la «globalització».
- La segona de les perspectives teòriques és la conflictivista. Aquesta escola defensa les hipòtesis dels *recursos de poder de les esquerres* i les *noves tesis partidistes* com a variables explicatives de les reformes en els EB.
- Finalment, l'escola institucionalista, que advoca per les hipòtesis sobre les *polítiques institucionals* i les *institucions de l'estat del benestar* com a variables explicatives dels canvis i transformacions en els EB moderns.

Per als científics socials la rellevància explicativa d'una o més d'aquestes hipòtesis assenyalades constitueix un debat obert i inacabat. Cal puntualitzar que, al llarg dels anys, l'accent s'ha anat traslladant des d'hipòtesis com la dels recursos del poder de les esquerres (escola conflictivista) o la de la modernització de l'escola funcionalista (fonamentals per explicar la configuració dels incipients EB), a altres perspectives com pot ser la tesi neofuncionalista dels *problemes de pressió interna dels països* i variables com els *nous riscos socials* (Pierson, 2001). En els últims anys, aquest conjunt de teories s'han emprat per explicar els canvis en alguns dels sectors clau de les polítiques socials, com els sistemes de pensions (Myles i Pierson, 2001; Arza i Kohli, 2008; Rubio, 2013), el sistema sanitari (Immergut, 1992; Guillén, 2002; Moreno i Fuentes, 2009) o les polítiques de cura (Rodríguez Cabrero, 2007, 2009, 2011; Pavolini i Ranci, 2008, 2013; Daly, 2002; Lewis, 2001, 2011; Daly i Lewis, 2000; Bettio i Plantenga, 2004; Bettio i Salinas, 2009), entre d'altres.

Les teories conflictivistes

La *teoria dels recursos de poder de les esquerres* (també *teoria de la lluita de poder de classes, model socialdemòcrata o model de mobilització de la classe obrera*) porta a col·lació la lluita democràtica de classes com a part decisiva en la consolidació i transformació dels EB postindustrials (Olsen i O'Connor, 1998). Els representants d'aquest corrent teòric defensen que la classe obrera ha estat la principal promotora de les polítiques de benestar. Els recursos de poder de l'esquerra i la seva influència se situarien, per tant, en relació directa amb la cohesió sindical, la seva capacitat organitzativa i l'habilitat per crear aliances amb altres forces de l'esquerra. Al mateix temps, la fortalesa sindical i el poder dels recursos de la classe obrera determinarien el tipus de configuració política i institucional de benestar: socialdemòcrata, conservadora —o corporativista— i liberal. Des d'aquesta perspectiva es defensa que, en el model socialdemòcrata del benestar, els partits i sindicats haurien teixit aliances i estratègies aconseguint que els drets de propietat fossin substituïts pels drets socials de ciutadania. En el model conservador, el moviment sindical i les forces polítiques s'haurien mantingut dividides i fragmentades; i això explicaria la prevalença dels drets de propietat i de l'estatus laboral sobre els drets socials. Pel que fa al model liberal, la debilitat i fragmentació del moviment sindical en els països que sustenten aquest model, haurien contribuït a fer que els drets de propietat prevalguessin per sobre dels drets socials i de ciutadania (Esping-Andersen, 1990; Mishra, 1994; Korpi i Palme, 2003).

L'institucionalisme clàssic i el neoinstitucionalisme

Hall i Thelen (2008) defineixen el terme *institució* com:

El conjunt de pràctiques regulades amb caràcter normatiu en el sentit que els actors esperen que siguin implementades i, en alguns casos, però no en tots, es trobin sustentades en sancions formals (p. 9).

L'institucionalisme clàssic considera l'estat com una institució burocràtica integrada per un conjunt d'organismes amb regles, mecanismes i lògiques d'actuació pròpies (Skocpol i Amenta, 1986). Els autors institucionalistes proposen una doble perspectiva teòrica per explicar els canvis en els EB: la importància de les regles del joc polític i la de les institucions mateixes dels EB. La primera perspectiva posa l'accent en la rellevància dels instruments i les regles del joc polític en la configuració de les polítiques. En canvi, per a la segona, són les pròpies institucions dels EB les que determinen la creació de noves polítiques públiques (Starke, 2008). Els partidaris de la tesi de la importància de les regles del joc polític expliquen

les reformes dels EB a partir de la centralitat o fragmentació dels actors polítics. Aquesta teoria considera que qualsevol modificació legislativa requereix acords polítics majoritaris; per la qual cosa els sistemes més fragmentats i amb més «punts de veto» són més febles i tenen menys capacitat per introduir noves polítiques. Contràriament, els sistemes amb més concentració de poder polític ostenten una major fortalesa i més capacitat per arribar a acords i introduir noves directrius polítiques.

Per a Pierson (1996, 1998), la hipòtesi anterior sobre la importància de «les regles del joc polític» i els «punts de veto» en la implementació de noves polítiques públiques resulta actualment del tot obsoleta. Primer, pel fet d'haver-se formulat en un context d'expansió econòmica, i no pas en un de recessió com l'actual. I segon, per la seva manca de validesa a l'hora d'explicar la resiliència demostrada pels EB, en haver-se constituït com a part integrant dels estats, difícilment reformables sense que els governants siguin castigats pels seus electors. L'autor tampoc menysté la importància de la teoria dels «recursos del poder de l'esquerra» en el moment de construcció dels EB. Però, igual que en el cas anterior, considera aquesta teoria insuficient per explicar la resistència que han demostrat els EB en els últims anys, tenint en compte la pèrdua de poder sindical de les esquerres. L'autor planteja la necessitat d'una reorientació teòrica centrada en altres variables explicatives com ara els interessos de sectors específics de població, entre d'altres, els pensionistes, les entitats socials sense ànim de lucre o els funcionaris.

La segona de les perspectives institucionalistes explica els canvis en els EB a partir de les pròpies institucions de l'estat del benestar. Aquesta tesi considera que no només el conflicte polític —tal com sostenen les tesis institucionalistes clàssiques— impulsa la introducció de noves polítiques, sinó que són les mateixes estructures de l'estat del benestar les que determinen el desenvolupament de nous programes socials (Skocpol i Amenta, 1986; Pierson, 1996, 1998; Esping-Andersen, 2000; Pfau-Effinger, 2005).

La idea central d'aquesta perspectiva en paraules de Skocpol i Amenta (1986) és:

No només la política crea polítiques socials; les polítiques socials també generen polítiques. És a dir, una vegada es promulguen i implementen polítiques, aquestes canvien les agendes públiques i els patrons de conflicte grupal a través del qual els canvis polítics posteriors succeeixen pels processos de retroalimentació política o policy feedback (p. 149).

Els neoinstitucionalistes defensen la idea que la retroalimentació política consisteix en el fet que un cop consolidada una determinada política social —excepte que succeeixi alguna cosa extraordinària— el marc precedent tindrà un impacte directe en el seu desenvolupament, el paper dels actors, les regles de joc i les solucions que s’hi adoptin (March i Olsen, 1984, 1998). Starke (2008) assenyala tres mecanismes en els processos de retroalimentació política (o *policy feedback*): el creixement fins als límits (*growth-to-the-limits*), les coalicions entre classes (*cross-class coalitions*) i la dependència de la trajectòria (*path dependence*).

El procés de *growth-to-the-limits* sosté que el creixement econòmic continuat en els inicis d’alguns dels EB va possibilitar el creixement paral·lel de les polítiques socials. Però els governs, amb l’esdeveniment dels nous riscos socials, l’alentiment econòmic i les mesures d’austeritat imposades per la globalització econòmica, s’haurien vist obligats a reestructurar-los. Això explicaria que els EB més generosos en l’època daurada hagin estat més propensos a les retallades (Pierson, 2001; Ferrera i Hemerijck, 2003; Moreno, 2009). Mentre que els EB menys pròdigs en aquesta època es trobarien actualment en una mena d’efecte d’actualització (*catch-up effect*) amb relació a l’augment de la despesa en protecció social (Castles, 2005, 2007). En segon lloc, la hipòtesi central del procés *cross-class coalitions* apunta al fet que els EB més redistributius i amb una classe mitjana més àmplia són menys proclius a les retallades, perquè hi ha més consens al voltant de les polítiques socials i més temor per part dels governants al càstig que els poden provocar els electors si retallen els programes socials (Esping-Andersen, 1990; Pierson, 1996; Korpi i Palmer, 2003).

El tercer dels mecanismes en els processos de retroalimentació política és el de la dependència de la trajectòria (*path dependence*). La tesi de la *path dependence* sorgeix a partir de l’interès dels economistes per entendre el procés de desenvolupament tecnològic i de voler explicar la prevalença d’unes tecnologies per sobre de les altres, tot i ser més ineficients (David, 1985). La idea fonamental d’aquesta teoria rau en el fet que un cop s’ha establert una pauta d’acció institucional es produeix un efecte de retroalimentació positiu (*positive feedback*) a partir del qual la tendència s’anirà reforçant amb el pas del temps. Aquest enfocament parteix de la base que la implementació de les polítiques socials està influenciada pel seu origen, que és qui en determinarà el posterior desenvolupament en el transcurs de diferents conjuntures, revisions o ajustaments polítics. Es posa l’accent en la influència del llegat institucional i de les estructures prèvies sobre les subseqüents polítiques i la forma en què aquestes limiten i modelen les preferències d’innovació o reformes posteriors (Esping-Andersen, 1999).

La teoria de la *path dependence* ha estat central en el terreny de les polítiques socials públiques en els últims anys. Els seus seguidors posen l'accent en els processos històrics (temps, seqüència dels esdeveniments, etc.) que condueixen al sorgiment de les institucions, la seva consolidació i transformació. En l'anàlisi del canvi institucional els autors es basen en l'existència de conjuntures crítiques i trajectòries de desenvolupament, i ressalten la importància d'analitzar els moments de conformació de la política i la seva posterior trajectòria per poder explicar el canvi institucional (Thelen, 1999; Pierson, 2000). Hi ha quatre aspectes fonamentals que donen rigor al canvi institucional: (a) el principi d'equilibri múltiple, que defensa la diversitat de solucions i la dificultat a predir-les; (b) el principi de contingència, segons el qual qualsevol succés per simple que sigui pot resultar rellevant; (c) la importància del temps i de la seqüència en la qual es produeix un esdeveniment; i (d) la inèrcia com a procés de retroalimentació positiva que du a una situació d'equilibri i de resistència al canvi. L'autor també assenyala la importància dels punts de partida o ramificacions (*branching points*) com a moments crucials en la generació de les institucions, les pautes o trajectòries i la identificació dels factors específics que reforcen les tendències com a aspectes centrals de l'anàlisi institucional (Pierson, 2000).

El funcionalisme i el neofuncionalisme

La teoria de «la lògica de la industrialització o de la modernització» apel·la al procés de desenvolupament econòmic i social posterior a la II Guerra Mundial per explicar els inicis dels EB moderns. L'impuls econòmic de l'època esdevé un ressort que incrementa, d'una banda, les necessitats de protecció social de la ciutadania i, d'una altra, proveeix dels recursos necessaris per fer-los-hi front (Skocpol i Amenta, 1986). Aquesta tesi es fonamenta en la llei de l'activitat de l'estat i l'increment de la despesa en protecció social davant de l'augment de la renda per càpita disponible i el procés global de modernització, democratització i mobilització de masses com a factors determinants. És en aquest sentit que es posa l'accent en la importància dels règims polítics democràtics i el procés convergent incremental de la despesa en protecció social, com a factors decisius en l'inici i el desenvolupament dels EB. L'estat del benestar es converteix, en aquest context, en un instrument necessari per pal·liar les necessitats socials introduïdes pels canvis en les relacions primàries de suport. Enfront d'aquestes noves necessitats, l'estat respon funcionalment amb la finalitat de donar resposta a aquells grups més afectats per les contingències lligades al procés de desenvolupament econòmic de la modernització (Flora i Alber, 1981; Misha, 1976).

La «teoria de la convergència» defensa la correlació entre la implementació de programes socials i el desenvolupament econòmic dels països; independentment del sistema polític i ideològic del partit governant. Els seus teòrics posen l'accent en les similituds de les polítiques socials en els països desenvolupats, malgrat presentar models de benestar amb tradicions socioculturals, polítiques i ideològiques diferenciades. Contràriament a la tesi convergent, els partidaris de la «teoria de la divergència» consideren que no només no es dona una convergència entre països, sinó que, fins i tot, el que es dona és una divergència, justificada per les marcades diferències en despesa social entre ells. Els teòrics que defensen el punt de vista divergent consideren que —malgrat que els països comparteixen trets comuns i que l'estat del benestar s'ha consolidat com a element estructural en tots ells— continuen havent-hi diferències nacionals significatives pel que fa a la distribució de la despesa social (Cutright, 1965; Galenson, 1968).

Un altra de les perspectives, en el marc de les teories neofuncionalistes, que s'ha ocupat de l'anàlisi dels processos de reforma dels EB, ha estat la tesi dels *problemes de pressió interna*. Aquesta tesi explica els canvis en els EB a partir de l'esclat dels nous problemes interns dels països relacionats amb: (a) els cicles econòmics, (b) els canvis socioculturals connectats als «nous riscos socials» o (c) l'aparició dels canvis en les estructures del mercat laboral resultants del procés de desindustrialització (Schwartz, 2001; Taylor-Goody, 2004; Bonoli, 2006). Canvis tots ells que constitueixen —segons aquesta tesi— factors determinants en l'augment o disminució de la despesa social i l'arquitectura dels actuals EB. La tesi dels *nous riscos socials* posa l'accent en una nova estructura de riscos socials associada a les transformacions sociodemogràfiques de les últimes dècades resultants del pas d'una societat industrial a una altra de postindustrial. En aquest context, els nous riscos socials (com ara l'envelliment de la població conseqüència dels canvis en l'estructura demogràfica) tenen a veure amb l'increment de noves necessitats. Els canvis sociodemogràfics han contribuït al fet que les persones visquin més anys i es trobin exposades al patiment d'un major nombre de malalties invalidants i situacions de dependència. Paral·lelament, els canvis socioculturals i familiars han propiciat el pas d'un model de família tradicional —home sustentador (*male breadwinner*) i dona cuidadora (*female-caregiver*)— a un model familiar de doble sustentador, en què els dos membres de la parella treballen.

L'increment de llars monoparentals (amb un sol progenitor) o de llars unipersonals integrades per persones grans soles (principalment dones) han incrementat les necessitats de suports de

cura formals. A més, l'augment del nivell formatiu de les dones i la seva incorporació generalitzada al món laboral han fet emergir una nova situació que alguns autors han etiquetat com a «dèficit de cura» o «crisi del model informal de cura» (Holchschild, 1995), caracteritzada per un increment de les necessitats d'atenció de cura i al mateix temps de decreixement dels suports de cura informals disponibles (Daly i Lewis, 2000, Daly, 2011; Carrasquer et al., 1998; Urgenton, 2005). Altrament, les transformacions en el món laboral i en el mercat de treball resultat del trànsit d'una economia industrial de plena ocupació a una economia terciària de serveis s'ha traduït en una precarització del treball. Precarització caracteritzada per la incapacitat del mercat de treball de crear trajectòries laborals contínues i per l'expulsió de forma generalitzada i definitiva d'un gran nombre de treballadors sense qualificacions (Bonoli, 2005).

Juntament amb els problemes de pressió interna assenyalats, la *globalització* econòmica — entesa com la situació en la qual es dona un substancial increment de l'activitat i l'obertura econòmica dels països, l'augment de la competitivitat i l'expansió dels mercats financers a escala global— ha estat considerada per l'escola neofuncionalista un altre dels factors centrals a l'hora d'explicar els canvis en els EB. Els efectes de la globalització econòmica i l'augment de la competitivitat ha comportat en la majoria de països de l'entorn europeu una reducció important dels pressupostos dedicats a protecció social (en relació amb el PIB), sobretot, en aquelles polítiques socials adreçades als col·lectius més vulnerables (Adelantado i Calderón, 2005). Com a resultat d'això, els teòrics dels EB més alarmistes han interpretat aquest fet com un reequilibri entre l'estat i el mercat, una pèrdua de la capacitat de governabilitat de l'estat i el trànsit d'un model keynesià desmercantilitzador a un model *workfare* mercantilitzador, en el qual els valors de responsabilitat individual, activació laboral i creixement econòmic prevalen sobre els de justícia social (Jessop, 1996; Clayton i Pontusson, 1998; Esping-Andersen, 2000). Des d'aquesta perspectiva, la nova estratègia política europea centrada en la lògica del lliure mercat ha empès els governs a adaptar les polítiques del benestar a les demandes de flexibilitat i desregulació del mercat de treball. Alhora, aquesta nova estratègia ha originat nous riscos, com a resultat de l'augment de l'exclusió dels treballadors amb baixos nivells formatius, la privatització dels serveis i la desregularització del sector públic. I ha provocat que s'hagi dibuixat un escenari d'austeritat que ha obligat els estats a reordenar i racionalitzar la despesa en polítiques socials amb l'objectiu d'assolir més eficiència econòmica (Ferrera, Hemerijck i Rhodes, 2000; Esping-Andersen, Gallie, Hemerijck i Myles, 2002; Ferrera i Hemerijck, 2003).

Des d'una mirada més optimista, altres autors han considerat la globalització econòmica com una oportunitat per a l'expansió de programes del benestar derivada de l'increment de les necessitats socials enfront de la liberalització econòmica. Des d'aquesta perspectiva dels efectes de la globalització, la UE ha hagut de cercar mesures que milloressin la seva competitivitat (Swank, 1998; Rieger i Leibfried, 2003; Adelantado i Calderon, 2005). Un dels mecanismes creats ha estat l'anomenada *europèitziació*, considerada clau a l'hora d'explicar les reformes esdevingudes en les polítiques socials dels països membres en els últims anys. L'europèitziació s'ha impulsat bàsicament mitjançant tres processos de reforma de la UE: els positius, els negatius i els indirectes: (a) els processos positius es fonamenten en la legislació social «dura» vinculant, escassament desenvolupada, ja que fins al tractat de Maastricht (1992) requeria unanimitat en la presa de decisions; (b) els processos negatius de reforma deriven de les resolucions del Tribunal de Justícia Europeu en relació amb la interpretació de la normativa europea i tenen força legal per als estats membres; (c) els processos indirectes de reforma estan relacionats amb la integració econòmica, els Fons Estructurals i de Cohesió Social, i la legislació «tova» europea, consistent en recomanacions, llibres blancs o el mètode obert de cooperació. Els processos indirectes de reforma de la UE han estat força criticats per alguns autors. Aquestes crítiques han estat motivades per la pèrdua d'autonomia dels governs nacionals i l'obligatorietat d'adaptar-se als estrictes criteris econòmics del tractat de Maastricht: equilibris pressupostaris, contenció del dèficit fiscal, deute públic i la inflació o les polítiques d'activació laboral. (Gomà i Adelantado, 2001; Jessop, 2004; Rodríguez Cabrero, 2004; Taylor-Gooby, 2004; Moreno i Palier, 2005).

3.2. Reformes en les polítiques europees de cures de llarga durada

Tot i haver tingut trajectòries diferents a les de les polítiques socials clàssiques. Els sistemes de CLD no han estat aliens a les reformes dels EB dels últims anys. Els països pioners en la implementació de programes d'atenció a la dependència van ser els països del nord d'Europa al voltant de 1970. A partir de 1990 —en un context liderat per profunds canvis socioeconòmics i culturals postindustrials i un intens debat sobre la crisi i sostenibilitat dels EB— els programes de cura s'implementen de forma generalitzada en bona part de països de l'entorn europeu (Esping-Andersen, 2000; Bonoli, 2000; Rhodes, 2001; Moreno, 2004, 2013). En relació amb l'evolució dels sistemes, entre 1970 i 1990 trobem que a Europa coexisteixen bàsicament dos models de cura: el del nord i el dels països de l'Europa continental i del sud (Anttonen i Sipilä, 1996). El model del nord d'Europa es caracteritza per una àmplia provisió

de serveis de caràcter universal en què la cura és un dret social igual al de la salut, les pensions i l'educació. D'altra banda, el model dels països de l'Europa continental i del sud presenta una baixa i fragmentada cobertura de serveis centrat bàsicament en la provisió discrecional de prestacions econòmiques (Taylor-Goody, 2004; Bonoli, 2006; Pavolini i Ranci, 2008, 2013).

A partir de 1990, l'increment de les necessitats de cura de la població com a «nou risc social» entre altres «problemes de pressió interna» dels països han donat pas a la introducció de noves estratègies de provisió adreçades a procurar la sostenibilitat econòmica dels sistemes. Els autors que han abordat l'estudi dels canvis en els sistemes de CLD ho han fet des de perspectives i línies d'anàlisi tan diverses com el canvi institucional (Pavolini i Ranci, 2008, 2013; Rodríguez Cabrero, 2011), les formes de provisió (Alber, 1995; Anttonen i Sipilä, 1996, 1997, 2005; Urgenson, 1997; Da Roit, Le Bihan i Osterle, 2007; Jensen, 2008; Da Roit i Le Bihan, 2010), el mercat laboral (Geisler i Pfau Effinger, 2005; Simonazzi, 2009, 2012; Pfau-Effinger i Rostgaard, 2011; Pfau-Effinger, 2017), el gènere, migracions i treball de cura (Hochschild, 2000; Parella, 2003, 2012; Sassen, 2003; Urgerson, 2005; Bettio, Simonazzi i Villa, 2006; Martínez Buján, 2006, 2010, 2011; William, 2010; Van Hooren, 2012; Andersson, 2012; Oso i Ribas-Mateos, 2012; Oso, i Parella, 2012), la mercantilització (Brennan, Cass, Himmelweit i Szebehely, 2012; Anttonen i Meagher, 2013; Szebehely i Meagher, 2013) o la família (Flaquer, 2002; Meil, 2002; Pfau-Effinger, 2012, 2014; Flaquer, Pfau-Effinger i Artiaga, 2014).

Pavolini i Ranci (2013) defineixen el canvi institucional en els sistemes de CLD com:

els canvis en les principals institucions que regulen el finançament, les intervencions i la provisió a favor de les persones amb necessitats de CLD (p. 17).

Pavolini i Ranci (2008) estudien les reformes en els sistemes de CLD en tres nivells institucionals: el macroinstitucional, el mesoorganitzacional i el microindividual. Els autors examinen i comparen la variabilitat i la innovació política en un conjunt de països europeus entre 1980-1990 (model original) i 1990-2006 (model revisat). Els principals processos de reforma identificats pels autors són: (a) l'increment de la tendència a combinar prestacions econòmiques i serveis; (b) el sorgiment i creació d'un nou mercat privat de cura fonamentat en la competitivitat; (c) una tendència a l'increment del poder adquisitiu dels usuaris mitjançant el pagament de prestacions econòmiques per a la compra de serveis privats; (d) finalment, la introducció de mesures de finançament adreçades a la promoció de l'atenció

en l'entorn familiar. Els autors assenyalen l'emergència d'una nova regulació governamental dissenyada amb l'objectiu de reestructurar i canviar els equilibris entre provisió pública i privada mitjançant la introducció de programes com el d'«envellir a casa» (*ageing in place*). Això ha suposat la transferència de la responsabilitat de la gestió, des del poder central al local, i la contenció de la despesa a través del traspàs de la responsabilitat des de l'àmbit institucional (públic) fins a l'àmbit familiar (privat) i de la «desinstitucionalització» de la cura.

En un estudi posterior, Ranci i Pavolini (2013) revisen les reformes institucionals en els sistemes de CLD en un conjunt de països europeus en el període 1990-2012 en relació amb quatre aspectes clau: (a) el perquè dels canvis; (b) quins actors polítics i socials es mobilitzen en la construcció de coalicions; (c) com es produeixen els canvis i quins són els mecanismes d'innovació, adaptació i reforma que s'activen; i (d) quin impacte tenen les reformes en el finançament i els nivells de cobertura per a les persones dependents. Els marcs teòrics emprats pels autors en l'anàlisi de les reformes són el de Hall (1993) —basat en tres nivells o ordres de canvi— i el model de canvi institucional de Streeck i Thelen (2005) —reproducció per adaptació, transformació gradual i fallida i reemplaçament. En l'estudi, els autors identifiquen tres models de protecció: l'universal, al qual pertanyen Suècia, Dinamarca i els Països Baixos; el model semiuniversal, en què inclouen Anglaterra; i el residual amb Alemanya, Àustria, França, Itàlia, Espanya i la República Txeca.

En relació amb el model teòric de Hall els autors assenyalen que s'han produït canvis de primer, segon i tercer ordre que dibuixen un nou balanç entre drets fonamentals, objectius polítics i noves formes de provisió. Els canvis de primer ordre estan relacionats amb la implementació d'instruments polítics innovadors en la provisió. Els canvis de segon ordre suposen una «recalibració» del sistema que afecta els drets fonamentals i que ocasiona canvis «paradigmàtics» o de tercer ordre. Ranci i Pavolini —a partir del model teòric de Streeck i Thelen (2005)— apunten que els canvis de primer i segon ordre que s'han produït en els models universals i semiuniversals es corresponen a una «reproducció per adaptació» i a una «transformació gradual» que comprometen la provisió dels serveis sense alterar els objectius fonamentals del sistema. Els aspectes que se'n deriven són la creació de «quasimercats» de provisió i la implementació d'un nou «consumisme» fonamentat en la introducció dels principis de la «nova gestió pública».

Segons els autors, alguns dels mecanismes que han abocat als canvis de primer i segon ordre són: (1) la restricció dels criteris per accedir al sistema públic de protecció; (2) la reorientació

de les persones amb afectacions més greus cap a altres sistemes de protecció; (3) l'augment dels copagaments per part dels usuaris, (4) la reorientació cap a prestacions de menor cost; i (5) la introducció d'incentius per a la promoció de la cura informal i la cura privada. Aquests dos últims mecanismes s'han orientat bàsicament a promoure la responsabilitat familiar i la compra de serveis amb instruments com «el pressupost personal», que té com a finalitat augmentar la capacitat adquisitiva dels usuaris. Les reformes en les famílies han derivat en un increment de les responsabilitats o *refamiliarització* en l'atenció mitjançant mecanismes dirigits a la inclusió de la família en el sistema públic de provisió. El principal instrument *refamiliaritzador* emprat ha sigut l'augment de les prestacions en metàl·lic i la reorientació de la provisió de la cura cap a l'entorn familiar per tal de reduir o evitar els ingressos en institucions assistencials, abaratint així el cost de la cura. Aquest nou incentiu econòmic, consistent en una provisió a baix cost centrada en la família, també ha comportat, segons els autors, un reconeixement de la cura informal com a part integrant del sistema públic de provisió i un nou equilibri de les responsabilitats de cuidar entre estat-família.

En definitiva, en els models de benestar universals i semiuniversals les estratègies reformadores han perseguit bàsicament introduir variacions en la provisió —canvis de primer i segon ordre— sense alterar els drets fonamentals —canvis de tercer ordre— amb la finalitat de contenir els costos, a excepció d'Anglaterra i Suècia, on s'ha produït un atac encobert de tercer ordre que sí que ha afectat els drets fonamentals. En els països amb un model residual de benestar, el canvi institucional s'adreça cap a la «fallida i reemplaçament» i la universalització dels sistemes —canvi paradigmàtic o de tercer ordre. Però immediatament després d'instaurar-se s'introdueixen tot un seguit de canvis incrementals adaptatius dirigits a la seva recalibració, a conseqüència de la crisi econòmica i la necessitat de contenció de costos. Els autors apunten així a una reestructuració dels sistemes en els models universals i semiuniversals orientada a la reducció de costos, retallades a Anglaterra i Suècia, i una expansió dels sistemes de cura en la majoria de països amb un model residual. Expansió que s'ha caracteritzat, en el cas espanyol, per les dificultats en la implementació dels sistemes de cura a conseqüència de les retallades i la contenció de la despesa a partir de la crisi econòmica del 2008 (Albesa, 2013, 2015).

Els autors conclouen que durant el període estudiat (1990-2012) els sistemes de CLD europeus no només s'han expandit sinó que també s'han contret. És a dir, a la vegada que s'han incrementat els nivells de cobertura i despesa pública, aquests sistemes han estat sotmesos a

fortes pressions i revisions dintre d'una mateixa dinàmica de continuïtat i de canvi. Dinàmica que s'ha combinat simultàniament amb formes adaptatives graduals adreçades a reduir l'impacte social i financer de les reformes. Com a resultat d'aquest procés de canvi, els règims de cura originals (1990) han seguit camins diferents i se n'ha incrementat la complexitat. A criteri dels autors s'evidencia una tendència cap a la convergència d'un model europeu de cura caracteritzat per un «universalisme limitat» en què els models universals es contrauen i els residuals s'expandeixen. Tendència que finalitza amb l'arribada de la crisi econòmica i les mesures de contenció de costos que aboquen els sistemes a un nou «universalisme restringit» fonamentat en drets universals, però amb prestacions limitades (Rodríguez, 2011; Ranci i Pavolini, 2015).

Des de la perspectiva del model social europeu (MSE) —entès com un conjunt de sistemes basats en valors comuns i similituds en l'aplicació de les polítiques europees de dependència—, Rodríguez Cabrero (2011) defensa que les respostes a les necessitats generades per les situacions de dependència són una barreja entre universalització, cures informals i provisió privada, en un context de globalització neoliberal, crisi econòmica i reestructuració dels EB. Igual que Pavolini i Ranci, aquest autor destaca els processos de continuïtat i de canvi dels sistemes de protecció. Continuïtat vista com l'adaptació de les velles estructures a les noves necessitats socials i canvi a través del lideratge de noves fórmules d'innovació política adreçades a afrontar els constreyniments econòmics. Des d'una visió de llarg recorregut, l'autor distingeix tres grans fases de la reforma social en relació amb les CLD en el context europeu: una primera fase que aniria des de finals del segle XIX fins al 1950; una segona que comprendria el període entre 1950-1990; i una tercera fase que arranca el 1990 i es perllonga fins a l'actualitat, i que romandria encara inconclusa. Segons aquest autor, en el període entre 1950-1990 —a excepció del model nòrdic— els models de cura europeus es caracteritzaven per sustentar una concepció familiarista i feminitzada de la cura. Aquest «model tradicional informal» es caracteritzava per trobar-se emmarcat en un context econòmic de benestar keynesià fordista fonamentat en una clara divisió sexual del treball (productiu-reproductiu); per una subsidiarietat de l'estat envers la família quant a la protecció; i per una residualitat del mercat en la provisió de serveis. A partir de 1990 (vegeu la taula 2), per a Rodríguez Cabrero es dona una nova configuració de les polítiques de cura que s'expliquen a partir d'una sèrie de factors: (a) les singularitats culturals i institucionals dels països; (b) les reivindicacions ciutadanes a favor dels drets de protecció i la socialització del risc de la dependència; (c) les contraccions econòmiques i financeres; (d) la contenció dels

costos en els sistemes de protecció social segons els diferents espais de crisi econòmica; i (e) les reestructuracions i tensions ideològiques de la globalització.

Segons apunta Rodríguez Cabrero la institucionalització (més o menys generalitzada del risc de dependència a partir de 1990) no ha estat ni una substitució del paper de la família tradicional com a cuidadora principal ni una ampliació total de la intensitat protectora de l'estat. Més aviat, allò que s'ha produït és una reorganització i reforçament de la cobertura pública bàsica dels sistemes de protecció preexistent. El creixement de la fe en els mercats i la combinació d'aquestes variables assenyalades han cristal·litzat en una recalibració dels sistemes, la instauració de polítiques de contenció de costos i un desplaçament de la responsabilitat de cura envers el mercat (remercantilització), la família (refamiliarització) i el propi individu (individualització).

Taula 2. Tendències de canvi en les CLD en el marc del MSE (1990-2010).

PERÍODE	PROVISIÓ	NATURALES DEL RISC	EXTENSIÓ DE LA COBERTURA	MODEL PRESTACIONAL	MODEL DE PROVISIÓ
1990-2000	Expansió	Socialització	Universalització	Condicionada a serveis	Serveis
2000-2010	Racionalització i contenció de costos	Refamiliarització Remercantilització i Individualització	Focalitzada en dependències elevades	Llibertat d'elecció	Prestacions monetàries

Font: elaboració pròpia a partir de Rodríguez Cabrero (2011).

Per a Rodríguez Cabrero, la «mercantilització» dels últims vint anys ha comportat un procés de contenció de costos i de canvi de model de gestió mitjançant fórmules empresarials o de «nova gestió pública» que ha desplaçat la provisió pública de la cura cap al sector privat. Les noves formes de privatització ampliada i de refamiliarització es visualitzen en el fet que anteriorment l'oferta de serveis era majoritàriament de titularitat pública i gestió privada; mentre que actualment és l'oferta privada qui contracta directament amb el sector públic i els consumidors privats. Da Roid i Le Bihan (2010) assenyalen que la remercantilització a través de l'ampliació i diversificació de proveïdors de serveis ha estat justificada pels governs com una nova forma d'exercir la capacitat d'elecció dels consumidors i de reconèixer a les famílies el dret a cuidar. Alhora, les polítiques públiques de CLD reforcen i reconstrueixen el model tradicional de cura familiarista per mitjà de les prestacions monetàries (cas anglosaxó); els programes de conciliació familiar i laboral (model nòrdic) o el pagament de prestacions

econòmiques als cuidadors i la seva inclusió en el sistema de Seguretat Social en el cas continental o espanyol. En aquest últim cas, el descomunal increment de les prestacions econòmiques durant la primera fase de desplegament del sistema de dependència (Llei 39/2006), va afavorir la contractació de mà d'obra extensiva de dones immigrants a baix cost i la potenciació d'un ampli mercat irregular de cura (Martínez Buján, 2006, 2011; Albesa, 2016).

Daly i Lewis (2000) estudien les reformes en els sistemes de cura des de la perspectiva del model mixt de benestar (*welfare mix*) i de la crisi de provisió de la cura en un context de canvis socials, demogràfics i econòmics. Segons aquestes autores, hi ha un reequilibri de responsabilitats entre les tres esferes de la provisió de benestar: l'estat, la família i el mercat, en què el mercat està assumint un paper preponderant (mercantilització) en la provisió de la cura. Igual que Da Rold i Le Bihan, Daly i Lewis defensen que els canvis esdevinguts han estat justificats pels governs per la necessitat d'una major flexibilitat i avantatges en la llibertat d'elecció del consumidor. Aquests canvis no només han afectat la forma de provisió dels serveis, sinó que han suposat un augment de la confiança del sector públic cap al mercat. Un altre aspecte fonamental que cal diferenciar, segons aquestes autores, és la importància dels contextos institucionals i culturals dels països com a determinants últims de les polítiques. Així doncs, pel que fa al model nòrdic, les prestacions econòmiques suposen un complement als serveis i es manté un equilibri amb la resta de formes de provisió. En canvi, en els models continentals, les prestacions econòmiques s'identifiquen com a substitutes dels serveis públics, atès que estan integrades fins i tot en les polítiques laborals adreçades a pal·liar els elevats índexs d'atur d'alguns països. Un altre aspecte interessant apuntat és la importància de la forma en què es realitza el pagament de les prestacions, ja que aquest fet determina el repartiment de les responsabilitats entre l'estat i la família. Quan el pagament s'adreça directament a «les cuidadores», la responsabilitat de la cura roman dins del sistema formal de protecció. Per contra, quan el pagament va directament a la persona dependent, l'estat s'allunya de la seva responsabilitat, la qual cosa implica un canvi important en els drets socials i de ciutadania de les persones dependents. A més dels processos de reequilibri i remercantilització en la provisió, les autores també alerten de les restriccions en l'accés als serveis i les retallades en les prestacions. Fan notar que l'accés als serveis ha quedat supeditat a certs grups d'usuaris amb necessitats especials d'atenció i que s'ha convertit en residual en aquells països on el procés de mercantilització està més instaurat. D'altra banda, les retallades

en les quanties de les prestacions econòmiques han suposat que aquestes hagin quedat subjectes a certs requisits i a topalls.

En la mateixa línia Da Roit i Le Bihan (2010) analitzen les repercussions de la introducció de les prestacions econòmiques (*cash for care*) a partir de 1990 en un conjunt de països amb diferents contextos institucionals. La introducció del *cash for care*, segons aquestes autores, és una tendència comuna a tot Europa tant en aquells països amb una certa tradició de polítiques de cura com en els sistemes més novells. Els principals objectius d'aquestes polítiques han estat incrementar la cura informal disponible, contenir la despesa pública i donar suport a un nou mercat privat de cura. Les autores destaquen les diferències en la inclusivitat dels sistemes, les regulacions de les prestacions i les diferents visions del treball informal de cura entre els països. La lliure elecció en la provisió ha permès als beneficiaris i llurs famílies triar el tipus de proveïdor (públic o privat i lucratiu o no lucratiu), el tipus de prestació (serveis, diners en metàl·lic o una combinació d'ambdós) i l'ús de les prestacions econòmiques. Sense cap mena de dubte, per a aquestes autores, l'encoratjament de la cura informal sense cap tipus de control per part de l'Administració ha propiciat formes alternatives d'ocupació laboral i d'organització del treball de cura. Per exemple, en aquells països on no hi ha regulacions laborals específiques, ha afavorit el sorgiment d'un mercat submergit de cura paral·lel —majoritàriament en el sector de les persones grans— integrat per dones immigrants i lligat a les noves dinàmiques de globalització del treball de cura (Martínez Buján, 2006; Oso i Parella, 2012).

En aquest mateix sentit, autores com Hochschild (2000) o Bettio (2002) analitzen els actuals processos de globalització i feminització de la cura units a l'aparició de fenòmens que anomenen «extracció de la cura» (*care drain*). Advertint de la incidència en les desigualtats de gènere en què s'incorre, defineixen el *care drain* com el procés a partir del qual les societats més riques compren la cura a baix cost a cuidadores provinents dels països menys afavorits econòmicament. En els estudis duts a terme pel Col·lectiu IOÉ (Pereda, Actis i De Prada, 2001, 2005) s'aprofundeix en les característiques sociolaborals de les dones immigrants en el treball domèstic i es denuncia la situació de precarietat, irregularitat i explotació laboral a què es troba sotmès aquest col·lectiu (Martínez Buján, 2006; Oso, 2008). Per a Martínez Buján (2010), les necessitats de treball intensiu de cura associat a l'atenció de les persones grans ha donat pas a l'anomenat *nou servei de la llar* o *servei domèstic de l'envelliment*, vinculat directament a una remercantilització de l'atenció personal. L'autora assevera que la demanda

de treball de cura en els països econòmicament més desenvolupats ha fet emergir la necessitat d'importar mà d'obra immigrant no professional. Això ha propiciat que els models de benestar «familiaristes» —on hi ha un mercat domèstic de cura informal desregulat— s'hagin convertit en la porta d'entrada per a moltes dones immigrants. D'aquesta manera, les transferències monetàries directament gestionades per les famílies han incentivat la contractació d'aquest col·lectiu de dones; en conseqüència, han fet emergir una nova forma de configuració de la cura i l'organització familiar, en passar d'un «model familiar de cura» a un model basat en una «migrant a la família» (Bettio et al., 2006; Martínez Buján, 2010). Van Hooren (2012) reforça aquesta tesi argumentant que les diferències entre una major o menor presència de persones migrades en l'organització de la cura es troben directament relacionades amb el tipus de règim de cura i en les seves polítiques socials. Per això, mentre que els règims familiaristes fomenten el model *migrant in the family*, el model liberal ho fa en relació amb el model migrant en el mercat laboral (*migrant in the market*) i el model socialdemòcrata no genera, en principi, cap mena de demanda de treball migrant de cura.

3.3. Impacte de la crisi econòmica de 2008 en les polítiques socials i les CLD europees

Les economies de mercat segueixen generalment una trajectòria expansiva, és a dir, tendeixen al creixement, però no acostumen a fer-ho d'una manera uniforme i continuada, sinó que més aviat s'alternen fases expansives i recessives. Aquestes oscil·lacions constitueixen el que en diem *cicles econòmics*, que són etapes per les quals passa l'activitat econòmica global al llarg del temps. En la fase expansiva hi ha un creixement dels nivells d'ocupació, de renda i consum, que pot arribar a una situació de plena ocupació dels factors de producció, uns nivells d'inversió elevats i de desocupació baixos. La fase següent, la de recessió (o depressió, quan és d'intensitat elevada), és aquella en què hi ha un increment del nivell de desocupació, un descens del consum, la inversió i la producció. Per tant, es pot dir que es produeix una crisi econòmica quan hi ha una forta davallada continuada del PIB real (producció de béns i serveis finals en l'interior d'un país sense influència de la inflació), que produeix a l'hora un descens en l'ocupació i el consum (Pérez i Jiménez, 2016; Buján Pérez, 2018).

La crisi econòmica de 2008, anomenada per alguns autors la Gran Recessió, ha estat considerada una de les pitjors crisis sistèmiques des del Crac del 29 del segle passat (Wade, 2011; Castells, 2014). Aquesta crisi, que parteix d'una *crisi financera* originada en el sector bancari nord-americà, té com a resultat una forta inestabilitat del mercat monetari i creditici a escala mundial. La crisi financera s'inicia amb el col·lapse de la bombolla immobiliària als

Estats Units i l'anomenada crisi de les *hipoteques subprime* l'any 2007. Aquestes hipoteques d'alt risc van tenir una repercussió crucial; primer, sobre el sistema financer nord-americà i, després, a nivell internacional, van causar una profunda crisi de liquiditat, diverses crisis borsàries, una crisi alimentària global i una crisi econòmica a escala internacional. Les conseqüències de la crisi financera es van deixar notar quan es va traslladar a l'economia real, amb la disminució de la inversió productiva i el descens de l'ocupació. L'impacte de les hipoteques també va tenir repercussions més enllà dels Estats Units i va provocar que tots els bancs d'inversió dels món tinguessin pèrdues. La resposta de la Reserva Federal dels Estats Units i del Banc Central Europeu va ser reforçar els mercats amb diners, injectant fons disponibles per als bancs (és a dir, una mena de préstecs amb condicions més favorables), i baixar els tipus d'interès. La crisi hipotecària es va saldar amb nombroses fallides financeres, nacionalitzacions bancàries, intervencions dels bancs centrals, descensos en les cotitzacions borsàries i un deteriorament de l'economia global real. Aquesta situació va suposar l'entrada en recessió d'algunes de les principals economies mundials (Tett, 2008; Abadía, 2009; Dabós, 2010; Laliberté, 2011; Castells, 2014).

Entre les causes que van generar la crisi econòmica de 2008 trobem la «bombolla immobiliària». Fenomen econòmic que va tenir lloc des de principis del segle XXI fins al 2008 i que va suposar que en la majoria dels països industrialitzats es registrés un augment dels preus dels habitatges molt per sobre de l'increment dels preus en general. El 2004 la Reserva Federal dels Estats Units va començar a pujar els tipus d'interès per controlar la inflació. Des d'aquest any fins al 2006 el tipus d'interès va passar de l'1% al 5,25%. El creixement del preu de l'habitatge, que havia estat espectacular entre els anys 2001 i 2005, va començar a experimentar un descens sostingut. A l'agost de 2005 el preu de lloguer i la taxa de vendes van caure en bona part dels Estats Units de manera abrupta. Les execucions hipotecàries degudes a l'impagament del deute van créixer desmesuradament i nombroses entitats van començar a tenir problemes de liquiditat, per poder retornar els diners als inversors o rebre finançament dels prestadors (Badia, 2009, Evans, 2011).

A escala europea, la crisi econòmica es va estendre ràpidament pels països. Els organismes econòmics oficials reflectien en aquell moment un increment dels preus dels immobles en gairebé tots els països industrialitzats, amb les excepcions d'Alemanya, el Japó i Suïssa. Els principals països europeus afectats són Dinamarca, Austràlia, Bèlgica, França, Irlanda, Itàlia, Holanda, Noruega, Espanya, Suècia i la Gran Bretanya. Tots ells amb les seves respectives

particularitats. Des de l'inici de la crisi, les autoritats econòmiques van optar per diferents solucions: la injecció de liquiditat des dels bancs centrals, la intervenció i la nacionalització de bancs, l'ampliació de la garantia dels dipòsits, la creació de fons milionaris per a la compra d'actius danyats, la garantia del deute bancari... Totes les mesures van tenir per objectiu mantenir la solvència de les entitats financeres, restablir la confiança entre entitats financeres, calmar les turbulències borsàries i tranquil·litzar els dipositants d'estalvis. Als països de la Unió Europea es va decidir permetre la concessió d'ajudes públiques per recapitalitzar els bancs, amb la finalitat que recuperessin la liquiditat i la fortalesa perduda durant la crisi; es va actuar de manera coordinada i es van adoptar respostes comunes davant la crisi financera (Girouard, Kennedy, Van den Noord i André, 2006; Evans, 2011).

L'estudi de l'impacte de la crisi en els EB europeus ha generat un gran interès entre els científics socials (Frazer i Marlier, 2011; Laparra et al., 2012; Pavolini, León, Guillen i Asconi, 2014; Castells, 2014; Moreno, Del Pino, Marí-Klose i Moreno-Fuentes, 2014). Mentrestant, altres autors s'han interessat en l'estudi de països o polítiques socials sectorials concretes, per exemple, el mercat laboral (Vaughan-Whitehead, 2011; Scarpetta, Sonnet i Manfredi, 2010; Knuth, 2016; Lehdorff, 2012); la salut (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts i Mckee, 2011; Taylor-Gooby i Stoker, 2011); la immigració (Castle i Vezzoli, 2009); o el gènere i la família (Galvez, 2013; Galvez i Rodríguez, 2016; Lombardo i León, 2015), entre d'altres.

Laparra et al. (2012) i Castells (2014) han considerat que les mesures implementades pels governs durant la crisi no només van afectar de forma negativa l'economia i les finances dels països, sinó que a més van tenir un impacte negatiu en la cohesió social i el benestar dels ciutadans. Aquest impacte negatiu es va cristal·litzar en un increment de les desigualtats socials i un empitjorament de la qualitat de vida de les classes socials menys afavorides, resultat de les retallades en la provisió social i l'afebliment de l'estat del benestar. Castells ressalta la dimensió política de la crisi per la forma en què aquesta va ser gestionada pels governs. L'autor assenyala que —igual que vuitanta anys enrere— la crisi s'origina en el sistema financer dels Estats Units i es trasllada a les economies europees afectant greument llurs sistemes productius, les finances públiques i els mercats laborals. Per a Castells, un dels aspectes clau de la crisi és la gestió que se'n va fer des dels estaments polítics. L'autor denuncia el fet que un primer conjunt de mesures anticrisi anessin encaminades a rescatar el sistema financer; fet que va abocar les hisendes públiques europees a una greu situació de

dèficit fiscal i de deute públic. La segona de les estratègies utilitzades pels governants, segons l'autor, va consistir en el control aferrissat de la despesa pública mitjançant la implementació de fortes mesures d'austeritat i retallades en la protecció social, que va ocasionar un elevat deteriorament en el benestar.

El mercat laboral va ser un dels sectors més castigats per la crisi econòmica. L'any 2012 hi havia encara 25 milions d'aturats en el conjunt dels països de la UE, el 10,8% de la població activa. Segons l'Enquesta de Població Activa (EPA, 2012), Espanya ostentava un 26% d'atur, del qual el 52% es corresponia a atur juvenil. Moreno et al. (2014) posen el focus en l'heterogeneïtat de l'impacte de la crisi en els diferents països europeus. Tal com fan notar aquests autors, mentre que alguns països van recuperar en poc temps els nivells d'ocupació i creixement econòmic previs al període precrisi, en altres països es van mantenir alts nivells de desocupació i un clar alentiment econòmic molt de temps després de l'impacte de la crisi. Tanmateix, indicadors de benestar com els nivells de pobresa i l'exclusió social varien considerablement entre els països. Per als autors assenyalats, la crisi va tenir un major impacte en aquells països on va haver-hi una major caiguda del PIB, en què les taxes d'atur prèvies eren més elevades, els sistemes de protecció menys generosos i els nivells de desigualtat social també eren més alts que en el període precrisi.

Frazer i Marlier (2011) també han considerat que la introducció de mesures de consolidació fiscal i d'austeritat adreçades a la reducció del dèficit públic varien considerablement entre els països. En els països amb economies més febles, i on l'aplicació de les mesures d'austeritat van ser més intenses, va tenir lloc una major acceleració dels processos de privatització dels serveis públics i un increment de les polítiques assistencialistes i dels nivells d'exclusió social. Igualment, altres autors també han considerat que les retallades en els sistemes de protecció han originat una progressiva dualització social en aquells països on les polítiques d'austeritat van tenir més ressò. Tot i que aquestes mesures es van erigir com a resposta unívoca en gairebé tots els països europeus, no obstant això, van ser els països de l'Europa del sud (Espanya, Itàlia, Grècia i Portugal) els més castigats. Circumstància que fa palesa la debilitat institucional dels sistemes de protecció del sud d'Europa i alhora la incapacitat dels governants per donar una resposta adient al creixement de les situacions de necessitat social enfront de la crisi econòmica en aquesta zona (Laparra et al., 2012; Emmenegger, Hausermann, Palier i Seeleib-Kaiser, 2012; Pavolini et al., 2014).

Pel que fa a l'estudi de l'impacte de la crisi econòmica en els sistemes o polítiques de CLD, hi ha un escàs desenvolupament acadèmic en relació amb l'estudi de l'impacte de la crisi econòmica en aquests sistemes. En el cas espanyol, les retallades en el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) s'inicien a partir de l'any 2010 —quan encara es trobava en fase d'implementació— i s'intensifiquen considerablement l'any 2012. Les estratègies utilitzades per reduir la despesa pública van consistir bàsicament en mesures encaminades a retardar l'accés al sistema, endarrerir el pagament de les prestacions i en retallades de les prestacions i els serveis. Ja des de l'inici l'any 2007, hi ha una clara tendència a la familiarització i mercantilització del sistema de protecció mitjançant una ferma aposta per l'ús de les prestacions econòmiques de cuidador no professional. Les retallades introduïdes l'any 2012, arran de les polítiques d'austeritat, van ocasionar un retorn a les polítiques assistencialistes prèvies i un deteriorament significatiu en la cobertura de les necessitats de les persones dependents (Albesa, 2013, 2015; Leon i Pavolini, 2014).

Montserrat (2015) estudia els costos de les mesures d'austeritat i les retallades pressupostàries en el sistema de dependència espanyol a partir de la implementació de les mesures per garantir l'estabilitat pressupostària i la competitivitat (20/2012). En aquest estudi, l'autora analitza l'impacte de la crisi en tres dimensions: el dret d'accés a les prestacions, la configuració del sistema amb relació a les prestacions bàsiques i el model de finançament. Montserrat adverteix que les mesures adoptades pel govern espanyol accentuen encara més les diferències en els nivells de protecció social amb la resta dels països europeus. No obstant les mesures no modifiquen els objectius assistencials primigenis, la Llei introdueix canvis substancials en l'atenció, els quals provoquen un augment de la precarització assistencial i l'expulsió del sistema d'un gran nombre de persones dependents. En definitiva, la crisi econòmica en el SAAD espanyol va provocar un augment considerable de la desatenció i un empitjorament substancial de la qualitat de vida dels dependents; tot plegat derivat de l'escassetat i minsa provisió de recursos disponibles i de l'increment de les necessitats d'atenció de la població dependent en els últims anys (Albesa, 2013, 2015).

La fragilitat del sistema de protecció legal i la vaguetat en la definició del dret a la protecció dels models de CLD de l'Europa del sud són algunes de les variables apuntades a l'hora d'explicar la forta contracció soferta per aquests sistemes a partir de la crisi econòmica (León, Ranci i Rostgaard, 2014). Aquests autors apunten que el balanç aconseguit durant l'edat de plata entre necessitats de cura, universalisme i constrenyiments financers —a través de

fórmules mixtes de provisió pública-privada i l'externalització de serveis— finalitza amb l'arribada de la crisi econòmica en gairebé tots els països europeus. Les noves pressions fiscals i econòmiques a partir d'esclat de la crisi es van traduir, segons els autors, en una reducció dels compromisos públics en la provisió de serveis i prestacions, posant en qüestió el *principi d'universalisme* aconseguit en el període precedent. Leon i Pavolini (2014) consideren que les fortes retallades aplicades pels governs en el model de benestar mediterrani a causa de la crisi, encaminades a l'estalvi econòmic i a la reducció del dèficit públic, van suposar un retrocés important en protecció social i retorn a polítiques assistencialistes allunyades del paradigma universal de protecció social proclamat durant els últims anys.

3.4. Conclusions del capítol

Pierson, enfront dels autors que en proclamen el desmantellament, defensa que els canvis en els EB responen més a un procés de reestructuració de caràcter incremental que a canvis de tipus radical i advoca per la resistència demostrada pels EB al llarg del seu recorregut. Per a l'autor, les reformes dels EB es troben vinculades a tres processos de reestructuració: la remercantilització o increment en la privatització dels sistemes de protecció; la recalibració, que consisteix a dotar-lo de més eficàcia; i la contenció de costos, que equival a retallades en els nivells de protecció. Des d'un altre punt de vista, Hall (1993) classifica els canvis en canvis de primer, segon i tercer ordre en els sistemes de protecció. Els canvis de primer i segon ordre serien aquells que afecten els instruments de la política i que es corresponen amb modificacions en la provisió; entre aquests tipus de canvis trobem les reduccions en les quanties econòmiques, l'enduriment dels requisits d'accés o l'augment dels nivells contributius previs, entre d'altres. Els canvis de tercer ordre o «canvis paradigmàtics» equivaldrien a canvis en els objectius generals, la naturalesa i principis fonamentals del sistema.

Les principals teories explicatives dels canvis en els EB i les seves variants es corresponen principalment amb tres escoles teòriques: la funcionalista-neofuncionalista, la conflictivista i la institucionalista-neoinstitucionalista (Starke, 2008). L'escola conflictivista —amb la tesi dels recursos de poder— i la funcionalista —amb la lògica de la industrialització o modernització— constitueixen algunes de les hipòtesis pioneres en el sorgiment dels EB. Posteriorment, a partir de la dècada dels noranta, amb l'arribada de la «crisi dels EB» guanyen força explicativa les teories neoinstitucionalistes i neofuncionalistes. Per als neoinstitucionalistes, no només els instruments i institucions polítiques determinen els canvis

en les polítiques socials, sinó que són les pròpies polítiques socials preexistents les que configuren noves polítiques, a través dels processos de retroalimentació política. Això és així perquè un cop s'ha consolidat una política social —excepte que succeeixi alguna cosa extraordinària— el marc precedent tindrà un impacte directe en la forma en què es desenvoluparà en el futur, el paper dels actors, les regles del joc polític i les resolucions que se'n derivin (Skocpol i Amenta, 1986; March i Olsen, 1989). Per als neoinstitucionalistes, el concepte de la *path dependence* és central en el terreny de les polítiques socials públiques. Aquesta teoria explica els canvis institucionals basant-se en l'herència organitzativa i remarca la importància de les continuïtats dels sistemes i la seva resistència al canvi. L'aspecte fonamental d'aquesta tesi rau en el fet que un cop s'ha establert una pauta d'acció institucional es produeix un efecte de retroalimentació positiu mitjançant el qual la tendència anirà reforçant-se amb el pas del temps (Pierson, 2000). En els últims anys, tesis com els «problemes de pressió» han guanyat rellevància explicativa en el terreny dels canvis en les polítiques de CLD. Aquesta rellevància ve donada per la vinculació dels *problemes de pressió interna* amb els *nous riscos socials* derivats de l'envelliment de la població; els canvis socioculturals relacionats amb les transformacions en les estructures familiars i la incorporació de la dona al mercat laboral. O també, pels riscos vinculats a les pressions derivades del finançament i les restriccions econòmiques. Segons aquesta perspectiva teòrica, els nous riscos socials han incrementat els nivells de despesa social que juntament amb les pressions fiscals han motivat la introducció de nous mecanismes reestructuradors orientats a millorar l'eficàcia dels sistemes i la seva sostenibilitat (Castles, 2004; Iversen, 2005; Pierson, 2001).

Cal afegir també que les reformes dels EB no han deixat indiferent les polítiques de CLD. La implementació generalitzada dels sistemes de cura a partir dels anys noranta del segle passat coincideix cronològicament amb un intens debat sobre la «crisi de l'estat del benestar» i el reequilibri de responsabilitats entre els seus tres màxims proveïdors: l'estat, la família i el mercat. Com s'ha pogut veure al llarg del capítol, els sistemes de protecció sorgeixen bàsicament a partir de l'increment generalitzat de les necessitats d'atenció de les persones dependents i dels canvis en l'estructura de suports. Enmig d'aquest context, en els últims anys aquests sistemes s'han vist immersos en un intens debat acadèmic que ha contribuït a albirar un seguit de tendències de canvi comunes entre els països. Tendències que han apuntat principalment cap a una marcada remercantilització i refamiliarització dels sistemes a través de formes innovadores de provisió. Entre les fórmules implementades en els últims anys

sobresurten l'increment de les prestacions econòmiques i la reducció de la provisió pública de serveis. Així, la provisió generalitzada en prestacions econòmiques ha afavorit la mercantilització dels sistemes via creació d'un mercat privat de cura (formal i informal) i la promoció de la família cuidadora com a suport bàsic en la provisió de la cura (Martínez Buján, 2006, 2010; Albesa, 2013, 2015).

Segons els autors estudiats, aquest nou equilibri entre provisió pública-privada deixa entreveure una ferma tendència a l'enfortiment del mercat en tots els països de l'entorn europeu, matisada per les seves arquitectures institucionals. Alguns dels nous mecanismes reestructuradors introduïts tenen a veure amb la restricció o enfortiment dels criteris d'accés al sistema, que expulsen certs col·lectius, o amb l'augment dels copagaments dels serveis, entre molts d'altres. A més, les arquitectures institucionals de benestar també determinen el tipus de reforma aplicada. En aquest sentit, les tendències reformadores dels últims anys en els models universals i semiuniversals s'han traduït en una reestructuració i contenció dels costos. Mentre que, en els sistemes residuals, hi ha hagut una tendència a l'expansió de la protecció que ha estat batejada per alguns autors com efecte *catch up*, la qual finalitza abruptament amb l'arribada de la crisi econòmica del 2008 (Pavolini i Ranci, 2008, 2013).

En la mateixa línia, Rodríguez Cabrero (2011) assenyala igualment els processos de mercantilització i refamiliarització dels sistemes de CLD descrits. Segons aquest autor, el marc institucional de benestar europeu fins al 1990 es caracteritzava per una economia centrada en la divisió sexual del treball i un model familiar de cura de tall tradicional. És entre 1990-2000 que en gairebé tots els països europeus —a excepció del sud d'Europa— hi ha una clara institucionalització i tendència a la universalització de la cura amb predominança en la provisió pública de serveis. Però en el període 2000-2010 s'inicia una tendència a la racionalització i la contenció de costos que finalitza amb la reorganització dels sistemes, l'augment del paper del mercat i el desplaçament de la responsabilitat estatal envers la família i l'individu. Això es tradueix en una clara remercantilització i refamiliarització dels sistemes en què el model prestacional de l'etapa anterior, centrat en la prestació de serveis, transita cap a un model de provisió sustentat en prestacions econòmiques, la promoció de la lliure elecció i la prestació privada de serveis.

D'altra banda, les teòriques feministes posen l'accent en la importància dels contextos institucionals i culturals dels països en la configuració de nous mecanismes reestructuradors. Les autores denuncien les retallades tant en la provisió de serveis públics com en les

prestacions econòmiques. Afirmen que la provisió en serveis ha quedat supeditada al compliment de certs requisits preestablerts i relegada a grups de persones amb necessitats de cura especials; o, inclús, que s'ha convertit en residual en aquells països on la mercantilització està més instaurada, alhora que les prestacions econòmiques s'han reduït i tenen un topall segons els nivells de necessitat (Daly i Lewis, 2000).

Pel que fa a l'impacte de la crisi econòmica en els EB, tal com ha apuntat Castells (2014), la crisi financera global del 2008 ha tingut un efecte força negatiu per a la cohesió ciutadana i les polítiques socials dels països. Els països més afectats per la crisi han estat aquells amb economies més febles i en què les retallades, com a mesura del control de la despesa, han estat més intenses. Les mesures d'austeritat aplicades per molts governs han accelerat els processos de privatització dels serveis públics i han ocasionat un retorn a velles polítiques assistencialistes. Aquestes polítiques han contribuït igualment a elevar els nivells d'exclusió social en gairebé tots els països europeus, sobretot en aquells països més castigats pels efectes de la crisi, com són els països del sud d'Europa (Pavolini et al., 2014).

Pel que fa als canvis en els sistemes de cura fins al moment actual, com ja s'ha assenyalat en l'apartat anterior, hi ha una minsa producció acadèmica sobre l'impacte de la crisi econòmica del 2008 en els sistemes de CLD europeus. El país amb un major nombre de referències és el cas espanyol, ja que la crisi a Espanya va suposar el col·lapse i el desmantellament de bona part del sistema d'atenció a la dependència. Com han matisat autores com Montserrat (2014) o Albasa (2013, 2015), a partir de la implementació de la Llei de dèficit públic de l'any 2012, les mesures d'austeritat en aquest país van suposar fortes retallades en la despesa del SAAD, les quals van generar una precarització assistencial i la desatenció d'una part important de persones dependents, cosa que va modificar els objectius universalistes primigenis del sistema.

CAPÍTOL 4

MARC METODOLÒGIC

Aquest apartat recull de manera descriptiva i reflexiva el marc metodològic triat per orientar la recerca. En el primer apartat es descriuen els objectius, la pregunta d'investigació i les dues hipòtesis plantejades. En el segon, s'expliquen amb detall les estratègies metodològiques i s'operativitzen i defineixen les dimensions, categories i indicadors analitzats en la recerca. El tercer apartat s'ocupa de definir i explicar els instruments i tècniques utilitzades. Finalment, en l'últim apartat, es concreta l'àmbit d'estudi i es presenta una taula amb els participants triats per dur a terme les entrevistes.

4.1. Objectius, pregunta i hipòtesis

Aquesta tesi doctoral s'emmarca dintre de l'anàlisi comparada en polítiques socials de cura en l'àmbit europeu. I té com a objectius bàsics:

- (a) Analitzar els canvis en els sistemes de CLD a Anglaterra, Alemanya, Suècia i Espanya, a partir de la crisi econòmica del 2008.
- (b) Analitzar les tendències lligades als canvis identificats en cada país en el període analitzat, en relació amb:
 - Contracció-expansió del sistema.
 - Mecanismes de reestructuració: remercantilització, contenció de costos, recalibració.
 - Refamiliarització.
- (c) Explicar les reformes a partir de l'impacte de la crisi econòmica en els models de benestar dels països estudiats.

La pregunta que es pretén respondre és:

- (a) ¿Explica l'impacte de la crisi econòmica en els EB dels països les reformes introduïdes en els seus sistemes de CLD?

Les dues hipòtesis que s'han plantejat són les següents:

Hipòtesi 1. Els canvis introduïts en els sistemes de CLD dels països estudiats, tot i mantenir-hi la seva naturalesa, apunten a una tendència a les reestructuracions orientades bàsicament a

la contenció de costos en la provisió de serveis i a la remercantilització i refamiliarització del sistema a través del foment de la cura en l'entorn familiar.

Aquesta hipòtesi pretén analitzar i contrastar els tipus de reformes introduïdes i els mecanismes de reestructuració implementats en els sistemes de CLD en els països; apuntant al fet que les reformes han contribuït a una remercantilització i refamiliarització dels sistemes a través del foment de la cura en l'entorn familiar. Es considera, per tant, que la provisió a través de les prestacions dineràries contribueix a una privatització i refamiliarització de l'atenció, ja que —mitjançant la provisió de prestacions econòmiques públiques— les famílies compren en el mercat privat els serveis que necessiten, fet que contribueix a la mercantilització de la cura. Al mateix temps, les prestacions econòmiques adreçades a la cura de les persones dependents promocionen la cura en l'entorn familiar i reforcen el rol tradicional de la dona com a principal curadora.

Hipòtesi 2. La crisi econòmica del 2008 ha incrementat les contraccions en les polítiques de CLD en tots els països, sobretot en aquells en què la crisi ha tingut més impacte quant a intensitat i durada. I alhora els sistemes de protecció social tenen una menor fortalesa pel que fa als indicadors següents: menor despesa en protecció, majors nivells de desigualtat familiar, més pobresa i un menor compromís públic en la provisió de serveis.

El major impacte de la crisi econòmica en el sistema de CLD s'entén com una major intensitat en relació al descens del creixement econòmic, l'increment dels nivells d'atur o l'increment del dèficit i deute públic. La major durada fa referència a un major perllongament en el temps de la situació de crisi econòmica. I la menor fortalesa dels models de benestar suposaria una menor despesa en protecció social, majors nivells de desigualtat familiar, majors nivells de pobresa i un menor compromís públic en la provisió de serveis. Aquesta segona hipòtesi afirmaria que a més impacte de la crisi econòmica i més feblesa dels EB, majors han estat les reformes introduïdes en els sistemes de CLD.

4.2. Estratègies metodològiques

4.2.1. Proposta metodològica

L'objecte d'estudi d'aquesta investigació és analitzar i explicar els canvis o reformes en els sistemes de CLD a partir de l'impacte de la crisi econòmica (2008) en els EB dels quatre casos o països analitzats: Alemanya, Anglaterra, Suècia i Espanya. El marc metodològic triat per contrastar i justificar les hipòtesis plantejades que orienten la recerca és el mètode comparatiu

entre països, aplicant l'estratègia de l'anàlisi de casos de sistemes diferents. L'anàlisi entre països (*cross-national*, en terminologia anglesa) permet l'anàlisi tant d'un nombre reduït com elevat de casos i la utilització simultània de diverses estratègies d'investigació (estudi de casos i de variables). Un estudi es pot considerar compartiu i entre països quan es comparen conceptes, entre dos o més països, els qual comparteixen la mateixa naturalesa. Comparar entre països té com a objectiu trobar i explicar semblances i divergències entre ells, per poder establir-hi generalitats posteriorment. Així doncs, atès que la finalitat última de les comparacions científiques és poder inferir lleis generals a partir de casos particulars, per poder establir la comparació entre els països, primer de tot, s'ha d'operativitzar, conceptualitzar i definir les dimensions i variables que es volen comparar (Caïs, 2002).

El mètode comparatiu és una de les eines metodològiques fonamentals en les ciències socials. Dur a terme un estudi utilitzant aquesta perspectiva suposa la utilització d'un marc conceptual i sistema d'anàlisi que permetin la comparació a través de la definició i operativització dels conceptes i la selecció de les unitats d'anàlisi, o casos a estudiar. Més que una metodologia, representa un marc analític centrat en una particular lògica d'anàlisi que permet la combinació de diferents estratègies d'apropament a la realitat social (anàlisi de casos i de variables). La flexibilitat d'aquest enfocament contribueix a la complementarietat i al trencament de la dicotomia entre mètodes quantitativs i qualitativs (Caïs, 2002; Pliscoff, 2003).

La idoneïtat de l'estratègia de l'estudi de casos en aquesta recerca se sustenta en el fet que afavoreix l'estudi amb més detall, aprofundeix en la complexitat dels processos i les interrelacions entre ells. La utilització de l'anàlisi de casos permet, a més, la combinació de metodologia i instruments quantitativs i qualitativs, possibilitant la inclusió de diverses perspectives i nivells d'anàlisi que amplifiquen el seu propòsit. No només es pretén identificar i descriure els factors que influeixen en l'objecte d'estudi de la investigació, sinó que, a més, es vol explorar i apropar-se al marc teòric i a la realitat d'aquest objecte d'estudi. L'anàlisi de casos en profunditat, al permetre un enfocament qualitatiu, possibilita comprendre els processos implicats en un fenomen i captar-ne la seva heterogeneïtat i variacions (Martínez Carazo, 2006).

En l'elecció de les unitats d'anàlisi s'ha triat la variant de casos diferents. Per a Caïs (2002), la tècnica de casos diferents cerca explicar qualitativament les variacions en el temps, triant sistemes diferents que no es diferencien en el fenomen que s'investiga. Els quatre casos escollits en la recerca es corresponen amb quatre models de benestar, els quals difereixen

bàsicament en els drets d'accés. Però, alhora, mostren resultats convergents pel que fa a la problemàtica a investigar o objecte d'estudi. És a dir, els canvis introduïts en els sistemes de cura a partir de l'impacte de la crisi en els diferents models (països) de benestar. Els països triats s'han considerat tipus ideals de cadascun dels EB: el continental o conservador; el liberal o assistencialista; el socialdemòcrata o universalista; i el mediterrani o familiarista, segons la categorització clàssica d'Esping-Andersen (1990) o autors com Moreno (2001) i Ferrera (1996), en el cas espanyol.

4.2.2. Operativització i definició de conceptes: dimensions, categories i variables d'anàlisi

Com s'ha vist, l'operativització i definició conceptual dels constructes teòrics: dimensions, categories i indicadors i variables, constitueixen la base del mètode comparatiu que possibilita la recollida d'informació. L'operativització i conceptualització dels constructes s'ha dut a terme a partir de l'anàlisi de la variable dependent i independent de la recerca. La variable dependent abasta l'anàlisi dels canvis en quatre dimensions i categories dels sistemes de CLD:

(a) *Naturalesa i principis del sistema*: fa referència als condicionants o requisits que donen accés a un dret o al sistema de protecció social, i que pot ser universal, contributiva o assistencialista (Sarassa, 2009).

- *Universal*: en aquest supòsit tota la ciutadania té dret a accedir al sistema de protecció sense cap mena de prerequisit, el qual s'estableix després de valorar la situació de necessitat.
- *Contributiva*: situació en què només s'accedeix al sistema mitjançant cotitzacions prèvies al sistema.
- *Assistencialista*: l'accés està condicionat a la comprovació de la capacitat econòmica de les persones interessades.

Els principis d'un sistema de protecció poden definir-se com aquells elements que orienten les actuacions públiques en l'exercici d'un determinat afer. Alguns dels principis que s'han considerat més rellevants a l'hora de guiar les actuacions públiques en els sistemes de CLD fan referència a la prevenció, l'atenció comunitària, la igualtat i la qualitat (Llei orgànica 39/2006). Altres categories desenvolupades més recentment s'orienten a la promoció del rol de *client-consumidor* a través de mecanismes com el de la *lliure elecció* del proveïdor o el

tipus de provisió (prestació en servei-diners). En concret, aquests principis els podríem definir de la manera següent:

- *Prevenció*: serien aquelles accions dirigides a actuar sobre les causes dels problemes o necessitats per evitar-ne l'aparició, l'agreujament o pal·liar-ne els efectes.
- *Subsidiarietat familiar i comunitària o comunitarisme*: principis a partir dels quals es responsabilitza de la cura a la família i es persegueix l'atenció en l'entorn més proper a la persona. Es fonamenten en la idea d'*envellir a casa* on predominen els serveis adreçats a l'atenció de la persona en el mateix domicili o en el seu entorn immediat (comunitat).
- *Igualtat*: es basa en el fet que tothom pugui accedir al sistema de forma igualitària, en igualtat de condicions, sense patir cap mena de discriminació motivada per circumstàncies personals, de gènere, territorials o de qualsevol altre tipus.
- *Qualitat*: fa referència a les actuacions i les prestacions que tenen com a finalitat una satisfacció correcta i l'adaptació dels recursos a les necessitats socials i de la comunitat.
- *Lliure elecció*: categoria on predomina el binomi client-consumidor. Situa l'anàlisi en l'àmbit de les interrelacions que s'estableixen en la compravenda de productes o serveis en el mercat, en contrast amb el rol d'usuari dels serveis públics.

(b) *Procediment d'accés i de reconeixement del dret*: l'anàlisi d'aquesta dimensió pot variar d'un sistema de protecció a un altre. Inclou tots aquells procediments formals relacionats amb l'accés al dret, des de l'inici fins al final. És a dir, aquells canvis i reformes relacionats amb aspectes com ara:

- *Llistes d'espera*: categoria d'anàlisi que fa referència al temps que la persona ha d'esperar per ser valorada, rebre els dictàmens per part dels organismes oficials o per accedir a les prestacions econòmiques o serveis.
- *Criteris d'accés i barem*: aquesta categoria guarda relació amb les condicions d'elegibilitat per accedir a un determinat dret i als canvis que es poden produir pel que fa a l'enfortiment o l'ampliació d'aquests criteris establerts per a l'accés; si els condicionants estan subjectes als nivells de gravetat mèdica, a la manca efectiva de suports informals o a situacions de risc, etcètera. O a les modificacions en els instruments de mesura de la situació de necessitat que fan més o menys accessible l'entrada al sistema.

(c) *Provisió de serveis i prestacions*: la provisió de serveis fa referència bàsicament als serveis comunitaris i residencials. Els serveis comunitaris els constitueixen els centres de dia, serveis d'atenció domiciliària i altres suports complementaris, segons els països. Els serveis residencials són aquells que es presten de forma temporal o permanent dintre d'una institució que supleix el domicili familiar. En canvi, la provisió en prestacions econòmiques al·ludeix a les ajudes monetàries que reben les persones en situació de dependència i que poden anar adreçades al suport als cuidadors o a la compra de serveis comunitaris i residencials. Les categories analitzades en aquesta dimensió són:

- *Canvis en la provisió*: analitza les retallades dutes a terme en els serveis per la manca de provisió; les restriccions en l'accés a determinats serveis com poden ser els residencials; els canvis en els models assistencials; la reducció de la qualitat originada pels processos de privatització; o el predomini d'un tipus de provisió en detriment d'un altre.

(d) *Organització, gestió i finançament*: dimensió que integra l'anàlisi de les categories que fan referència als canvis en l'organització i gestió dels sistemes públics de CLD quant a finançament global del sistema i els equilibris de les contribucions entre els diferents actors, i les condicions laborals i del mercat del treball de cura.

- *Model organitzatiu i de gestió*: té a veure amb els canvis de model de provisió i l'increment de l'externalització en la gestió de serveis públics. Supòsit en què els serveis públics mantenen la titularitat, però passen a ser gestionats per entitats privades o pel tercer sector social; o també poden ser comprats directament per l'Administració pública al tercer sector social o mercantil. L'externalització de serveis públics es trobaria directament lligada als processos de mercantilització i de contenció de costos dels sistemes dels últims anys.
- *Finançament del sistema*: categoria que analitza els canvis o retallades que hi ha hagut en els sistemes des d'una perspectiva general, principalment, des del nivell central al local. I també les contribucions en el finançament dels serveis per part dels usuaris a través del copagament.
- *Mercat laboral i professional*: analitza els canvis introduïts en les relacions professionals, la reducció i manca de professionals qualificats en el sector de la cura

durant aquesta última dècada, i els canvis en l'equilibri entre les diferents esferes de provisió i el binomi provisió formal i informal.

A la taula 3 es reproduïxen esquemàticament les principals dimensions i categories analítiques emprades en l'estudi dels canvis i reformes dels sistemes de CLD que s'han explicat anteriorment.

Taula 3. Dimensions i categories d'anàlisi en l'estudi dels canvis en els sistemes de CLD.

DIMENSIONS	CATEGORIES
Naturalesa i principis del sistema	Universal. Contributiva. Assistencial Principis: prevenció, qualitat, igualtat, atenció comunitària o comunitarisme, lliure elecció
Procediment d'accés i reconeixement del dret	Llistes d'espera Criteris d'accés i barem de valoració
Provisió de serveis i prestacions	Canvis en la provisió
Organitzatius, gestió i finançament	Model organitzatiu i de gestió Finançament del sistema Mercat laboral i professional

Font: elaboració pròpia.

Pel que fa als factors que expliquen els canvis en els sistemes de CLD, s'han construït i operativitzat dues categories analítiques que permetessin analitzar i explicar la fortalesa dels EB i l'impacte (quant a intensitat i durada) de la crisi econòmica en els països i llurs sistemes de benestar. Així doncs, els factors causals, els quals constitueixen les variables independents de la investigació, són els següents:

(a) *La fortalesa dels models de benestar*: categoria que analitza la rellevància de les polítiques socials i de la promoció de la igualtat social en els EB. Per mesurar la fortalesa dels EB s'han escollit les següents variables associades a aquesta categoria:

- *La naturalesa i evolució dels drets socials*: aquest indicador està relacionat amb les condicions particulars per accedir als sistemes de protecció social en els països, i que pot ser de caire universalista, contributiu o assistencialista.

- *La despesa en protecció social*: representa el percentatge del producte interior brut (d'ara endavant PIB) invertit pels governs (centrals, autonòmics-regionals o locals) amb finalitats socials.
- *El model de provisió*: assenyala les diferents formes emprades en la cobertura de les necessitats socials. Els dos grans models de provisió són els centrats en els serveis i en prestacions econòmiques. El primer model es caracteritza per un elevat compromís públic en el benestar. En el segon, el nivell d'implicació és inferior i generalment es dona en sistemes més mercantilitzats.
- *La desigualtat d'ingressos familiars*: aquest indicador de mesura dels ingressos d'una unitat familiar és representatiu dels nivells de desigualtat en les llars.
- *La taxa de pobresa*: la taxa de pobresa relativa segons el coeficient de Gini fa referència a la manca de recursos econòmics per cobrir les necessitats bàsiques en un context social determinat.

(b) *Impacte de la crisi econòmica del 2008*: els indicadors econòmics associats a aquesta variable considerats adients per mesurar la intensitat i durada de la crisi econòmica en els països estudiats són:

- *La variació anual del PIB*: mesura l'evolució en la producció de béns i serveis d'un país en un període determinat.
- *El dèficit públic (fiscal o pressupostari)*: el dèficit públic és el dèficit fiscal en què incorre un país quan les despeses del govern superen els ingressos en termes de percentatge del PIB.
- *El deute públic (o deute sobirà)*: és el deute contret pel conjunt de les administracions públiques d'un estat, amb inversors particulars o amb un altre país, quan gasta més del que ingressa i es veu obligat a cercar actius financers per finançar-se.
- *Evolució de la taxa d'atur*: indicador que mesura les persones que estan sense feina entre la població activa (població amb edat de treballar).

A la taula 4 es reproduïxen esquemàticament les categories d'anàlisi i les variables i indicadors comentats anteriorment.

Taula 4. Categories, variables i indicadors per mesurar la força del model de benestar i l'impacte de la crisi econòmica en els països.

CATEGORIES	VARIABLES-INDICADORS
FORTALESA MODELS DE BENESTAR (fortalesa)	Naturalesa (universal, contributiva i assistencialista) Despesa en protecció social Model de provisió: pública o privada Desigualtat d'ingressos familiars Taxa de pobresa
IMPACTE DE LA CRISI ECONÒMICA (intensitat i durada)	Variació anual del PIB Variació en el dèficit i deute públic Evolució de la taxa d'atur

Font: elaboració pròpia.

4.2.3. Instruments utilitzats en la recollida i anàlisi de les dades

Els instruments o tècniques són les eines imprescindibles per a la recollida i anàlisi de les dades que permetin demostrar les hipòtesis i assolir els objectius de qualsevol investigació. En aquesta recerca s'ha optat per la combinació de tècniques qualitatives i quantitatives. Per a Hueso i Cascan (2012), la combinació de tècniques no resulta problemàtica, sinó tot el contrari, la consideren essencial per unir extensió i profunditat. Mentre que els mètodes i tècniques qualitatives s'acosten a l'objecte d'estudi a partir dels aspectes descriptius i subjectius de la realitat; les quantitatives ho fan a partir del registre d'aspectes mesurables i de variables des de les quals es busca explicar la interrelació entre els fenòmens. Una altra classificació possible en l'accés i recollida d'informació és la que distingeix entre fonts de dades primàries i secundàries. En la primera, la informació és produïda directament pel mateix investigador mitjançant tècniques com l'entrevista, grups focals, qüestionaris o enquestes, entre d'altres. En la segona font, l'investigador recorre a dades ja existents a través de la utilització de tècniques com l'observació documental o l'explotació de bases de dades secundàries (Penalva i Mateo, 2006).

Per als autors citats, la documentació i les dades secundàries abasten un doble ús: per un costat, establir el marc teòric i l'estat de la qüestió de la recerca i, per un altre, proveeixen material empíric. Aquest últim pot tenir una doble naturalesa: les dades estadístiques i els documents. Les primeres tenen la característica de ser dades estructurades, quantitatives, a les quals s'accedeix mitjançant l'explotació de bases de dades secundàries a partir d'un gran nombre de registres: arxius, organismes públics, centres d'investigació. Les segones tenen la particularitat de ser dades no estructurades, qualitatives, que tenen el seu origen en documents

escrits (textos legals, llibres, pàgines web), audiovisuals o d'altra mena. En la present investigació, en el procés de recollida d'informació, s'ha recorregut tant a fonts primàries com secundàries. Per a la producció d'informació a través de fonts primàries s'ha utilitzat la tècnica de l'entrevista semiestructurada a informants clau. Les fonts secundàries que s'han fet servir han estat principalment documentació legal, literatura especialitzada i bases de dades estadístiques. Per poder definir i mesurar la fortalesa dels EB i l'impacte de la crisi econòmica s'ha recorregut bàsicament a dades secundàries de tipus documental i dades quantitatives extretes de les bases de dades de l'OCDE. A continuació s'exposen amb detall les tècniques de recollida d'informació en el procés d'elaboració dels capítols i les fonts consultades.

Amb la tècnica d'observació documental he elaborat l'apartat teòric i l'estat de la qüestió de la recerca (segon i tercer capítols). Per elaborar el cinquè capítol he consultat documentació especialitzada sobre els EB i l'impacte de la crisi econòmica. L'observació de textos legals l'he feta servir bàsicament per a l'estudi dels canvis legals, en el sisè capítol. Les fonts consultades han estat tant en format paper com digital, a partir de publicacions a les pàgines web d'organismes oficials: els ministeris de sanitat i afers socials, ajuntaments o entitats socials o mercantils dels països estudiats. Una de les major dificultats en l'accés a la informació ha estat la manca de textos legals publicats en llengua anglesa en els casos d'Alemanya i Suècia. Raó per la qual, he hagut de recórrer a les pàgines electròniques amb l'opció de traducció a altres llengües, o bé complementar la informació a través de les entrevistes o publicacions especialitzades. La legislació referent a les reformes, les dates d'aplicació, juntament amb les fonts o pàgines web consultades es troben detallades a la taula número 5.

Taula 5. Principals textos legals, data d'aplicació i fonts consultades.

PAÍS	NORMATIVA LEGAL	APLICACIÓ	FONTS
ALEMANYA	<i>Pflegestärkungsgesetz</i> PSG-I <i>Pflegestärkungsgesetz</i> PSG-II	2015 2016-2017	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/topics/long-term-care/long-term-care-insurance.html https://www.gkv-spitzenverband.de/

ANGLATERRA	Green Paper Dialnot Paper Welfare Reform Act Welfare Reform Act	2009 2012 2012 2014	https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care https://www.gov.uk/government/publications/welfare-reform-act-2012-regulations/welfare-reform-act-2012-regulations https://www.scie.org.uk/ https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support/what-social-care-services-are-available/
SUECIA	Llei del sistema d'elecció en el sector públic LOV	2009	http://www.government.se/government-policy/social-care/
ESPANYA	Reial Decret Llei de mesures extraordinàries per a la reducció del dèficit públic Reial Decret Llei de mesures urgents per a la correcció del dèficit públic Reial Decret Llei de mesures per a l'estabilitat pressupostària i la competitivitat	2010 2011 2012	http://www.boe.es/publicaciones/ http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/index.htm

Font: elaboració pròpia a partir de la legislació consultada.

L'altra de les tècniques de caràcter qualitatiu utilitzada ha estat la de l'entrevista. La tècnica de l'entrevista constitueix un dels principals instruments per a la recerca sociològica i també per a altres disciplines pertanyents a les ciències socials. Segons Folgueiras (2012), l'objectiu bàsic de l'entrevista és recollir informació verbal i personalitzada sobre una temàtica d'estudi concreta. L'interès i particularitat d'aquesta tècnica rau en el fet que l'observació es realitza sobre la base tant d'aspectes objectius de la realitat (característiques físiques, professionals, econòmiques) com d'aspectes subjectius (idees, creences, opinions, actituds, conductes, etc.). Tot i no permetre la recollida d'informació estadística, la tècnica de l'entrevista és una eina vàlida per a l'obtenció d'una gran quantitat d'informació, que possibilita indagar de forma acurada en la realitat quotidiana (Caïs, 2002). Per a Folgueiras, hi ha tres tipus d'entrevista segons el grau d'estructuració: les estructurades, basades en un qüestionari amb preguntes tancades; les no estructurades o en profunditat, realitzades sense cap guió ni estructura prèvia; i les entrevistes semiestructurades, en les quals se segueix un guió elaborat a priori en què les preguntes es formulen de forma oberta i permeten una major riquesa i varietat en la recollida d'informació.

L'entrevista semiestructurada a informants clau ha estat el principal instrument de recollida de material empíric de la recerca. El motiu d'haver escollit aquest tipus de tècnica va ser el fet que permet a l'entrevistat donar l'opinió amb més llibertat i evitar la rigidesa de les preguntes tancades, possibilitant així una major riquesa i varietat de respostes. Aquesta flexibilitat va permetre alhora anar adequant les entrevistes als objectius perseguits en la investigació. Com a guia vaig elaborar dos models de guió entrevista-qüestionari (vegeu els models d'entrevista semiestructurada a l'annex 1). En els guions entrevista-qüestionaris, en primer lloc, s'inclou una presentació on s'expliquen els objectius i l'estructura del qüestionari. Els guions es van estructurar en quatre apartats o blocs de preguntes: en el primer bloc es preguntava sobre el perfil professional de l'entrevistat, la seva tasca i el funcionament i l'organització del servei, o pel funcionament general del sistema de CLD en el país, segons el cas i perfil del professional entrevistat. Aquest primer apartat anava dirigit a conèixer amb més exactitud el perfil professional dels entrevistats i obtenir un coneixement més acurat dels serveis i l'organització i funcionament dels model de CLD en els països. El segon bloc de preguntes es va elaborar seguint les dimensions i categories d'anàlisi per tal de recollir l'opinió dels entrevistats en relació amb els canvis implementats a partir de la crisi econòmica. En el tercer bloc es pregunta sobre l'impacte dels canvis en els usuaris. I, finalment, les preguntes del quart bloc es van dissenyar amb la finalitat d'explorar els factors causals o explicatius de les reformes, partint dels principals corrents teòrics en l'estudi dels EB, i deixant igualment que l'entrevistat donés el seu punt de vista de forma oberta.

L'última tècnica utilitzada en la recollida d'informació ha estat la d'exploració de bases de dades secundàries estadístiques. Com s'ha vist, les dades numèriques tenen la característica de ser dades estructurades i quantificables. La principal dificultat, pel que fa a la recollida de dades estadístiques, va ser trobar indicadors comparables durant els mateixos períodes temporals. El primer dels indicadors quantitius analitzat (cinquè capítol) correspon a l'estructura i l'evolució de la població. Per observar els canvis demogràfics es van consultar les pàgines web dels serveis oficials nacionals d'estadística. En la resta d'indicadors, a excepció del cas d'Anglaterra, finalment vaig optar per la utilització de dades estandarditzades publicades per l'OCDE. Les últimes dades disponibles per mesurar la fortalesa dels EB (despesa en protecció social, taxa de pobresa, desigualtat d'ingressos familiars i despesa en serveis públics) es corresponen als anys 2013 i 2016. En l'anàlisi sobre l'impacte de la crisi econòmica (PIB, el dèficit i deute fiscal o l'evolució de la taxa d'atur) el període analitzat ha estat del 2000-2016.

En l'apartat sobre la provisió en els serveis de CLD (sisè capítol), en el cas d'Alemanya, les dades quantitatives inclouen els treballadors dedicats a la cura que presten serveis finançats per l'Assegurança pública i privada de CLD (SGB XI) i els cuidadors no professionals que cotitzen a la Seguretat Social. En el cas d'Anglaterra, les dades abasten tot el Regne Unit, ja que l'OCDE no disposa de dades desagregades per països. Els indicadors referents als serveis de CLD es limiten als cuidadors personals (no s'inclou el personal qualificat). L'indicador sobre el nombre de places en equipaments residencials cobreix la totalitat de serveis residencials al Regne Unit. En canvi, les dades sobre l'evolució del nombre de beneficiaris segons el tipus de servei estan limitades a Anglaterra. En el cas de Suècia, s'analitzen el nombre total de treballadors en el sector públic de CLD que, igual que a Alemanya, inclouen els professionals d'atenció i cura personal i d'infermeria en el sistema de les CLD. Finalment, en el cas d'Espanya, les dades disponibles es troben limitades al període 2009-2016, inici de la implementació del SAAD. El primer indicador es correspon amb el nombre total de treballadors i cuidadors afiliats a la Seguretat Social que realitzaven una activitat laboral en l'àmbit d'atenció a les persones amb necessitats de CLD. L'indicador sobre l'evolució del nombre de places públiques en equipaments residencials no s'ha inclòs en l'anàlisi per la manca de fiabilitat de les dades, segons l'OCDE. A la taula 6 s'aporta un recull sobre els indicadors, les fonts consultades i els períodes analitzats.

Taula 6. Indicadors, fonts i període analitzat.

PAÏSOS	INDICADORS	FONTS	PERÍODE
ALEMANYA	Nombre de treballadors i cuidadors formals Places en equipaments residencials Total de beneficiaris de serveis	OCDE	2001-2015 (biennal)
REGNE UNIT ANGLATERRA	Nombre de cuidadors formals Places en equipaments residencials Total de beneficiaris de serveis	OCDE i <i>Referrals, Assessments and Packages of Care Return</i> . <i>Community Care Statistics: Social Services Activity. Health & Social Care Information Centre</i>	2000-09: Anglaterra i Gal·les >2009: Escòcia i Irlanda del Nord 2014-2016: dades estimades
SUËCIA	Nombre de treballadors i cuidadors formals Places en equipaments residencials Total de beneficiaris de serveis	OCDE i Associació Sueca d'Autoritats Locals i Regionals (SALAR), estadístiques de personal	2000-2015

ESPANYA	Nombre de treballadors i cuidadors formals	OCDE i Tresoreria de la Seguretat Social. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Institut de Gent Gran i Serveis Socials	2009-2016
	Places en equipaments residencials		
	Total de beneficiaris de serveis		

Font: elaboració pròpia.

Finalment, en l'apartat d'anàlisi de la informació s'ha fet servir la tècnica d'anàlisi de contingut, que consisteix en la classificació, codificació i anàlisi de la informació recollida en les entrevistes, documents, observació, etc. (Penalva i Mateo, 2006). La informació recollida s'ha estructurat en tres nivells d'anàlisi (capítol 7) amb l'objectiu d'oferir diferents perspectives a un mateix problema o triangulació de les dades (taula 7). En el primer nivell s'analitzen les dades de tipus quantitatiu recollides a partir de l'explotació de les bases de dades de l'OCDE i les oficines d'estadística dels països estudiats, en relació amb la provisió en els serveis de CLD; en el segon, es revisen els canvis legislatius en els sistemes de CLD, seguint les dimensions i categories d'anàlisi; i en el darrer i tercer nivell, es recull la percepció dels entrevistats en relació amb els canvis i els factors explicatius.

Taula 7. Esquema dels nivells d'anàlisi i perspectiva metodològica utilitzada.

NIVELLS D'ANÀLISI	PERSPECTIVA METODOLÒGICA
NIVELL 1	Quantitativa-provisió serveis
NIVELL 2	Qualitativa-legislatiu
NIVELL 3	Qualitativa-percepció dels canvis i causalitat actors

Font: elaboració pròpia.

4.2.4. Àmbit de l'estudi i participants

El treball de camp de la investigació el vaig dur a terme entre els mesos d'abril del 2017 i de febrer del 2018. Es van fer entrevistes en diversos territoris d'Alemanya, Anglaterra, Suècia i Espanya. En una primera fase (últim trimestre del 2016), vaig contactar amb organismes nacionals i internacionals sol·licitant-los els correus de persones i entitats relacionades amb les CLD que poguessin estar interessades a participar en la recerca (vegeu el model de carta a l'annex 2). A través del Consell General de Treballadors Socials Espanyol vaig aconseguir contactar amb les associacions de treballadors socials d'Anglaterra, Alemanya i Suècia.

L'Institut de Recerca d'Estudis Europeus de Frankfurt, la Universitat de Bremen i el Programa d'Intercanvi Professional Internacional (CIF) d'Alemanya em van proporcionar el contacte amb professionals i entitats públiques i privades de la zona de Berlín (vegeu la taula 8). La Taula del Tercer Sector de Catalunya també em va facilitar noms i telèfons d'entitats i professionals del sector arreu d'Espanya.

Taula 8. Entitats i contactes realitzats per països

PAÍS	ENTITATS	PERSONA DE CONTACTE	CONTACTE
ESPANYA	IMSERSO	Carmen Balfagón	dg@imserso.es
	Col·legi de Treball Social de Catalunya - Comissió de Relacions Internacionals	Juan Manuel Ribera Puerto	jmrivera@tscat.cat
	Consejo General de Trabajo Social Espanyol	Ana Lima	coordinacion@cgtrabajosocial.es
	Taula del Tercer Sector Social	Roger Civit	rcivit@tercersector.cat
ALEMANYA	Associació Alemanya de Treballadors Socials	Gabriele Stark-Angermeier	info@dbsh.de vorsitz@dbsh.de
	Observatory for Sociopolitical Developments in Europe www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.eu www.sociopolitical-observatory.eu	Alejandro Rada	alejandro.rada@iss-ffm.de
	CIF-Alemanya	Renate Wisbar-Gerhard Schmidt	renate.wisbar@cif-germany.de schmidt-grillmeier@online.de
	Senior Research Fellow Socium - Zes, (The Centre for Social Policy Research) University of Bremen	Dr. Lorraine Frisina-Doetter	frisina@uni-bremen.de
SUÈCIA	SKTF	Josefine Johansson	josefinejohansson@hotmail.com
	SSR	Titti Frankel	titti.frankel@akademssr.se
ANGLATERRA	BASW https://www.basw.co.uk/international/	Tracy Chopping Helen Randle Guy Shennan	t.chopping@basw.co.uk policyadmin@basw.co.uk h.meachin@basw.co.uk
	Association of Directors of Adult Social Services (ADASS) https://www.adass.org.uk/home/	Cathie Williams	team@adass.org.uk
	HCPC- <u>Health and Care Professions Council</u>	Sense persona de contacte	international@hcpc-uk.org
	Assistant Professorial Research Fellow Personal Social Services Research Unit (PSSRU) London School of Economics and Political Science (LSE)	Adelina Comas José Luís Fernández	A.Comas@lse.ac.uk J.Fernandez@lse.ac.uk
EUROPA	IFSW EUROPE International Federation of Social Workers (IFSW) http://www.dbsh.de/	Cristina Martins	europe.ifsw@gmail.com

Font: elaboració pròpia.

El fet d'haver pogut realitzar dues estades com a investigadora visitant —la primera, de sis mesos, a la London School of Economics and Political Science (LSE) i la segona, de dos, al Swedish Institute for Social Research (SOFI) de la Universitat d'Estocolm (vegeu-ne la carta de sol·licitud a l'annex 3)— em va permetre accedir a valuosa literatura especialitzada dels països per aprofundir en l'estudi teòric dels casos; a banda de disposar d'un espai físic i una adreça de correu electrònic de la universitat per poder fer els contactes. A més de proporcionar-me contactes d'entitats, professionals i experts en el tema, les universitats també em van oferir l'oportunitat de participar en reunions, seminaris i diverses activitats formatives organitzades pels departaments de recerca.

Vaig realitzar un total de 41 entrevistes, amb una mostra de participants formada per tres tipus de perfils:

- Professionals d'atenció directa: treballadors socials, educadors socials, psicòlegs, infermers, metges etc.
- Gestors o responsables de recursos de CLD públics i privats (atenció domiciliària, centres residencials o altres equipaments especialitats).
- Experts en el tema: investigadors, professors d'universitat, etc.

El criteri utilitzat en l'elecció dels perfils dels participants va ser incloure-hi el major nombre possible d'actors per tal de cercar la màxima diversitat de punts de vista. Amb aquest mateix propòsit, es van seleccionar persones vinculades tant a l'àmbit de la cura de persones amb discapacitat com de persones grans; professionals amb perfils tècnics d'atenció directa; gestors i responsables amb distints nivells de responsabilitat en la presa de decisions; i persones relacionades amb el món acadèmic i de la recerca. En un principi, es pretenia incloure les persones beneficiàries dels serveis, però finalment no va ser possible ateses les dificultats per trobar persones que volguessin o poguessin participar-hi. La tria dels professionals del treball social va ser clau a l'hora d'obtenir informació de primera mà, ja que el fet que siguin els encarregats de valorar les necessitat de cura i fer el seguiment dels casos els situa en un escenari privilegiat en el coneixement dels canvis en els sistemes.

El primer contacte amb els participants en les entrevistes va tenir lloc majoritàriament via correu electrònic, enviant-los una carta de presentació i el qüestionari —o per via telefònica— amb una breu introducció personal, l'explicació de la finalitat i objectius de la recerca, i

sol·licitant-los la seva participació (vegeu la carta de presentació a l'annex 4); també se'ls va garantir l'anonimat i la confidencialitat. La major part d'entrevistes es van realitzar presencialment; d'altres, quan això no va ser possible, es van fer per videoconferència. Gairebé totes les entrevistes es van enregistrar i després es van transcriure. Algunes de les persones entrevistades no van accedir a ser enregistrades i d'altres em van sol·licitar un escrit de respecte a l'anonimat i confidencialitat, signat per mi abans de l'entrevista.

A l'inici de de cada entrevista es tornaven a explicar els objectius de la recerca, es clarificaven els possibles dubtes en referència al contingut de les preguntes i es feia esment al respecte a l'anonimat i confidencialitat. Per tal de facilitar l'anàlisi de la informació recollida les entrevistes enregistrades es van transcriure (vegeu-ne les transcripcions a l'annex 5). Les entrevistes en anglès van ser transcrites per l'agència de traduccions anglesa *Dictate2us*; les dutes a terme en castellà per l'agència *My trints*; i les fetes en català les vaig transcriure jo mateixa, atès que no es va trobar cap agència que ho pogués fer o bé resultava extremadament car. A la taula 9 es detalla el perfil de les persones entrevistades (professionals, gestors i experts); les institucions a què pertanyen; el sector en què treballen (públic —serveis socials municipals, departament de salut i serveis socials—, privat o tercer sector); i la data de l'entrevista.

Taula 9. Participants de les entrevistes per perfil, institució, sectors i data.

ALEMANYA	PERFIL	INSTITUCIÓ	SECTOR	TRANSCRIPCIÓ
PROFESSIONALS	Treballadora social	Serveis comunitaris	Discapacitat Tercer sector	1
	Assistent personal	Serveis d'atenció a domicili	Discapacitat Privat	1
	Treballador social	serveis socials municipals	Gent Gran- Discapacitat Públic	2
	Infermera especialitzada	Centre residencial gent gran	Gent gran Privat	3
	Treballadora social	Serveis comunitaris gent gran	Gent gran Tercer sector	*****
GESTORS- RESPONSABLES	Cap del Serveis de Salut Edat i Discapacitat	Entitat gestora de serveis especialitzats -AWO-	Tercer sector	4

	Cap del servei de recerca	Aseguradora sanitària pública - GKV-	Sanitari públic	5
	Cap dels serveis de discapacitat	Entitat gestora de serveis especialitzats -EVA-	Tercer sector	6
EXPERTS	Investigadora especialitzada en tercera edat	Investigadora visitant a la LSE	Privada	7
ANGLATERRA	Advocat especialitzat en prestacions	Entitat gestora de serveis especialitzats discapacitat	Tercer sector (Charity)	8
PROFESSIONALS	Treballadora social d'equip especialitzat en avaluacions i atenció a les CLD	Serveis socials municipals	Públic	9
GESTORS-RESPONSABLES	Directora del serveis de defensa per a persones amb discapacitat	Entitat gestora de serveis especialitzats discapacitat	Tercer sector (charity)	10
	Director equip serveis socials de cura d'adults	Serveis socials municipals	Públic	11
	Directora de l'equip de treball social comunitari i de suport al final de la vida de la comunitat Jueva	Entitat gestora de serveis especialitzats en gent gran	Tercer sector (charity)	12
	Directora dels equips de treball social dels serveis socials de cura d'adults	Departament de Sanitat	Públic	13
	Professor i director general de "Care England"	Entitat representant de proveïdor de serveis de cura	Tercer sector (charity)	14
	Gestor de serveis residencials	Entitat gestora de serveis especialitzats gent gran	privat	15
EXPERTS	Professor d'economia i expert en CLD	LSE	Privat	*****
	Professor, consultor de l'administració pública i expert en CLD	Universitat d'Oxford-LSE	privat	16
SUÈCIA	Treballadora social especialitzada en gerontologia	Serveis socials municipals	Públic	17
PROFESSIONALS	Treballadora social especialitzada en discapacitat	Serveis socials municipals	Públic	18
	Treballadora social especialitzada en gent gran	Serveis socials municipals	Públic	19

	Treballadora social Especialitzada en gent gran i curadors	Serveis socials municipals	Públic	20
	Curadora persones amb demència	Ministeri de Sanitat i Afers Socials	Públic	21
GESTORS-RESPONSABLES	Treballadora social responsable de la gestió de serveis a domicili	Serveis d'atenció a domicili gent gran-discapacitat	Privat	22
	Infermera especialitzada geriàtrica en serveis residencials i qualitat	Departament de Sanitat	Públic	23
	Responsable de la defensa dels drets dels jubilats	Organització per a la millora de la qualitat dels serveis als jubilats PRO	Tercer sector	24
	Cap d'oficina de polítiques per a persones amb discapacitat	Federració Sueca de Persones amb Discapacitat	Tercer sector	25
	Responsable gestió serveis	Associació de proveïdors de cura	Privat	*****
EXPERTS	Investigadora experta en CLD	Centre Gerontològic d'Estocolm	Públic	26
	Investigadora en polítiques de cura i conciliació	Universitat d'Estocolm	Públic	27
	Professora de treball social I investigadora en polítiques de cura i gènere	Universitat d'Estocolm	Públic	28
ESPANYA				
PROFESSIONALS	Treballadora social Servei de dependència	Serveis Socials Municipals	Públic	29
	Treballadora social especialitzada en persones amb discapacitat	ONCE	Tercer sector	****
	Logopeda especialitzada en demències	Associació Malalts d'Alzhèimer de Gavà	Tercer sector	30
	Assessora jurídica	Plena Inclusió-Dincat	Tercer Sector	31
GESTORS-RESPONSABLES	Director de residència i president de l'ASCAD	Associació Directores d'Atenció a la Dependència	Tercer sector	****
	Responsable serveis de valoració de dependència	Badalona Serveis Assistencials SEVAD	Públic	32

	Responsable àrea benestar social	Federació ECOM	Tercer sector	33
	Responsable valoracions dependència	Departament de Treball Afers Socials i Família de la Generalitat	Públic	34
	Treballadora social referent de dependència	Departament de Treball Afers Socials I Família de la Generalitat	Públic	35
	Directora administració i gestió residència	Fundació Redòs	Tercer sector	36
	Responsable atenció persones amb discapacitat intel·lectual	Plena Inclusión- Dincat	Tercer sector	37

*Font: elaboració pròpia. (****sense transcripció)*

CAPÍTOL 5

ESTUDI DELS ESTATS DEL BENESTAR I L'IMPACTE DE LA CRISI ECONÒMICA

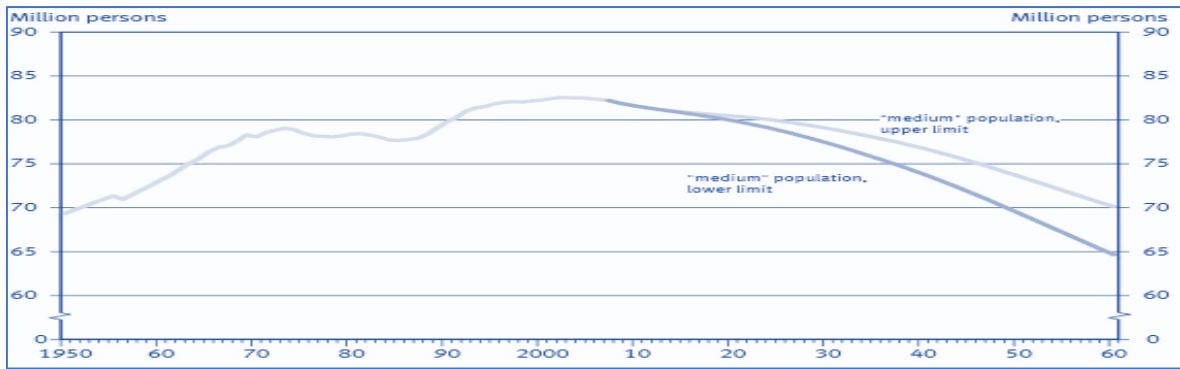
La finalitat d'aquest cinquè capítol és crear un marc analític que permeti assolir els objectius plantejats a la recerca i contrastar-hi les hipòtesis. El capítol s'estructura en cinc apartats que es corresponen amb els quatre estudis de cas, seguint l'ordre següent: Alemanya, Anglaterra, Suècia i Espanya; i un últim apartat dedicat a les conclusions. En cadascun dels apartats s'analitzen les tendències demogràfiques i l'estructura de la població; la fortalesa dels sistemes de benestar; l'impacte de la crisi econòmica en aquests sistemes; i els models de CLD dels països.

5.1. El cas alemany

5.1.1. Tendències demogràfiques i estructura de la població

Segons les últimes dades disponibles de l'Oficina Federal d'Estadística Alemanya (OFEA). La població total a Alemanya, en data de 31 de desembre de 2015, era de 82,2 milions d'habitants. Les regions més poblades són Nordrhein-Westfalen, amb un 21% de la població, seguida de Bayern, amb el 15,63%, i de Baden-Württemberg, amb el 13,24%. Segons mostren les projeccions demogràfiques (vegeu el gràfic 1). En aquest país s'ha produït un descens sostingut de la població a partir de 2003 que fa preveure que per a l'any 2060 hi hagi una reducció d'entre el 15% i el 20%, que suposarà que la població arribi als 65 o 70 milions d'habitants.

Gràfic 1. Evolució i projecció de la població a Alemanya entre 1950-2060.



Font: Destatis, Statistisches Bundesamt. (2009). *Resultats de la 12^a Projecció Coordinada de Població*. Recuperat de <https://www.destatis.de/EN/Publications/Specialized/Population/GermanyPopulation2060.pdf>

Les projeccions en l'estructura de la població per edats mostren canvis significatius en els principals grups de població entre el període 1950-2040 (vegeu la taula 10). L'any 1950 la població menor de 20 anys era del 30% del total, el 2017 es redueix al 18% i l'OFEA — considerant nivells baixos d'immigració— preveu que el 2040 arribi al 16,5%, un 2% menys en relació amb l'any 2017. Entre 1950 i 2017 el grup de població entre 20-64 anys suposava un 60% del total, però s'estima que el 2040 passi a ser del 53%, un 7% menys. En canvi, el grup d'edat de més de 64 anys, que era d'un 10% del total de la població l'any 1950, va passar a ser del 22% el 2017 i es preveu que assolirà el 30,5% el 2040.

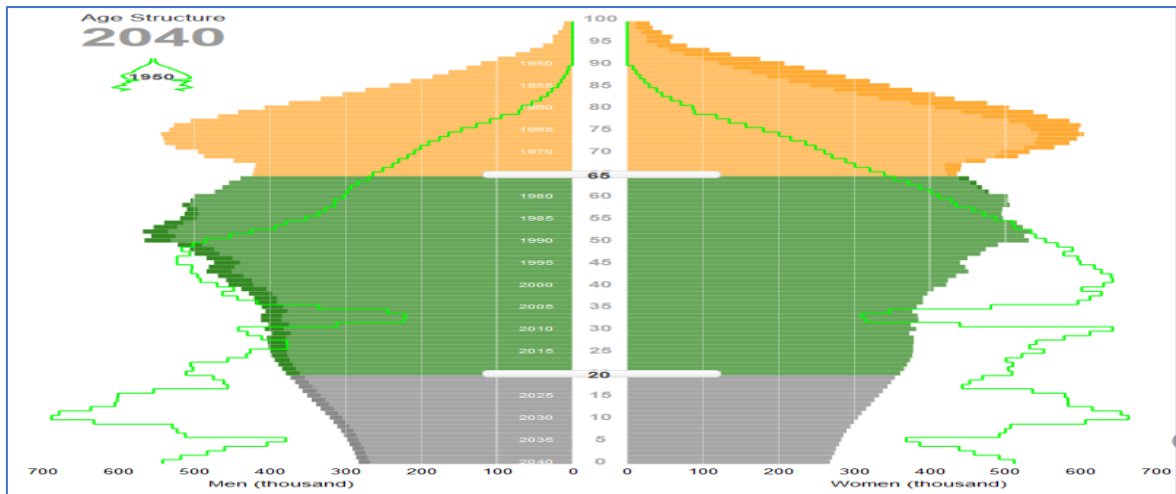
Taula 10. Estructura de la població per edats a Alemanya entre 1950-2040.

Grups edat	1950		2017		2040		Variació 2017-2040
<20	21,1	30%	14,5	18%	12,6	16,5%	-2%
20-64	41,5	60%	49,3	60%	40,2	53%	- 7%
+ 64	6,7	10%	17,7	22%	23,2	30,5%	+8,5%

Font: elaboració pròpia a partir de l'Oficina Federal d'Estadística Alemanya (milions). Juny 2017.

La piràmide següent (figura 1) mostra l'evolució dels canvis poblacionals entre 1950-2040. La tendència apunta, com hem vist, a un significatiu envelliment de la població major de 64 anys, que passa de 6,7 milions (1950) a 17,7 milions (2017) i a 23,2 milions (2040). A més, s'aprecia un significatiu «sobreenvelliment» de la població com a conseqüència de l'increment del grup d'edat de persones de més de 75 anys.

Figura 1. Piràmide de la població alemanya entre 1950-2040.



Font: Destatis, Statistisches Bundesamt. (2015). *Projecció coordinada de la població d'Alemania*. Recuperat de <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>

5.1.2. L'estat del benestar conservador

Naturallesa i evolució

Els països que integren l'estat del benestar conservador (d'ara endavant EBC) —corporativista o bismarkiana— han estat considerats «estats d'assegurança social». L'EB alemany es fonamenta en el principi d'economia social de mercat (*soziale Marktwirtschaft*), que integra elements de l'economia de mercat, una forta regulació laboral i compromís en la protecció dels principals riscos socials (Palier, 2010). D'acord amb la seva Constitució, la República Federal Alemanya és un estat democràtic i social de dret en el qual el parlament té la responsabilitat de garantir els serveis i la millora social (Puhl, 2011). En aquest model preval el principi contributiu lligat a les categories professionals. Les prestacions a percebre en cas de necessitat es calculen a partir de les contribucions que fan, a parts iguals, treballadors i empresaris a un fons col·lectiu d'assegurances obligatòries. Aquest fons està integrat per complexes estructures gestionades per organismes de dret públic, orientades al manteniment de l'estatus social i el suport de l'estructura familiar (Schulte, 2005; Palier, 2013; Moreno, 2013).

A Alemanya, les primeres mutualitats (*Hilfskassen*) d'assegurança social van ser creades per les mateixes empreses. La finalitat d'aquestes entitats era protegir els treballadors de la indústria desplaçats a les grans ciutats i allunyats dels suports familiars, en cas de malaltia, accident, atur o vellesa. Les mutualitats, embrió dels primers sindicats, eren entitats privades gestionades directament pels agents socials (sindicats i treballadors), que reproduïen el

funcionament dels gremis i corporacions de l'edat mitjana (Palier, 2013; Mares, 2003). En un principi, la imatge autoritària de l'Estat alemany potencia la subsidiarietat de la protecció en alguns dels seus dominis tradicionals, com són l'educació o l'auxili als pobres, i situa la família com a principal dispensadora de benestar (Huber i Stephens, 2001). Més tard, durant el govern de Bismark apareixen les primeres assegurances de protecció social —malaltia (1883), accident (1884), vellesa i invalidesa (1889)— les quals es troben estretament vinculades a l'apogeu del capitalisme industrial fordista i a les economies coordinades de mercat típiques de l'Europa continental (Esping-Andersen, 1990; Huber i Stephens, 2001).

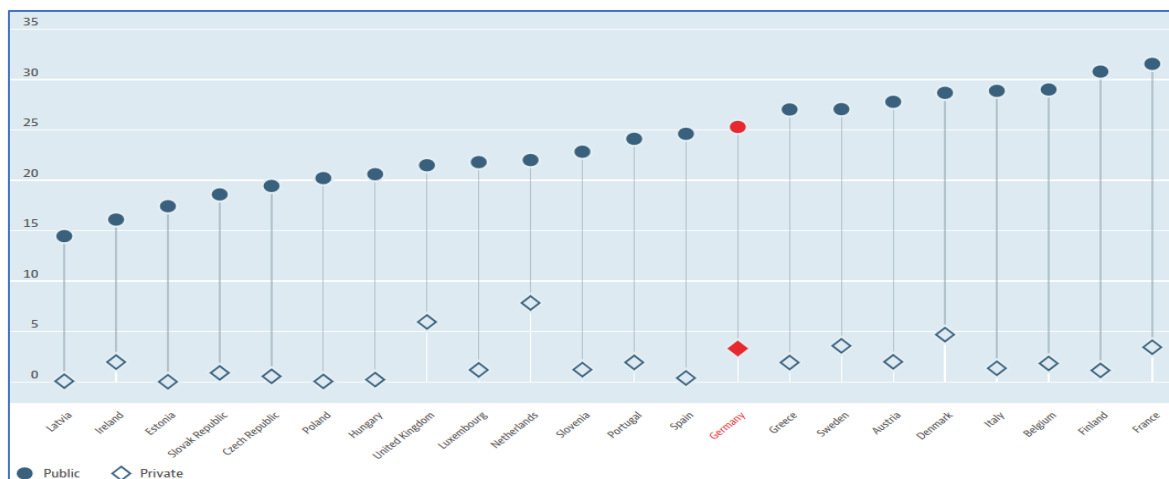
L'expansió del model d'assegurança social esta íntimament vinculat als compromisos assolits pels governs de postguerra de l'Europa continental que, en lloc de canviar-lo radicalment, opten per expandir-lo fins a cobrir la totalitat dels treballadors: basant-se en la premissa que els homes són la principal força de treball i sustentadors familiars i que les dones s'han d'ocupar de la cura familiar i dels fills. A partir dels reptes socioeconòmics dels anys setanta del segle XX, entre els quals trobem la necessitat de fer front a les elevades taxes d'atur, a l'EB alemany s'opta per mantenir salaris elevats i una producció de bona qualitat. Això equival a afavorir els treballadors fixos qualificats (*insiders*) en detriment dels poc qualificats (*outsiders*), fet que origina així una polarització social i del mercat laboral. Des de l'any 1990 en endavant, les limitacions pressupostàries enceten una etapa de polítiques orientades a la contenció de costos, restriccions en l'accés i reducció de la generositat de les prestacions socials. Tendència que s'incrementa a la dècada del 2000, amb mesures com la disminució de les prestacions socials, la privatització d'algunes de les funcions bàsiques de l'Estat, la introducció del sector privat i de les polítiques d'activació laboral (*workfare*). I tot això es tradueix en una important remercantilització del sistema (Moreno i Palier, 2005; Palier, 2010; Moreno, 2013; Palier 2013).

Despesa en protecció social

La despesa en protecció social ha estat un dels indicadors macroeconòmics més utilitzats en la recerca comparada per mesurar la fortlesa dels EB. La despesa social pública té a veure amb el desemborsament en prestacions i serveis realitzat pels governs (centrals, regionals o locals) amb fins socials. La privada és la realitzada amb la mateixa finalitat per entitats privades amb afany lucratiu o sense. A Alemanya, segons l'OCDE, la despesa pública en protecció social l'any 2016 va ser del 25,3% del PIB, per sobre de la mitjana europea (vegeu el gràfic 2). I la

despesa privada, l'any 2013 (últimes dades disponibles de l'OCDE), va ser del 3,3% del PIB, substancialment inferior a la pública, però per damunt de la majoria de països europeus.

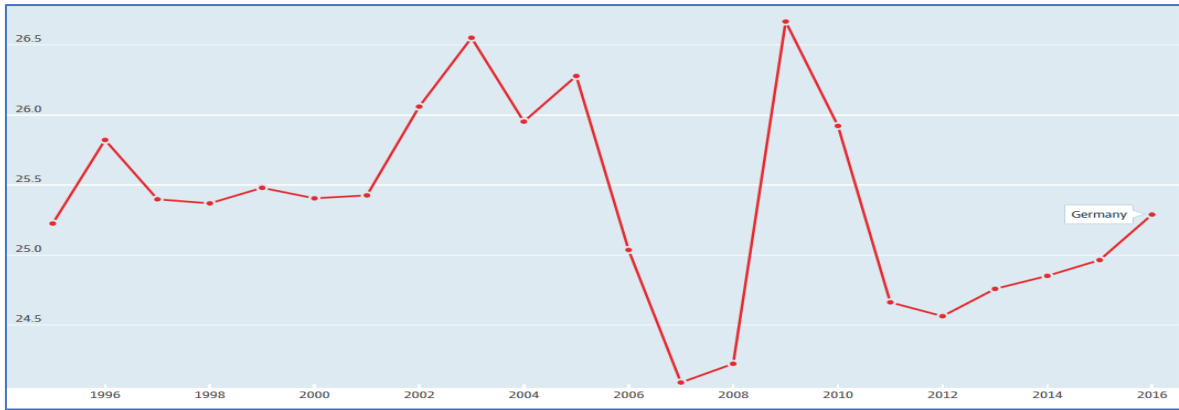
Gràfic 2. Despesa en protecció social pública (2016) i privada (2013) a Alemanya en percentatge del PIB.



Font: OECD (2017), Social spending (indicator). DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 16 de juny de 2017).

En el gràfic 3 es visualitza l'evolució de la despesa pública a Alemanya en el període 1995-2016. Des de 1995 (25,23% PIB) fins a 2016 (25,29% del PIB), la despesa és gairebé la mateixa. La corba no mostra variacions significatives entre 1997 i 2003. A partir d'aquest últim any es redueix dràsticament fins a l'inici de la crisi, al passar del 26,28% al 24,22% del PIB. Contraccions que coincideixen amb una època de retallades de la despesa i reforma del mercat laboral. Durant la crisi econòmica, de l'any 2008 al 2009, la despesa sofreix un espectacular increment i assoleix el 26,67% del PIB. Però es torna a desplomar novament del 2009-2012, fins a arribar al 24,66%. Entre 2012 i 2016 s'observa un lleuger repunt que situa la despesa en el 25,29% del PIB.

Gràfic 3. Evolució de la despesa pública a Alemanya en percentatge del PIB entre 1995-2016.

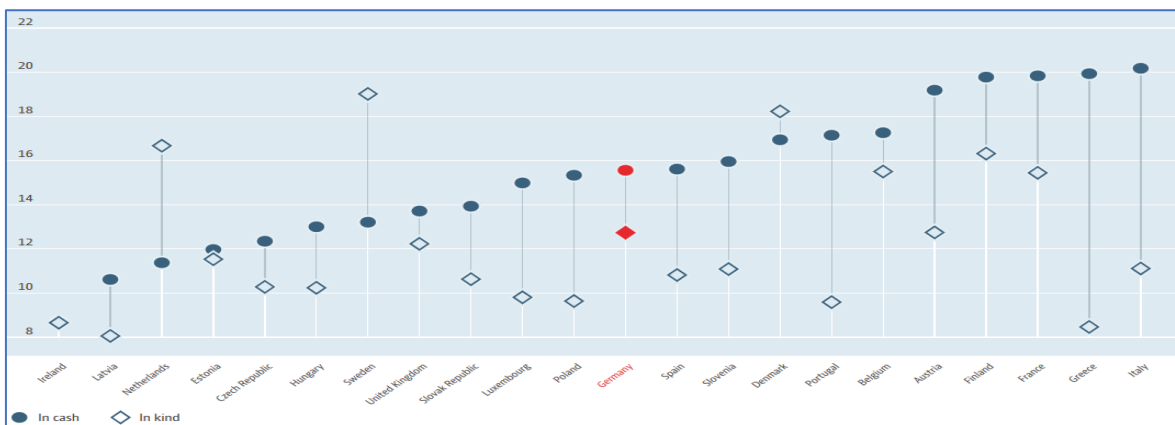


Font: OECD (2017), *Social spending (indicator)*. DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 25 d'agost de 2017).

Model de provisió

La provisió pública en prestacions econòmiques a Alemanya és del 15,6% del PIB i la de serveis, del 12,7% del PIB (vegeu el gràfic 4), per sota de la de països com França, Bèlgica o els Països del Nord d'Europa i per damunt dels països mediterranis o dels de l'Europa de l'Est.

Gràfic 4. Tipus de provisió a Alemanya en percentatge del PIB l'any 2016.



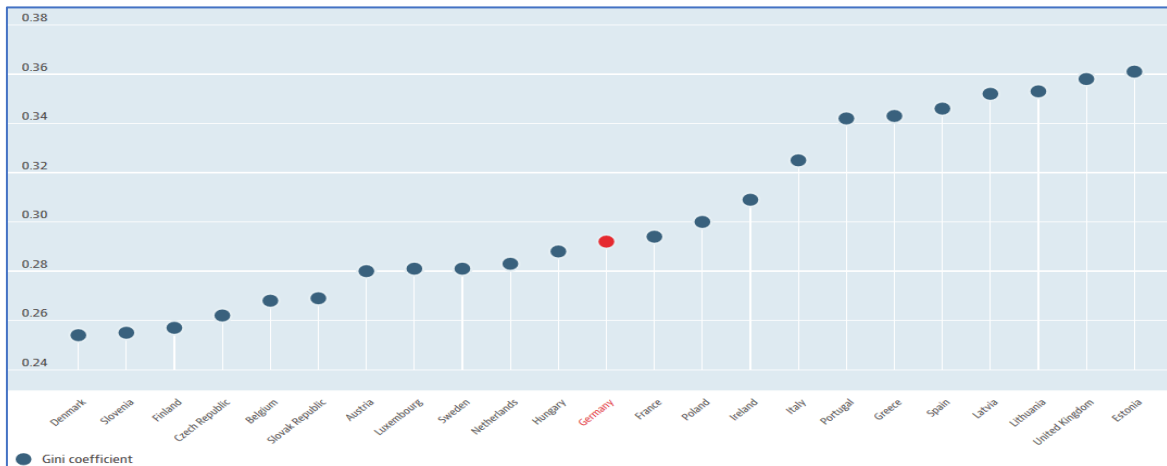
Font: OECD (2017), *Social benefits to households (indicator)*. DOI: 10.1787/423105c6-en (accés el 19 de juny de 2017).

Desigualtat d'ingressos familiar

L'OCDE situa la desigualtat d'ingressos familiars a Alemanya el 2013 en 0,292 punts segons el coeficient de Gini (vegeu el gràfic 5). Aquest coeficient —en què 0 és igualtat perfecta d'ingressos i l'1 és desigualtat perfecta— pren com a punt de referència el total d'ingressos familiars anuals provinents del treball, les rendes de capital i les prestacions socials públiques

per llar. Aquest indicador col·loca Alemanya en un punt intermedi de desigualtat en relació amb la resta de països europeus.

Gràfic 5. Desigualtat d'ingressos familiars a Alemanya l'any 2013.

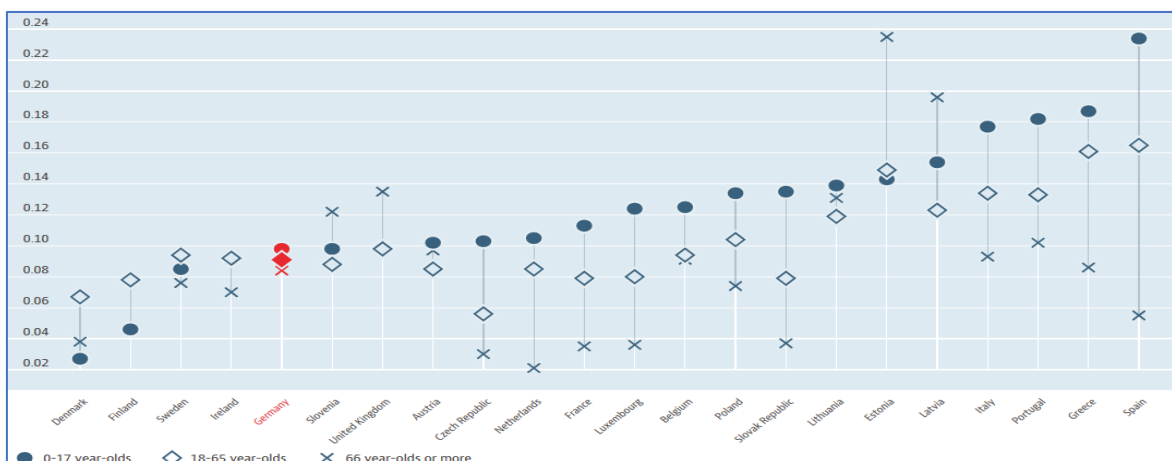


Font: OECD (2017), *Income inequality (indicator)*. DOI: 10.1787/459aa7f1-en (accés el 22 de maig de 2017).

Taxa de pobresa

La taxa de pobresa a alemanya —persones amb ingressos per sota del llindar de la pobresa— el 2013 era de 0,098 per al grup d'edat entre 0-17 anys, de 0,091 per al grup de 18-65 anys i de 0,084 per al de més de 65 anys (vegeu el gràfic 6).

Gràfic 6. Taxa de pobresa a Alemanya per grups d'edat el 2013.



Font: OECD (2017), *Poverty rate (indicator)*. DOI: 10.1787/0fe1315d-en (accés el 22 de maig de 2017).

5.1.3. Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008

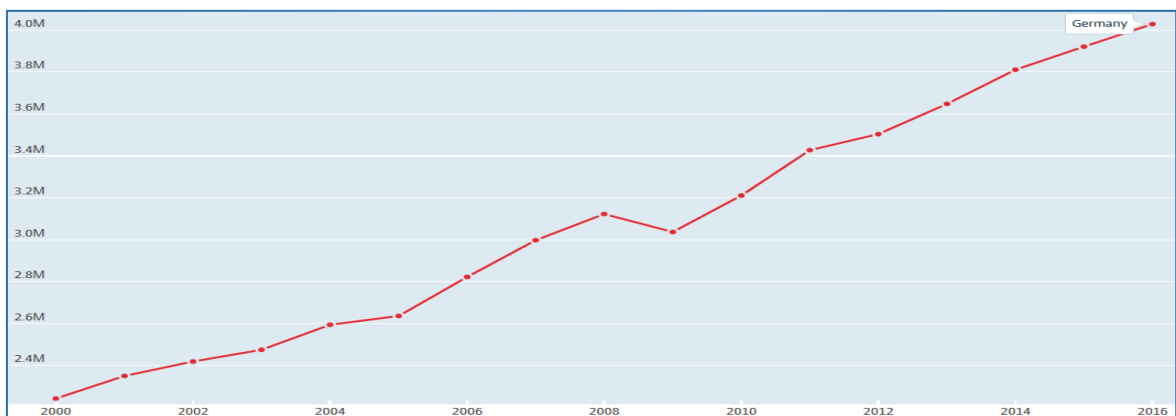
Alemanya és la primera potència industrial europea. Des de l'any 2000 i fins al 2008 gaudeix d'un intens període de bonança econòmica, en què el PIB passa de 2.242.493 milions de dòlars americans (d'ara endavant MDA) a 3.122.547 MDA, un increment del 4,9% de mitjana interanual. El sector industrial és la base de l'economia alemanya. Cap altra nació al món compta amb una xarxa de mitjanes empreses familiars tan exitosa com la d'aquest país. Els productes alemanys gaudeixen d'un gran prestigi internacional, especialment en els mercats emergents: automòbil, maquinària i productes químics. El sector de la indústria aglutina el 90% de la despesa total en investigació i desenvolupament (Kinkartz, 2013).

Igual que la resta de països del món, l'any 2008, Alemanya pateix l'embat de la crisi econòmica i financera mundial. Entre 2008 i 2009, el PIB cau a 3.036.964 MDA, una reducció de 85.582 MDA (2,74%). El sistema financer alemany es trobava fortament exposat per les inversions en obligacions de deute i valors garantits realitzades en actius tòxics contaminats per les hipoteques d'alt risc (*subprime*). A més, es veu afectada per la caiguda de la demanda global; en la mesura en què el comerç internacional cau un 12% i les exportacions alemanyes ho fan un 25%, cosa que suposa el col·lapse de les exportacions i el declivi del seu creixement econòmic (Brenke, Rinne i Zimmermann, 2011, Mendez, 2013). A partir de 2009 té lloc una remuntada econòmica accelerada que situa el PIB en 3.210.822 MDA, un 2,82% més respecte a l'any 2008. Creixement que es manté en els anys successius fins a assolir els 4.028.364 MDA el 2016 (vegeu el gràfic 7).

Els experts consideren que la crisi econòmica a Alemanya va tenir un impacte relativament més petit que en altres països europeus. Fet que va posar en evidència l'habilitat d'Alemanya per sortir de la crisi i la seva robustesa econòmica. Les mesures apuntades pels experts que motiven això són: la flexibilitat del mercat laboral; les polítiques de rescat dels bancs i sostenibilitat de l'economia; i les exportacions i el superàvit comercial (Poli, 2015). El 2008 el Govern Federal d'Alemanya engega dos plans d'estímul econòmic i de suport al sector financer, i rescata els principals bancs afectats per la crisi econòmica (IKB, West LB, Bayern LB, Sachsen LB i Hypo Real Estate) (Hüfner, 2010; Dauderstädt, 2013). L'any 2009 s'amplia el pla de rescat bancari i es crea un fons d'estabilització del mercat financer. Els plans van ascendir a més de 50 milions d'euros i inclouen propostes per a la reducció de l'amortització de certs béns de capital, l'augment de la inversió pública i altres mesures adreçades a la consolidació fiscal (Poli, 2015; Fäber, 2012). En l'àmbit laboral entre 2008-2009, l'Estat promou un paquet de mesures seguint la *Harth reform* utilitzada en la reestructuració del

mercat laboral anys enrere. Les mesures van consistir bàsicament en la reducció gradual de la jornada laboral dels treballadors i el pagament de la Seguretat Social de la part empresarial a càrrec de l'Agència Federal d'Ocupació. Es millora la prestació d'atur i es crea un fons de formació i capacitació per als treballadors. La implementació d'aquestes mesures va ser possible gràcies al model de negociació col·lectiva alemany i a la flexibilitat de les relacions laborals. No s'ha de menystenir, però, que això va permetre conservar els llocs de treball i, alhora, va ocasionar una flexibilització i precarització important del mercat laboral (Poli, 2015). El paquet de mesures d'estímul de l'economia van consistir en la creació d'un fons que contempla el suport directe a les empreses, avals per a sol·licituds de crèdits i suport a les companyies, i fons addicionals per incentivar l'economia i la cura de medi ambient com automòbils elèctrics i híbrids, entre d'altres. El resultat d'aquest paquet de mesures va fer possible que Alemanya sortís de la crisi i mantingui una de les taxes d'atur més baixes de la UE (Méndez, 2013).

Gràfic 7. Variació del producte interior brut total a Alemanya de 2000-2016.



Font: OECD (2017), Gross domestic product (GDP) (indicator). DOI: 10.1787/dc2f7aec-en (accés el 21 de juliol de 2017).

Enmig de 2000-2005, el deute públic alemany s'incrementa del 59,5% al 70,1% del PIB. Durant el 2005-2007 baixa lleugerament (64,2%); i entre 2007-2012 passa de 64,2% al 87%, un augment del 22,8%. L'any 2009 Alemanya reforma la constitució i introdueix l'equilibri pressupostari que limita la capacitat d'endeutament públic (*Föderalismusreform II*). Aquesta decisió és adoptada posteriorment per la Unió Europea en relació amb la resta d'estats membres (Koske, 2010; Poli, 2015). De l'any 2000 al 2003, Alemanya passa d'estar en superàvit (0,9%) a patir un dèficit del -4,2% del PIB (vegeu el gràfic 8). Segueix a aquest període una recuperació que el situa novament al 0,2% (2007). El 2008 el dèficit tornar a

revifar i se situa en el -4,2%. El 2012 assoleix dèficit 0% i el 2016 torna a estar en superàvit (0,8%).

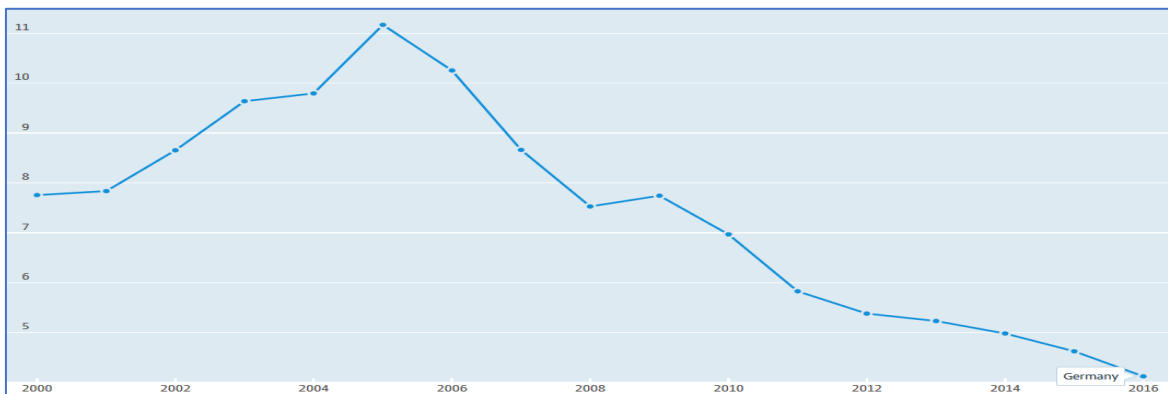
Gràfic 8. Dèficit públic a Alemanya en percentatge del PIB entre 2000-2016.



Font: OECD (2017), General government deficit (indicator). DOI: 10.1787/77079edb-en (accés el 21 juliol de 2017).

Les reformes efectuades per Alemanya en l'àmbit laboral en el període precrisi (*Hartz-Reform*) tenen com a resultat un substancial canvi de tendència en el mercat de treball alemany a partir de l'any 2005 (vegeu el gràfic 9). L'any 2005 la taxa d'atur puja al 11,2%. Emperò, a partir d'aquesta data i amb les reformes efectuades, l'atur inicia una caiguda sostinguda fins a assolir el 7,5% (2008). Llevat d'un breu repunt en el període de la crisi (2008-2009), controlat amb el paquet de mesures implementat pel govern, l'atur continua reduint-se fins a arribar al 4,1% (2016).

Gràfic 9. Evolució de la taxa d'atur a Alemanya 2000-2016.



Font: Labour market statistics. OECD (2017), Unemployment rate (indicator). DOI: 10.1787/997c8750-en (accés el 7 d'agost de 2017).

Els instruments utilitzats en la reforma del mercat laboral (*Hartz-Reform*) alemany adreçats a millorar la competitivitat en el període precrisi continuen utilitzant-se en el període postcrisi. Les mesures de flexibilització del mercat laboral han consistit majoritàriament a reformar els serveis d'ocupació, la reducció de les prestacions d'atur i la introducció dels anomenats *mini-jobs* (Jacobi i Kluge, 2006). Tot i l'eficàcia provada de les mesures introduïdes en la reducció de l'atur, gràcies a les peculiaritats del model de negociació col·lectiva alemany. Aquestes mesures van suposar un creixement significatiu de la precarietat laboral, el treball a temps parcial i la reducció salarial (Dustmann, Fitzenberger, Schönberg i Spitz-Oener, 2014).

5.1.4. El sistema de cures de llarga durada alemany

Elements normatius i naturalesa del sistema

El sistema de CLD o de Seguretat Social alemany té un caràcter de dret subjectiu vinculat a les cotitzacions de la Seguretat Social i al treball (Rodríguez, 2011). La Llei de l'assegurança social de cura (*Sozialgesetzbuch-SGB XI*), introduïda pel Parlament alemany l'any 1994, té idèntica naturalesa a la resta d'assegurances socials preexistents: pensions, treball i salut (Arntz, Sacchetto, Spermann, Steffes i Widmaier, 2006). En el sistema alemany preval el principi de subsidiarietat, segons el qual, la família és la principal responsable de la cura, i el tercer sector social o altres entitats privades o mercantils són les encarregades de la provisió dels serveis. Des dels inicis, el principal objectiu del sistema de CLD ha estat proporcionar una cobertura bàsica a aquelles persones d'edat avançada amb problemes físics i, al mateix temps, alleugerir la càrrega dels serveis socials municipals. Els programes s'han adreçat principalment al suport a les cures informals, per possibilitar així que les persones puguin romandre el màxim temps possible en el seu entorn habitual i ser ateses pels familiars.

Amb anterioritat a la promulgació de la Llei de cura de 1994, Alemanya no disposava d'un sistema de cobertura de les situacions de dependència. Les persones havien de comprar els serveis de cura en el mercat, atès que els serveis socials municipals només oferien un mínim de suport a les persones sense recursos econòmics o suport familiar (Rothgang, 2003). Les discussions sobre la necessitat d'una assegurança de CLD a Alemanya comencen als anys seixanta del segle passat, a partir de les prediccions futures de l'envelliment demogràfic. L'antecessora de la Llei de cura de 1994 va ser l'assegurança per malaltia recollida al *Llibre V del Codi de la Seguretat Social Alemanya (Sozialgesetzbuch [SGB] el 1988)*. Aquesta primera normativa cobria l'atenció d'un professional sanitari a domicili per un període màxim de

quatre setmanes a l'any o el pagament d'una quantitat econòmica fixa. La Llei de 1994 assenta les bases que regulen tant l'assegurança social de CLD pública (o estatutària) com l'assegurança privada. La primera de les dues assegurances absorbeix tots els membres de l'assegurança pública de salut i la segona, els que posseeixen cobertura sanitària privada. En ambdós casos, l'assegurament és de caràcter obligatori. El sistema de CLD públic és un perllongament de l'assegurança per malaltia, que engloba totes les persones prèviament acollides a l'assegurança mèdica obligatòria. En el cas de l'assegurança privada, les persones han de contractar una assegurança de cura pel seu compte, però, en els últims anys, es pot escollir entre una opció o l'altra. La Llei de 1994 s'implementa de forma gradual. Els serveis a domicili s'introdueixen l'abril de 1995 i les prestacions residencials el juliol de 1996. Malgrat que la implementació de la Llei suposa un gran avenç per a la naturalesa del sistema —en passar d'un sistema assistencial a un sistema de naturalesa contributiva—, els serveis socials s'han mantingut actius al llarg dels anys. Això ha estat així, primer, per la necessitat de continuar donant suport econòmic a les persones no cobertes per les asseguradores; i, segon, com a garants últims del pagament dels elevats costos dels serveis residencials als quals moltes persones no poden accedir amb els recursos propis (Schulte, 2005; Schulz, 2010).

A partir de l'any 2000 es duen a terme diverses modificacions de la Llei de cura de 1994 per la necessitat d'adaptar-la a les demandes socials actuals. L'any 2002 s'atorga una prestació complementària anual a les persones afectades per elevats nivells de dependència: demències o problemes de salut física i mental. El 2004 les persones jubilades comencen a contribuir al sistema i els més grans de 23 anys sense fills passen a pagar una quantitat addicional. El 2005 es tornen a incrementar les contribucions de les persones sense fills. Però, tot i l'amplitud que ha assolit el sistema de CLD alemany, l'any 2007 encara romanien exclosa del sistema una petita part de la població (Colombo et al., 2011). Per tal d'intentar corregir això, a partir de 2008 es reforma l'assegurança de salut, que obliga totes les persones, a partir de l'1 de gener de 2009, a tenir cobertura sanitària i de CLD. Aquesta mesura també inclou les persones amb ingressos elevats, les quals a partir de llavors poden escollir entre el sistema públic de CLD o el privat. La Llei de desenvolupament de les CLD (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetz*), de l'1 de maig del 2008, crea diverses prestacions i serveis: (a) dona suport als cuidadors en el cas que sol·licitin un permís laboral en situacions d'urgència; (b) reforça els serveis de rehabilitació; (c) crea els serveis o oficines d'informació, gestió i assessorament de la cura; (d) millora els sistemes de control de la qualitat, cosa que obliga els proveïdors de serveis a organitzar la qualitat interna i elaborar guies especialitzades; i, finalment, (e) crea una junta

d'inspecció per al control dels serveis residencials i domiciliaris (OCDE,2005; Schulz, 2010; Colombo et al., 2011). Tal com es veurà amb més detall en el següent capítol, les reformes en l'àmbit de les CLD a Alemanya en els darrers anys han estat prolíferes. Les recents lleis d'enfortiment del sistema de CLD alemany (*Erste Pflegestärkungsgesetze*, PSG-I-II) cerquen incrementar el finançament del sistema i preparar-lo per als futurs reptes demogràfics, esmenar algunes de les deficiències i febleses del barem de valoració preexistents i enfortir la cobertura dels serveis a domicili.

Criteris d'accés

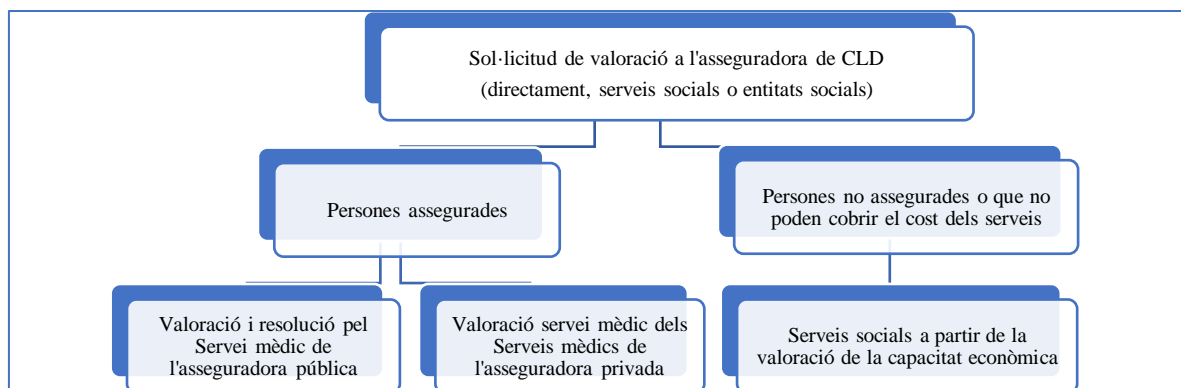
En el sistema de CLD alemany totes les persones assegurades, independentment de l'edat i llur capacitat econòmica o patrimonial, tenen els mateixos drets. Els fills menors d'edat o les mares sense un mínim d'ingressos hi accedeixen a partir de l'assegurança del marit. Una de les principals crítiques que se li feien al sistema, abans de la promulgació de la segona Llei d'enfortiment de les CLD del 2017, era que l'atenció es trobava bàsicament focalitzada en les discapacitats físiques. Aquesta segona Llei suposa un gran avanç en aquest sentit, perquè amplia l'accés a les persones que pateixen discapacitats psíquiques o deteriorament cognitiu. A diferència de la primera Llei, que es basava en tres nivells de necessitat de cura o dependència física, la segona estableix que les persones tenen dret a rebre suport quan es troben en situació de necessitat a conseqüència d'una malaltia o discapacitat per la qual tenen restriccions en l'autosuficiència derivades d'una discapacitat física, mental o cognitiva. La segona Llei estableix cinc graus de dependència en relació amb sis àrees: la mobilitat (10%); les habilitats cognitives i comunicatives (15%); la conducta i els problemes psicològics (15%); l'enfrontament i maneig de les demandes i les pressions a causa de la malaltia (20%); i l'organització de la vida diària i els contactes socials (20%). Els resultats obtinguts en la valoració es ponderen en una escala que va de 0 a 100 punts dividida en cinc segments que es corresponen amb cinc graus de necessitat de cura. Els requeriments de temps en l'atenció en aquesta nova valoració, a diferència del que passava amb el barem anterior, deixen de ser rellevants. Les necessitats de suport de cura són avaluades semestralment pels serveis mèdics de valoració de les asseguradores en relació amb els cinc graus de necessitat: les persones valorades amb un grau I presenten un baix nivell de deteriorament de la independència (de 12,5 a 27 punts), pel qual només requereixen serveis d'assessorament i orientació, adaptacions de la llar o prestacions en les àrees generals de cura; les de grau II tenen un deteriorament entre 27 i 47,5 punts; les de grau III, es troben entre els 47,5 i 70 punts; les de grau IV, entre 70 i 90

punts; i les persones valorades amb el grau V són les que ostenten nivells de pèrdua d'autonomia més elevats, en situant-se entre els 90 i 100 punts (Schulz, 2010).

Procediment de valoració

El Servei d'Assessorament Mèdic de l'asseguradora de salut és l'òrgan encarregat de les avaluacions del grau de dependència. Aquestes avaluacions són dutes a terme per infermers geriàtrics i fisioterapeutes que valoren les necessitats de suport i el funcionament de la persona en el seu entorn físic i social. El procediment s'inicia a partir d'una sol·licitud de valoració a l'asseguradora de CLD i és duta a terme en el domicili o l'habitatge habitual de la persona, en el cas que aquesta visqui en una residència (vegeu la figura 2). L'objectiu de les valoracions és millorar al màxim possible l'entorn de la persona; per la qual cosa es té en compte l'estrès del cuidador i les necessitats d'equipament mèdic o de suports tècnics en l'entorn. Un cop finalitzada la valoració, l'equip avaluador elabora el corresponent informe de valoració i l'envia a l'asseguradora. Aquesta és la responsable de redactar un pla individual d'atenció (PIA) on ha de constar el grau de suport requerit per la persona i pel seu entorn familiar, les diferents opcions de serveis disponibles i les necessitats de rehabilitació (Schulz, 2010). Les persones o familiars que volen iniciar el procediment poden dirigir-se directament a la companyia asseguradora de CLD, als serveis socials municipals o a qualsevol organització social, i sol·licitar assessorament i suport en tot el procés. Els darrers anys s'han posat en marxa oficines especialitzades d'orientació i assessorament de cura que tenen com a finalitat acompanyar en el procés des de l'àmbit local.

Figura 2. Procediment de valoració i d'accés al sistema de CLD alemany.



Font: elaboració pròpia.

Tipus de provisió

La provisió de serveis en el model de CLD alemany és majoritàriament a càrrec d'entitats del tercer sector social, tot i que en els últims anys han proliferat les empreses mercantils. Hi ha alhora un ampli sector informal de cura, ja que aproximadament dues terceres parts de les persones amb necessitats d'atenció viuen en el mateix domicili i són ateses per cuidadors familiars, mentre que només una tercera part viuen en centres residencials. Els serveis de titularitat pública tenen un caràcter residual. Els tipus de prestacions i la quantia a percebre estan regulats per llei i depenen del grau de dependència. La persona pot escollir entre rebre serveis gestionats directament per les asseguradores, percebre una prestació econòmica o disposar d'una combinació d'ambdues modalitats. En la modalitat de prestació de serveis, la compra i el pagament del servei el realitzen directament les asseguradores.

Com a resultat de l'elevat suport que es dona a la cura informal en el model de CLD alemany, els serveis més utilitzats són els serveis a domicili comprats directament per les famílies amb el suport de prestacions econòmiques. Combinat amb altres modalitats de serveis de suport familiar, com poden ser els programes respir, el pagament de les cotitzacions a la Seguretat Social dels cuidadors informals, o els serveis i els programes de formació i assessorament als cuidadors. Els serveis a domicili i les prestacions econòmiques són compatibles entre si. Tot i que la provisió de serveis residencials s'ha incrementat lleugerament en els últims anys, resulta substancialment més baixa que les prestacions monetàries i els serveis a domicili (Rothgang, 2010; Schulz, 2010; Colombo et al., 2011). En el cas de les persones amb discapacitats (adultes i menors d'edat), l'assegurança cobreix estrictament la part del suport que les persones requereixen per a la realització de les AVD. De manera que les activitats que tenen per objecte la participació, la promoció personal i la integració social són cobertes per programes gestionats pels serveis socials municipals. Les modalitats i tipus de provisió de l'assegurança de CLD pública (prestacions econòmiques i serveis) i privada (prestacions econòmiques), es troben regulades en el Llibre XI del Codi Social. Seguidament es fa un recull detallat dels tipus de provisió (vegeu també la figura 3).

Tipus de prestacions econòmiques

Per cura a la llar: prestació econòmica mensual pagada directament a la persona dependent per a la compra de serveis de cura o per ser atesa per un familiar en el domicili propi. Cobreix l'assegurança d'accident o les contribucions a la Seguretat Social del cuidador, a condició que aquest compleixi amb un mínim d'hores de dedicació i no superi un nombre determinat d'hores en una activitat remunerada.

Ajudes als cuidadors per absentisme laboral: prestacions addicionals dirigides a cobrir les despeses de la Seguretat Social dels cuidadors que sol·liciten un permís laboral per cuidar un familiar durant el temps que tardin a reincorporar-se a la feina.

Tipus de serveis

Serveis d'atenció a domicili: serveis dispensats a la persona en l'entorn familiar per un curador professional, que inclouen la higiene personal, el vestit, mobilitzacions, arranjamnt de la llar, etc.

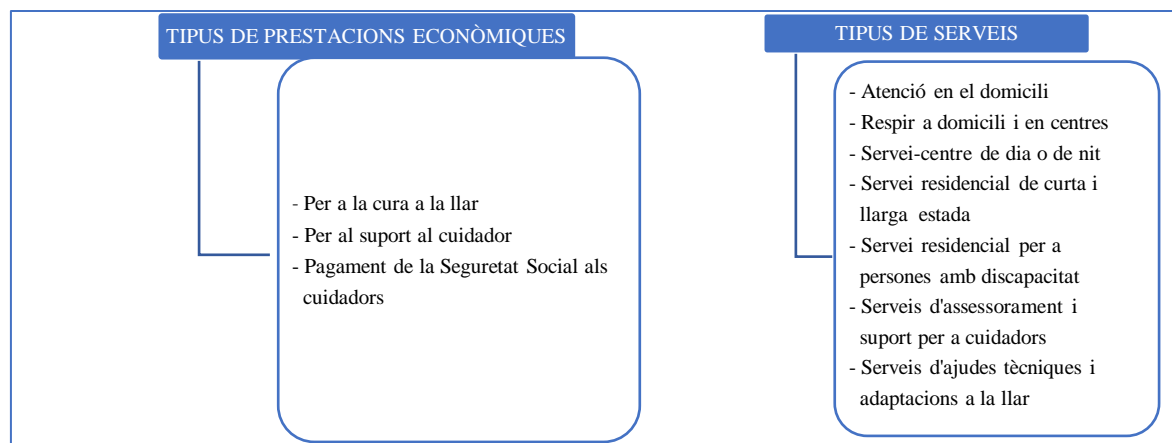
Servei de respir i de suport addicional en el domicili: servei addicional per un màxim de temps anual per vacances o malaltia del cuidador.

Servei de dia o de nit: centre d'atenció diürna o nocturna de suport familiar a l'atenció domiciliària o situacions en què la persona no pot ser atesa en el domicili pels cuidadors.

Servei residencial de curta o llarga estada: per a persones grans o persones amb discapacitat. Consisteix en l'ingrés en un centre residencial per un període de temps limitat —situacions de crisi o descans dels cuidadors— o permanent, quan la cura no és possible en el domicili. Els serveis residencials poden incloure serveis sanitaris d'atenció a la salut i d'infermeria.

Serveis d'assessorament i orientació: Les persones assegurades tenen dret a sol·licitar a les asseguradores suport i assessorament per a la cura i fer cursos de formació per millorar l'atenció als seus familiars.

Figura 3. Tipus de provisió en el model de CLD alemany.



Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri Federal de Sanitat alemany.

Gestió i finançament del sistema

El Ministeri Federal de Sanitat alemany és l'òrgan encarregat de legislar, supervisar i finançar els fons d'assegurances de CLD. Aquests fons actuen sota l'ordenament jurídic públic i tenen com a missió gestionar i garantir l'òptima prestació de serveis. En el sistema de CLD alemany, els governs regionals tenen el deure de fomentar les inversions en centres residencials, mentre que el nivell local s'encarrega de supervisar i complementar el pagament dels serveis no coberts per les asseguradores. L'atenció sanitària pública i les CLD es regeixen per l'autonomia administrativa; és a dir, gaudeixen d'autosuficiència en la gestió sota la vigilància i supervisió de l'Estat. Els fons socials d'assegurances de CLD estan afiliats a un nombre determinat d'assegurances sanitàries obligatòries i són els responsables de les valoracions assistencials, d'establir el grau de dependència, de gestionar i organitzar la provisió i del control de la qualitat dels serveis. A més, aquests fons, juntament amb les entitats proveïdores, determinen les tarifes diàries dels serveis de cura i compten amb un conjunt estandarditzat de tarifes bàsiques que utilitzen la majoria de proveïdors d'atenció domiciliària (Schulz, 2010).

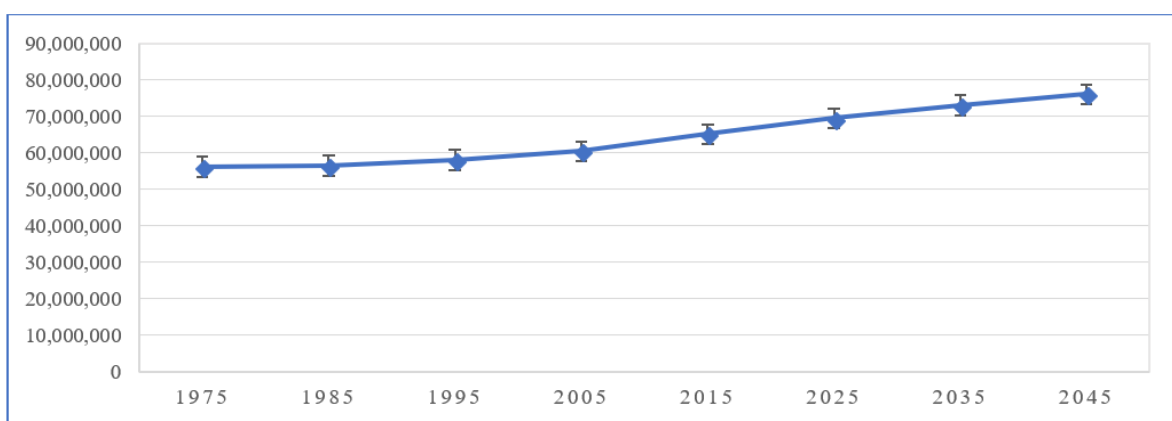
L'assegurança pública o estatutària de CLD es finança mitjançant el pagament de les cotitzacions laborals a parts iguals entre treballadors i empresaris. Les dones que es troben per sota d'un llindar d'ingressos mínims i els seus fills resten coberts per l'assegurança familiar. Les quotes de les persones que reben prestacions socials són abonades pels serveis socials i les cotitzacions dels aturats van a càrrec de l'Institut Federal de Treball. Queden exempts de pagament les mares durant el permís de maternitat i els fills i cònjuges per sota d'un determinat nivell d'ingressos. El pagament de l'assegurança privada obligatòria no es calcula d'acord amb els ingressos de l'assegurat, sinó a partir de l'edat en què es formalitza el contracte i l'ha de cotitzar cada membre familiar. L'assegurança de CLD només cobreix un cost mínim, ja que les prestacions tenen un topall o caràcter limitat; pel que fa a la diferència entre el cost dels serveis i les prestacions a percebre, se'n fa càrrec la persona o la família en forma de copagament. En última instància són els serveis socials municipals els encarregats del pagament de les quotes a l'asseguradora quan la persona o la família no poden fer-ho. Les famílies tenen l'obligació legal de fer-se càrrec del cost dels serveis de cura de llurs familiars; i si estan per damunt d'un determinat nivell d'ingressos o disposen de propietats, han de vendre-se-les per pagar-ne el cost (Schulz, 2010; Rothgang, 2010).

5.2. Estudi del cas anglès

5.2.1. Tendències demogràfiques i estructura de la població

Entre 1975 i 2015 la població del Regne Unit (d'ara endavant RU) va passar de 56,2 milions d'habitants a 65,1 dels quals un 84% resideixen a Anglaterra. Les projeccions demogràfiques de l'Oficina Nacional d'Estadística del RU preveuen que aquest increment continuarà fins al 2045, en què s'assolirà la xifra de 76 milions, 10,9 milions més (16,7%) que el 2015 (vegeu el gràfic 10).

Gràfic 10. Evolució i projecció de la població al Regne Unit entre 1975-2045.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Oficina Nacional d'Estadística del Regne Unit.

Entre 1975-2045, s'observen igualment canvis significatius en l'estructura de la població per edats (vegeu la taula 11). El 1975 el grup d'edat de menors de 15 anys era del 25% del total de la població; mentre que el 2015 passa a ser del 19% i les projeccions preveuen que el 2045 assoleixi el 18%, un 7% menys respecte del 1975. L'any 1975 el grup de població entre 16-64 anys suposava el 61% del total de la població. El 2015 aquest grup creix fins al 63% i es preveu que el 2045 arribi al 58%, un 3% menys que el 1975. Al contrari, el grup d'edat de més de 64 anys, que era del 14% el 1975 i del 18% el 2015, es calcula que el 2045 serà del 24%, un 10,4% més que el 1975.

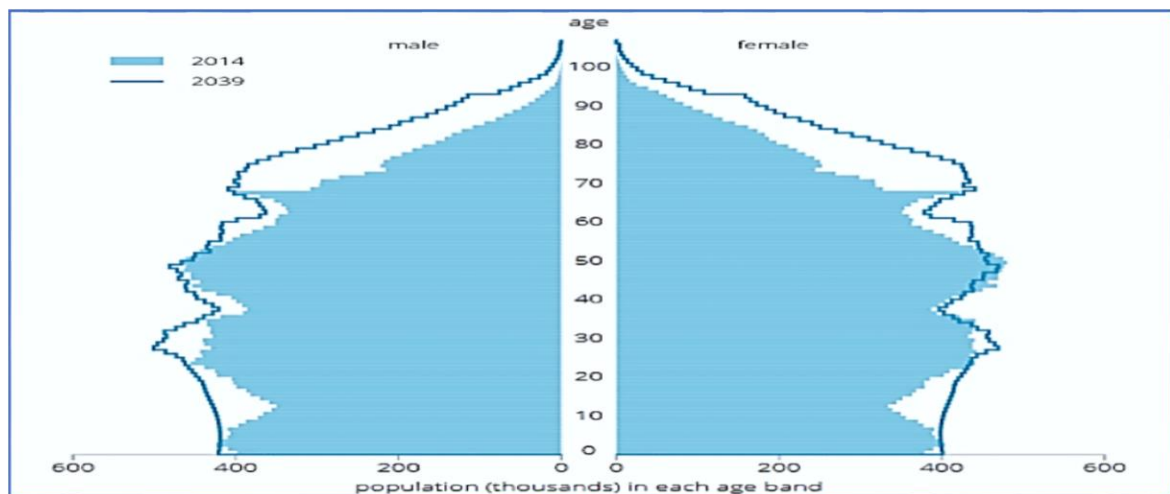
Taula 11. Estructura de la població per edats al Regne Unit entre 1975-2045.

Grups d'edat	1975		2015		2045		Variació 2015-2045
	Milions	%	Milions	%	Milions	%	
0-15	14,0	25%	12,3	19%	13,6	18%	-1 %
16-64	34,2	61%	41,0	63%	44,1	58%	-5,0 %
+ 64	7,8	14%	11,7	18%	18,2	24%	+6 %

Font: Oficina Nacional d'Estadística del Regne Unit (milions). Juny 2017.

A la piràmide següent (figura 4) s'observen els canvis en l'estructura per edat i sexe de la població entre els anys 2014 i 2039. Tot i que en menor intensitat que en el cas alemany, els canvis demogràfics al RU apunten a un significatiu envelliment i sobreenvelliment poblacional.

Figura 4. Piràmide de la població al Regne Unit entre 2014-2039.



Font: Oficina Nacional d'Estadística del Regne Unit.

5.2.2. L'estat del benestar liberal

Naturalesa i evolució

Les bases ideològiques de l'estat del benestar liberal (d'ara endavant EBL) anglosaxó aglutinen diverses tradicions del liberalisme econòmic: el liberalisme clàssic (*laissez-faire*), el liberalisme social o col·lectivista, el neoliberalisme i el liberalisme inclusiu (Mishra, 1994; O'Connor, Orloff i Shaver, 1999; Mahon, 2008). A diferència del liberalisme clàssic inspirat en l'autosuficiència, la responsabilitat individual i la il·limitada fe en el mercat, en el liberalisme social la solidaritat i la igualtat d'oportunitats adquireixen protagonisme. Per a aquest, la doctrina econòmica keynesiana i el pensament de Beveridge (1942) suposen un avanç social important que doten de justificació teòrica a la intervenció de l'estat en l'economia. Les recomanacions fetes per l'informe Beveridge s'adreçaven a proveir els ciutadans d'uns ingressos mínims que els permetessin cobrir les necessitats bàsiques i dotar-los d'un sistema públic de salut i d'educació que millorés llur qualitat de vida. Per un altre costat, el liberalisme inclusiu i les polítiques del *New Labor Britànic*, *tercera via* o *estat inversor*, anaven encaminades a canviar la concepció tradicional de les polítiques redistributives per les d'inversió social (Giddens, 1998).

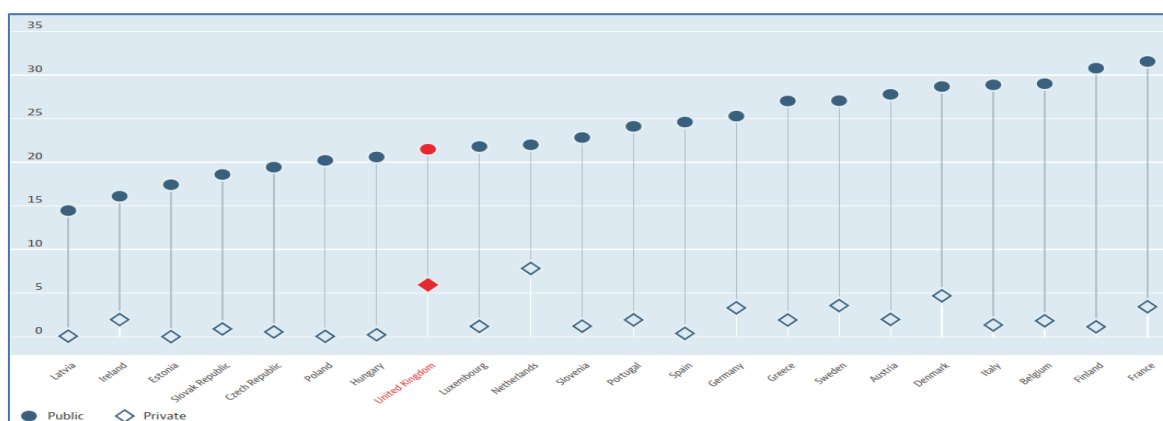
No obstant això, l'EBL va ser considerat un dels pioners en constituir-se com a estat benefactor compromès amb la plena ocupació. Alguns autors han assenyalat que el cas anglès es pot interpretar com un exemple de canvi radical de règim de benestar (Esping-Andersen i Wolfson, 1996). Les primeres polítiques socials, diferenciades de l'assistència social tradicional basada en la Llei de pobres vigent fins llavors, van ser introduïdes pel govern liberal entre 1906 i 1914: les pensions de vellesa ho van ser el 1908, els menjars gratuïts a les escoles i el salari mínim el 1909, i l'assegurança nacional de desocupació i salut el 1911. Abans de l'any 1939, l'atenció sanitària era dispensada per organitzacions no governamental a través d'una àmplia xarxa de companyies asseguradores, sindicats i entitats que oferien protecció per malaltia, atur i discapacitat. A partir de la Segona Guerra Mundial, sota la influència de l'informe Beveridge, el govern laborista introdueix el Servei Nacional de Salut gratuït per a tota la població (1948), el lloguer d'habitatge públic, l'assistència social i les prestacions familiars (Alcock, 2009). És en aquest període que moltes de les institucions educatives i de provisió social emparades en l'antiga Llei de pobres —escoles, hospitals o cases de treball pertanyents a l'església i associacions sense afany de lucre— passen a dependre de l'Estat (Derek, 1973). Però l'any 1973, amb l'esclat de la crisi del petroli, les primeres mesures adoptades pel govern laborista (1974-79) van ser les de contenir la despesa social i la moderació salarial per tal de mantenir la competitivitat econòmica del sistema (Moreno, 2013). Malgrat que persisteix el caràcter públic i universal del Sistema Nacional de Salut (*National Health Service*), durant els governs conservadors de Thatcher (1979-1990) i Major (1990-1997) es fa un important pas endavant en la reducció de l'EB. Les principals mesures adoptades per aquests governs van anar dirigides a la privatització dels serveis i a la individualització de la protecció mitjançant mesures encaminades a l'autofinançament del benestar per part dels mateixos ciutadans. El 1986 es produeixen canvis dràstics en les quanties de les pensions públiques, les quals es redueixen a la meitat. Fet que provoca un important increment en la contractació de pensions privades (Rhodes, 2000; Jessop, 2003; Clasen, 2005; Starke, 2008). Les polítiques de tall laborista a partir de 1997 suposen una barreja entre mercat i provisió pública de benestar. En aquesta etapa, s'intensifiquen les polítiques d'activació laboral centrades en la idea que la millor forma d'evitar la pobresa és el treball, fins i tot quan es perceben salaris baixos (Starke, 2008; Powell, 2011). En els últims anys, s'ha incrementat la contractació de plans privats com a resultat de les reduccions en les pensions públiques i l'augment dels anys de cotització necessaris per poder accedir a una pensió íntegra. Canvis que han anat aparellats a una maximització dels principis mercantilistes, la individualització dels costos de benestar, la desregularització i flexibilització del mercat laboral i la irrupció d'empreses privades en

àmplies àrees de responsabilitat de benestar ocupades prèviament per l'Estat (Moreno, 2013; Colino i Del Pino, 2013).

Despesa en protecció social

La despesa en protecció social al RU se situa per sota de la mitjana europea (vegeu el gràfic 11). Segons les últimes dades disponibles de l'OCDE, la despesa pública l'any 2016 va ser del 21,5% del PIB i la privada, del 5% (2013), només per sota de la dels Països Baixos.

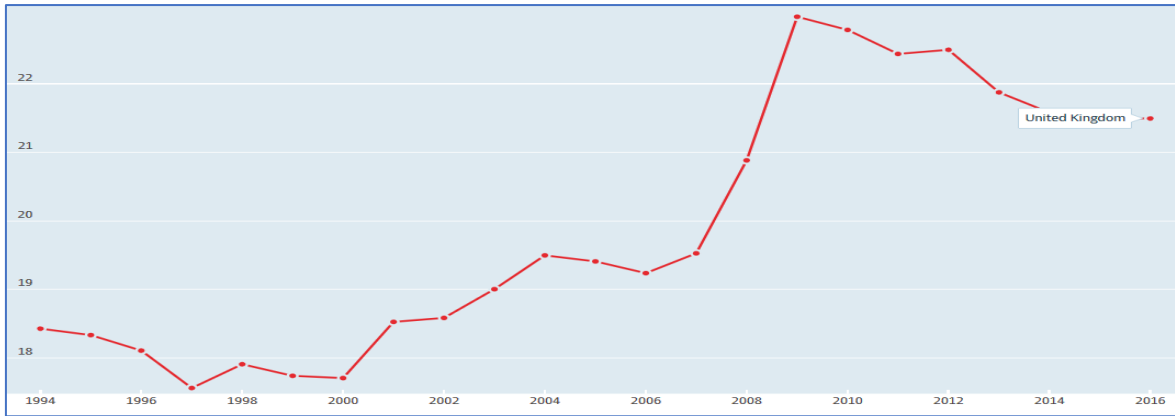
Gràfic 11. Despesa en protecció social pública (2016) i privada (2013) al Regne Unit en percentatge del PIB.



Font: OECD (2017), *Social spending (indicator)*. DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 22 de maig de 2017).

L'evolució de la despesa pública entre 1995-2016 al RU mostra que des de l'any 2000 fins al 2009 es produeix un augment progressiu considerable, sobretot en el període 2006-2008, en què passa del 17,71% del PIB al 22,98%. Emperò, a partir de l'any 2009 el PIB cau de forma sostinguda fins a situar-se en el 21,49% el 2016 (vegeu el gràfic 12).

Gràfic 12. Evolució de la despesa pública al Regne Unit en percentatge del PIB entre 1995-2016.

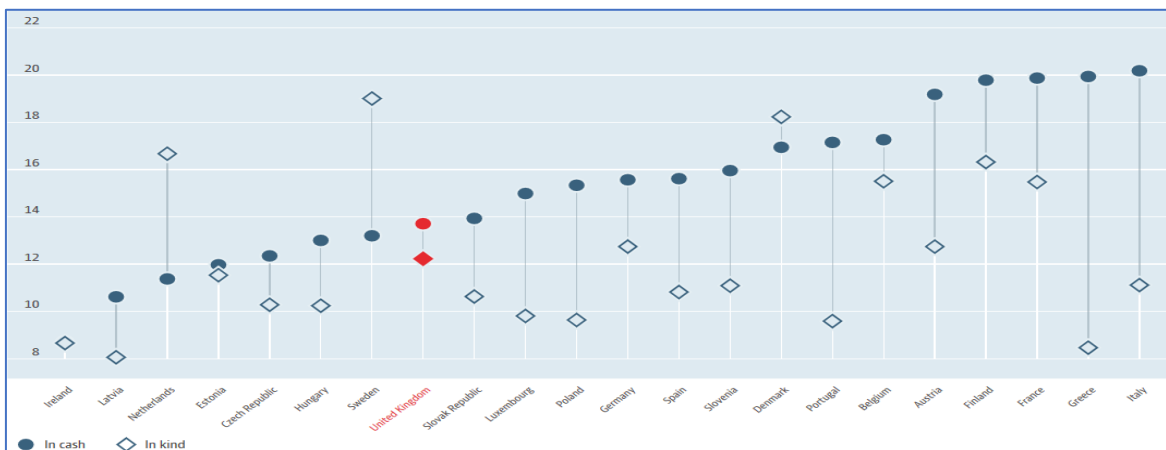


Font: OECD (2017), Social spending (indicator). DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 16 juny de 2017).

Model de provisió

Com s'ha vist en el paràgraf anterior, la despesa en protecció social al RU es troba per sota de la mitjana de la UE, només per damunt dels països de l'Europa de l'Est. Un 13,7% de la provisió és en prestacions econòmiques i un 12,2%, en serveis. La despesa en prestacions econòmiques supera la dels països del bloc mediterrani i de la dels de l'Europa de l'Est; és al mateix nivell que la d'alguns països del model continental (Alemanya, França, Àustria o Bèlgica) i es manté força allunyada de la dels països del nord d'Europa (vegeu el gràfic 13).

Gràfic 13. Tipus de provisió al Regne Unit en percentatge del PIB el 2016.

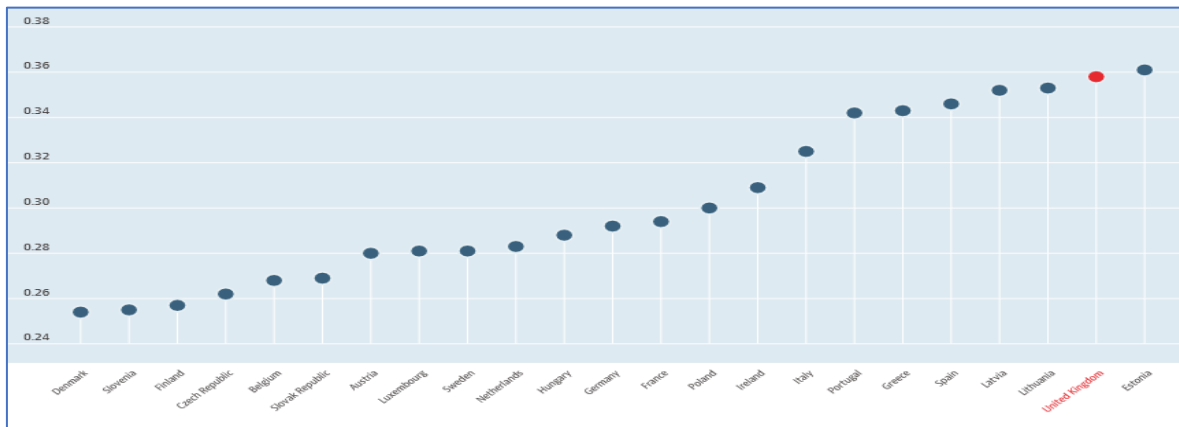


Font: OECD (2017), Social benefits to households (indicator). DOI: 10.1787/423105c6-en (accés l'11 juny de 2017).

Desigualtat d'ingressos familiar

Al RU la desigualtat d'ingressos familiars el 2013 era de 0,358 punts, una de les més altes de la UE només superada per Estònia amb una taxa de 0,361 punts (vegeu el gràfic 14).

Gràfic 14. Desigualtat d'ingressos familiars al Regne Unit l'any 2013.

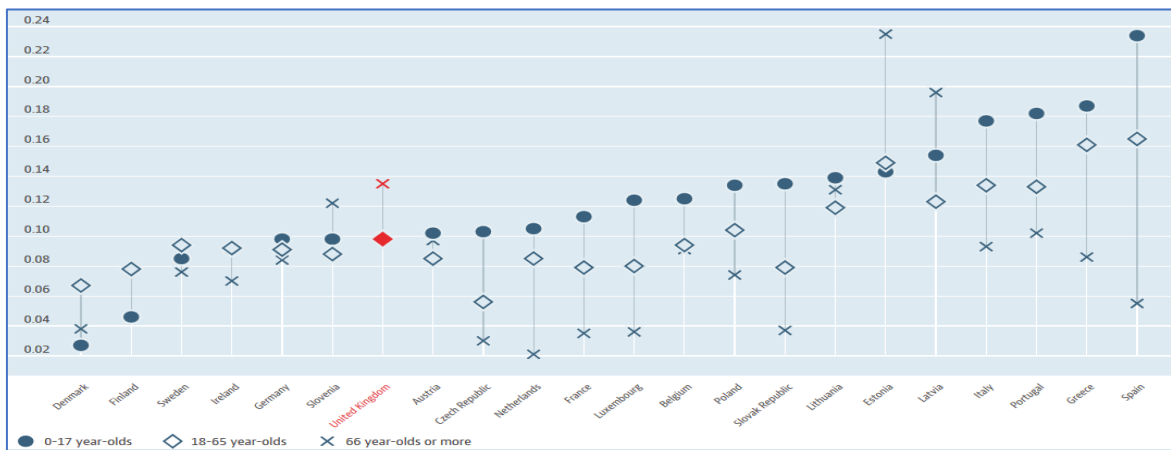


Font: OECD (2017), *Income inequality (indicator)*. DOI: 10.1787/459aa7f1-en (accés el 22 de maig de 2017).

Taxa de pobresa

La taxa de pobresa al RU el 2013 va ser de 0,099 per al grup d'edat entre 0-17 anys; de 0,098 punts per al de 18-65 anys i de 0,135 per a persones majors de 65 anys (vegeu el gràfic 15).

Gràfic 15. Taxa de pobresa de la població per grups d'edat al RU el 2013.



Font: OECD (2017), *Poverty rate (indicator)*. DOI: 10.1787/0fe1315d-en (accés el 19 juny de 2017).

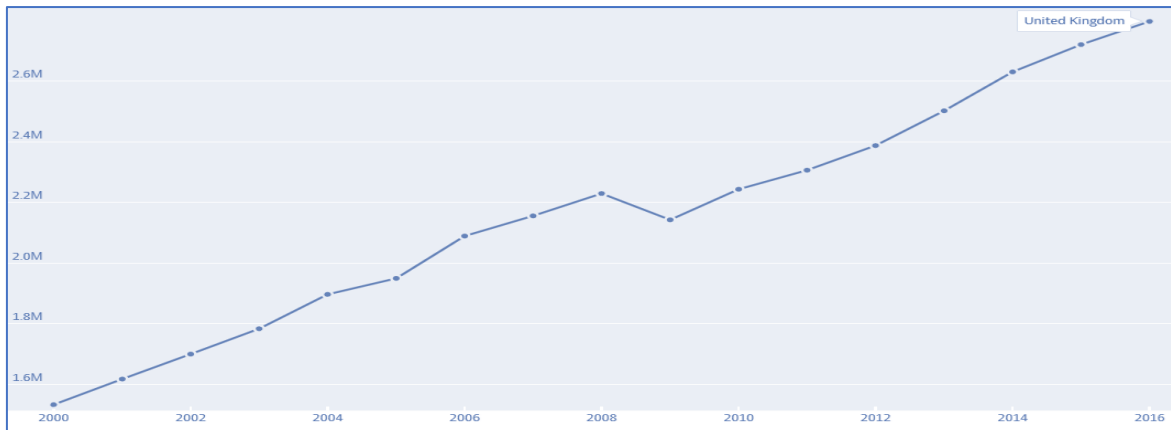
5.2.3. Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008

Després de la Segona Guerra Mundial el RU viu un ràpid i perllongat creixement econòmic que acaba amb l'arribada de la crisi del petroli de 1973. Aquest esdeveniment provoca una important desacceleració de l'economia i un considerable augment de la inflació i dels nivells d'atur. Això obliga el govern a recórrer a un substancial préstec del Fons Monetari

Internacional i a acomplir importants reformes en polítiques socials i econòmiques. L'arribada de Margaret Thatcher al govern l'any 1979 s'ha considerat un canvi paradigmàtic en la política social i econòmica de tall keynesià de postguerra. A partir de llavors, les polítiques neoliberals conservadores s'orienten a la privatització del sector públic, a l'austeritat fiscal, a la reducció del dèficit i a la desregulació de les restriccions econòmiques i comercials, amb la finalitat d'augmentar el rol del sector privat en l'economia (Palley, 2004; Vicent, 2010).

El RU representa la segona economia europea, només per darrere d'Alemanya. De l'any 2000 al 2008, el RU experimenta un espectacular creixement econòmic: el seu PIB passa d'1.533.016 MDA a 2.229.260 MDA. Igual que en la majoria de països de l'entorn europeu, l'expansió econòmica en aquest país finalitza amb l'arribada de la crisi econòmica i financera mundial de 2008. L'extensió del sector financer i el «boom» immobiliari, lligat a un alt endeutament familiar, van situar el país en una posició especialment vulnerable enfront de la crisi (Giudice, Kuenzen i Springbett, 2012). El 2008 i 2009, alguns dels principals bancs del país —Royal Bank of Scotland i Lloyds Banking Group, entre d'altres— entren en una situació de col·lapse financer que obliga el govern a nacionalitzar-los totalment o parcialment. Això comporta que grans quantitats de diners públics es destinin a endreçar i estabilitzar el sistema financer (Heinrich, 2015). Entre 2008-2009, el PIB es redueix 86.771 MDA, en passar de 2.229.260 MDA a 2.142.489 MDA, una caiguda del 3,89%. Sotrac que supera el d'Alemanya (vegeu el gràfic 16) i suposa per al RU la recessió econòmica més greu patida des de la Gran Depressió (Giudice, Kuenzen i Springbett, 2012). L'any 2011 i 2012 l'economia britànica torna a contraure's el -0,3% i -0,2 del PIB, respectivament. La recessió es deu majoritàriament a la caiguda del 3% (el primer trimestre de l'any) del sector de la construcció (Oliveras, 2012). A partir del 2009, el RU surt de la crisi i inicia una remuntada que assoleix els 2.796.734 MDA el 2016.

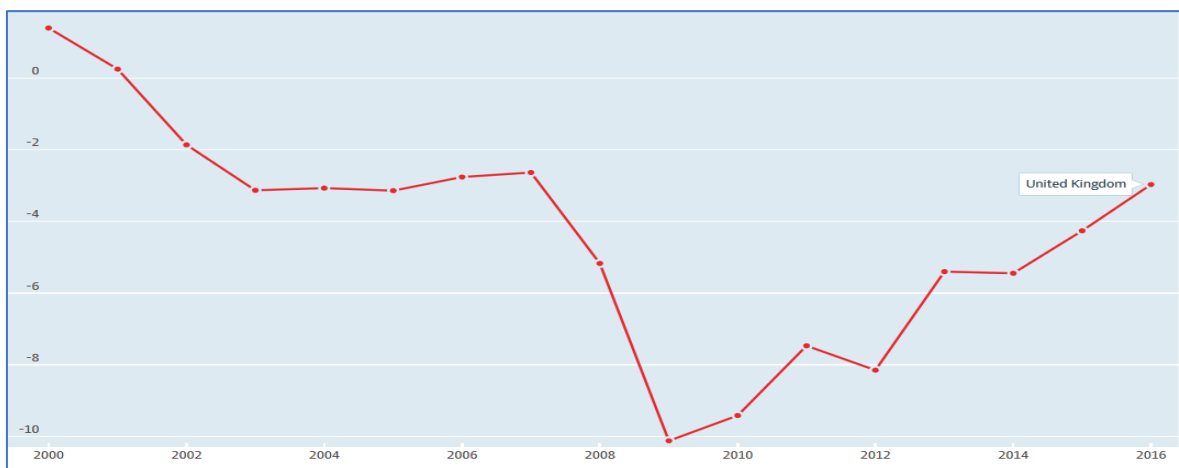
Gràfic 16. Variació del producte interior brut al RU entre 2000-2016.



Font: OECD (2017), *Gross domestic product (GDP)* (indicator). DOI: 10.1787/dc2f7aec-en (accés el 21 de juliol de 2017).

La caiguda del PIB va anar acompanyada d'un considerable ascens del dèficit i deute públic. Entre el 2000 i 2007, el dèficit públic passa de l'1,4% al -2,6% del PIB. Entre 2007-2009 torna a incrementar-se de forma especular i assoleix el pic màxim el 2009 en arribar al -10,1% del PIB. En aquest moment comença una reducció progressiva que el situa en el -2,95% l'any 2016 (el 2012 era del -8,23%). El deute públic també es dispara a partir del 2007 i continua creixent fins al 2016. Entre 2000-2007 passa del 48,8% al 51,4% del PIB; al 107% el 2012 (un increment del 55,6%) i al 123,2% el 2016 (vegeu el gràfic 17).

Gràfic 17. Dèficit públic al RU en percentatge del PIB entre 2000-2016.

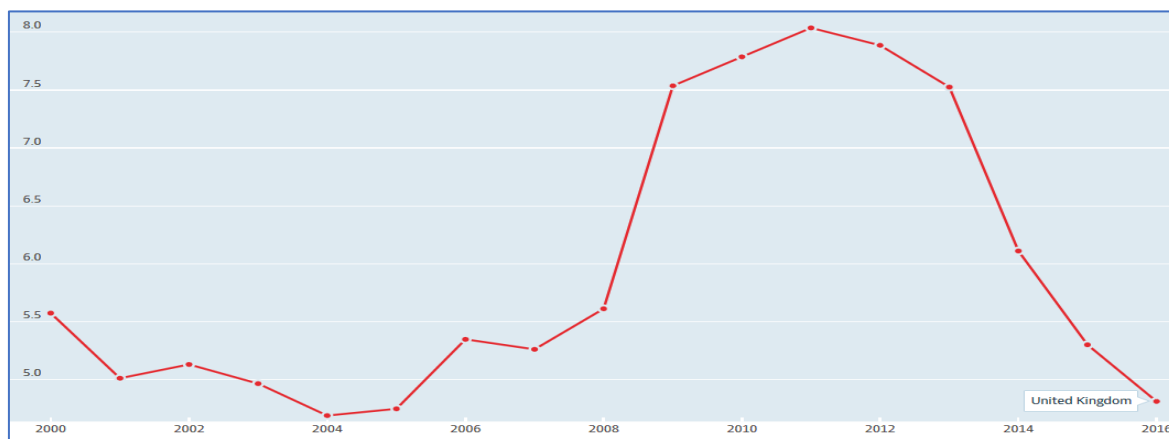


Font: OECD (2018), *General government deficit* (indicator). DOI: 10.1787/77079edb-en (accés el 8 de juny de 2018).

En aquest mateix període l'atur s'incrementa de forma exponencial. Primer, entre 2000-2004, baixa del 5,6% al 4,7%; però posteriorment torna a incrementar-se lleugerament fins a assolir

el 5,3% el 2007. El màxim pic d'atur es dona el 2011, en què se situa en el 8% (vegeu el gràfic 18). Es redueix novament fins al 4,8% el 2016, per sota del període precrisi.

Gràfic 18. Evolució de la taxa d'atur al Regne Unit entre 2000-2016.



Font: OECD (2017), *Unemployment rate (indicator)*. DOI: 10.1787/997c8750-en (accés el 3 d'agost de 2017).

El 2009 el líder conservador David Cameron anuncia l'inici de les primeres mesures d'austeritat orientades a reduir el dèficit i deute públic consistents a congelar els salaris dels funcionaris (superiors a 21.000 £) i limitar l'increment salarial (Summers, 2009; Friede, 2009; Bailey i Shibata, 2017). Entre el 2009-2016 el sector públic expulsa un milió de treballadors. Altres mesures adoptades pel govern durant la crisi són els programes d'estímul per incentivar el treball *Workfare programmes* i mesures de penalització per incompliment dels programes socials (Bailey i Shibata, 2017). En aquest període, es privatitzen alguns serveis públics i es tripliquen les taxes universitàries. Segons l'Oficina d'Estadística del Regne Unit, entre 2012 i el 2013 totes les escoles públiques van ser privatitzades.

5.2.4. El sistema de cures de llarga durada anglès

Elements normatius i naturalesa del sistema

L'accés al sistema de protecció de CLD anglès es troba estretament vinculat a la capacitat econòmica (*means-tested*) del sol·licitant. Això vol dir que llevat de les avaluacions de les necessitats de cura —a les quals té dret tothom independentment del seu nivell de renda— només accedeixen als serveis finançats públicament aquelles persones amb estalvis inferiors a 23.500 £ anuals (Care Act, 2014). En aquest model es tendeix a dipositar la responsabilitat de la cura sobre l'individu i la família. Això fa que un gran nombre de persones grans dependents siguin ateses per cuidadors familiars sense cap mena de suport públic o amb insignificants

prestacions econòmiques (Pickard, Wittenberg, Comas-Herrera, Davies i Darton, 2000; Pickard, 2001; Pickard, Wittenberg, Comas-Herrera, King i Malley, 2007). Els minso suports públics s'orienten bàsicament a fomentar les cures informals a través de prestacions econòmiques (Lundsgaard, 2005). L'escassetat de suport públic en la provisió i la cobertura de les necessitats ha fet que el sistema s'hagi etiquetat com a *mall de seguretat* limitada a cobrir només les necessitats de les persones en situació de pobresa (Brodsky, Habib, Hirschfeld, Siegel i Rockoff, 2003; Fernández, Forder, Truckeschitz, Rokosova i McDaid, 2009). Aquesta subsidiarietat de l'Estat envers la família i el mercat en la provisió de cura a través de la compra de serveis privats constitueix un dels trets característics del model de protecció de CLD anglès (Comas-Herrera, Pickard, Wittenberg, Malley i King, 2010; Comas-Herrera, Wittenberg i Pickard, 2011).

El sistema de CLD anglès s'ha anat desenvolupant progressivament des de 1990. Ja des dels seus inicis, els programes anaven dirigits específicament a les persones d'edat avançada i alts nivells de dependència que no disposaven de suport familiar ni recursos econòmics (Ikegami i Campbell, 2002). Les primeres lleis reguladores de la cura social van ser la *Caring for People* (1990), que traspasa les competències de la cura des del nivell estatal al local, i la *National Health Service and Community Care Act* (1990), encarregada de regular el finançament dels ajuntaments. Cal dir, però, que en els últims vint anys, el sector de les CLD anglès ha estat objecte d'un ampli debat social, polític i acadèmic motivat per les pressions demogràfiques i l'augment dels costos en el finançament de les CLD. Al mateix temps, amb el temps, han emergit algunes de les mancances històriques del sistema com llur complexitat, l'arbitrarietat en l'accés o les marcades fragmentacions territorials, les quals han generat fortes desigualtats i l'exclusió d'un gran nombre de població en situació de necessitat+. Per aquests motius l'any 1997 el govern laborista va crear la *Royal Commission on Long Term Care* amb la intenció d'esmenar algunes d'aquestes mancances. Finalment, les recomanacions fetes per aquesta Comissió no es van implementar i les desigualtats territorials van continuar. La persistència dels problemes esmentats van originar que, l'any 2002, el Departament de Salut publicqués un marc nacional orientat a unificar els criteris d'accés. El document assignava quatre nivells de necessitat de cura —baixa, moderada, considerable i crítica— a partir dels quals els ajuntaments podien decidir en quin nivell les persones tenien dret a l'accés al sistema. Posteriorment, l'any 2008 diversos informes d'avaluació de la *Commission for Social Care Inspection* i la *Audit Commission* fan palesa la manca d'utilitat del marc legislatiu vigent fins llavors, perquè els ajuntaments continuen situant el suport en els nivells de necessitat més

sever o quan no hi ha cap mena de suport informal. Això genera que un gran nombre de persones dependents continuen quedant excloses del sistema (Wanless et al., 2006).

L'any 2007 el govern publica una nova Ordre Ministerial —*Putting People First* (HM Government, 2007)— orientada a individualitzar l'atenció; millorar-ne la prevenció i instaurar una nova prestació econòmica que permeti pal·liar algunes de les dificultats de la normativa precedent. L'any 2008 s'inicia un nou procés de consulta que abasta tots els agents implicats i que culmina amb la publicació l'any 2009 de l'informe *Green Paper, Shaping the Future of Care Together*. L'informe confirma la gran quantitat de persones dependents que no reben ajuda pública com a resultat de les restriccions en els criteris d'accés, de les dificultats en la comprensió del sistema i de les arbitrietats territorials en l'aplicació dels criteris per accedir-hi. El 2009 es crea la *Commission on Funding Care and Support* (coneguda com la *Dilnot Commission*), que l'any 2012 proposa la millora del finançament del sistema i l'elaboració d'una nova llei de cura que inclogui les recomanacions del seu informe final — *Caring for our Future: Progress Report on Funding Reforms*. Finalment, seguint les recomanacions d'aquest informe, l'any 2014 es publica la nova Llei de cura (*Care Act 2014*) que entra en vigor l'any 2015. El nou marc normatiu obliga als ens locals a valorar, informar i orientar totes les persones amb necessitats de CLD i els seus curadors, independentment del territori on visquin i de la capacitat econòmica que tinguin. Altres mesures proposades són: unificar els criteris d'accessibilitat al sistema; incrementar el sostre econòmic amb el qual es pugui accedir; i establir un topall en el cost dels serveis que eviti que les persones amb dependències severes en quedin excloses per manca de recursos econòmics (*HM Government 2014*). Un altre dels aspectes a considerar, a partir del 2012, són les reformes introduïdes pel govern conservador en la Llei de benestar (*Welfare Reform Act, 2012*), que suposen un enfortiment i canvis en els criteris d'accés a les prestacions per a les persones amb discapacitat (Inclusion London, 2015; Ismail, Thorlby i Holder, 2014).

Criteris d'accés

El procediment i els criteris d'accés al sistema de protecció de CLD anglès es troben regulats a la secció 13 (7) de la *Care Act 2014*. El perfil de les persones ateses és el de persones adultes (majors de 18 anys) que per l'edat o algun tipus de discapacitat tenen necessitat de suport i compleixen amb els criteris econòmics d'accés —no superar la quantitat de 23.500 £ anuals. La *Care Act de 2014* no inclou l'atenció als menors d'edat, ja que els infants compten amb una regulació específica (*Children and family Act, 2014*). La nova Llei de cura defineix el dret

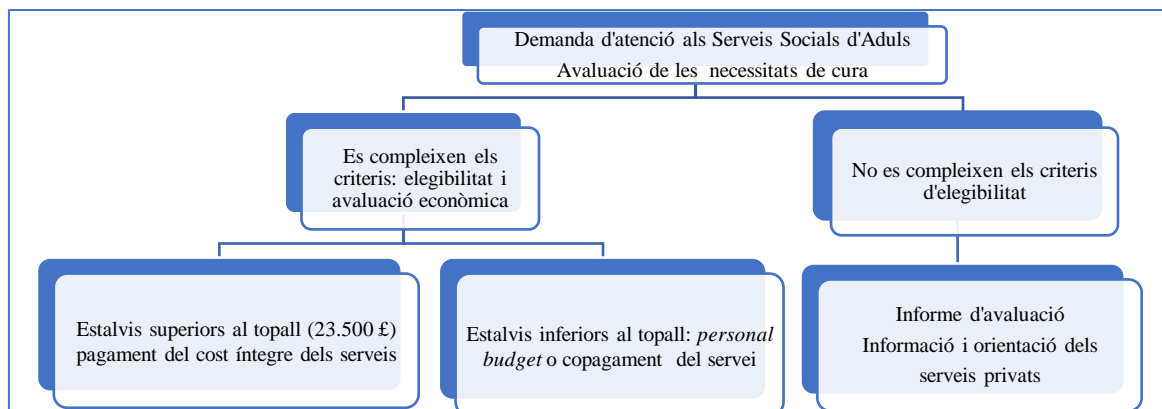
a ser valorat i rebre informació per a tots els adults amb discapacitats físiques, psíquiques o intel·lectuals que requereixin suport per al seu desenvolupament personal i social (mantenir relacions familiars, personals, formatives o laborals) i per a les necessitats de les AVD (higiene, seguretat, nutrició, vestit), independentment del nivell de discapacitat, necessitat de suport o nivell d'ingressos econòmics. Emperò, estableix que només poden rebre serveis finançats públicament les persones que, després de ser valorades, compleixen ambdós criteris: elegibilitat i no superar el topall d'ingressos econòmics màxims establert. En el procés de valoració es tenen en compte les necessitats de la persona, l'impacte d'aquestes sobre el seu benestar i els serveis més adients per cobrir les seves necessitats. *Els criteris d'elegibilitat* es compleixen si la persona requereix suport en dues o més de les activitats següents: (a) menjar o mantenir-se ben alimentat; (b) realitzar i mantenir la higiene personal; (c) vestir-se correctament; (d) ser capaç de mantenir la llar en bones condicions d'habitabilitat i seguretat; (e) desenvolupar i mantenir relacions familiars i personals; (f) accedir i mantenir una relació laboral, educativa, formativa o de voluntariat; (g) accedir i fer ús del transport o altres serveis comunitaris; i (h) ser capaç de la cura d'un infant.

Procediment de valoració

El procediment d'accés al sistema s'inicia amb una avaluació de les necessitats de cura en el domicili de la persona per part d'un avaluador expert (treballador social o terapeuta ocupacional) de l'equip de Serveis Socials de Cura d'Adults (SSCA) o *Adult Social Care Service*. Dintre dels SSCA poden haver-hi diferents formats organitzatius: per col·lectius (discapacitat o gent gran); pel grau de discapacitat o pel grau d'expertesa dels treballadors socials. L'organització dels equips varia segons els territoris; en alguns, s'han integrat professionals sanitaris, mentre que en d'altres no. Les persones i familiars atesos pel SSCA poden ser derivats des de qualsevol altre servei de la comunitat, professional o poden acudir-hi directament. Les sol·licituds són ateses per ordre d'arribada i prioritat; les prioritàries de forma immediata, mentre que la resta de sol·licituds es posen en llista d'espera fins que poden atendre's. Després de fer-ne la valoració, l'avaluador elabora i entrega un informe a la persona o família amb l'avaluació de les necessitats. Si la persona compleix amb els requisits d'elegibilitat, els SSCA elaboren un pla de treball i gestionen el paquet de serveis en concordança a les necessitats valorades. En el supòsit que la persona superi el topall màxim d'estalvis, ha de pagar l'import íntegre del cost dels serveis; si està per sota, pot triar entre el copagament o el pressupost personal. Si pel contrari, la persona no compleix amb els requisits

d'elegibilitat, l'avaluador l'orienta i l'informa dels serveis comunitaris privats disponibles. En el procés de valoració s'ha d'involucrar la persona amb necessitats de cura, els seus curadors o qualsevol altra persona que l'usuari desitgi (vegeu la figura 5).

Figura 5. Procediment de valoració i d'accés al sistema de CLD anglès.



Font: elaboració pròpia.

Tipus de provisió

En el model de provisió anglès hi ha un predomini dels serveis comunitaris. Els serveis residencials només s'ofereixen en casos de dependències greus o manca de suport social i familiar. En els últims quinze anys, els ens locals s'han anat desfent dels serveis propis i han delegat cada cop més la provisió a les entitats mercantils, a les quals compren els serveis. Les persones que accedeixen a la provisió pública disposen d'un ampli marge de llibertat a l'hora d'elegir com volen rebre el suport: mitjançant diners o serveis; autogestió, gestió a través d'un familiar o amic; o deixant la gestió en mans dels serveis socials municipals. La provisió recau bàsicament sobre dos pilars: les prestacions econòmiques i els serveis comunitaris. Les prestacions econòmiques per a la cura de persones amb dependència són gestionades directament pel Departament de Treball i Seguretat Social i poden anar dirigides a diferents col·lectius: persones grans (*attendance allowance*), persones amb discapacitat (*independent living Payment/disability living allowance*) o també als cuidadors (*carer's allowance*). Pel que fa als serveis, existeix una diferenciació bàsica entre serveis de caràcter residencial i serveis comunitaris. Els serveis residencials poden ser permanents (*care o residential home o nursing-home*) o temporals (*respite care*). També poden estar subjectes a diverses formes de provisió: serveis residencials sense suport d'infermeria (*care o residential homes*) o amb suport permanent d'infermeria (*nursing homes*). En aquest últim cas, una part del suport el paga el

Departament de Salut. Els principals serveis comunitaris són els serveis d'ajuda a domicili, els centres de dia, els serveis domiciliaris o altres tipus d'ajudes tècniques i de mobilitat. A continuació s'ofereix una definició detallada dels diferents tipus de provisió (vegeu també la figura 6).

Tipus de prestacions econòmiques

Prestació per a cuidadors (carer's allowance): dirigides als cuidadors de persones grans dependents o amb discapacitats: familiars, parents o amics. No hi ha obligatorietat que els cuidadors siguin parents o visquin amb la persona amb necessitats de suport. Els cuidadors menors de 65 anys tenen dret a les cotitzacions de la Seguretat Social.

Prestació assistencial per a majors de 65 anys (attendance allowance): poden sol·licitar-la les persones majors de 65 anys que visquin en el domicili i pateixin una discapacitat severa que requereixin ajuda per a la seva cura personal. No estan sotmeses a la comprovació de la capacitat econòmica de l'usuari ni es tenen en compte en el càlcul d'altres prestacions. Es poden utilitzar per cobrir qualsevol servei o recurs que tingui com a finalitat millorar la qualitat de vida de la persona i permeti mantenir-la vivint de forma independent el màxim temps possible en el domicili.

Pension guarantee o saving credit: constitueixen un conjunt de prestacions orientades a complementar la pensió per a persones de més de 65 anys amb necessitat de suport.

Personal Independent Payment (PIP): aquestes prestacions han substituït la prestació per discapacitat (*disability living allowance*) a partir de la *Welfare Reform Act del 2012*. El suport s'adreça a cobrir les necessitats de cura de persones entre els 16-64 anys afectades per una malaltia crònica invalidant o qualsevol tipus de discapacitat per la qual requereixen ajuda per a les AVD o la mobilitat. Les prestacions es calculen segons el grau de discapacitat i tenen dos components: suport per a la vida diària i mobilitat; la persona pot rebre les dues si ho necessita.

Universal credit (UC): suport econòmic com a complement de la pensió per a aquelles persones que no poden treballar a causa d'algun tipus de discapacitat o malaltia i que es troben per sota d'un nivell d'ingressos. Han substituït l'*Employment and Support Allowance (ESA)*, *Incapacity Benefit*, *Income Support* i *Severe Disability Allowance*.

Tipus de serveis

Els ajuntaments són els responsables directes d'avaluar i gestionar la compra de serveis a les persones que compleixen amb els criteris d'elegibilitat. Els serveis, o bé poden ser comprats i cofinançats per les entitats locals, o bé poden ser comprats directament pels mateixos usuaris mitjançant pagament directe (*personal budget*). Poden classificar-se en serveis de tipus residencial o comunitari, com es detalla a continuació.

Centres residencials ('care home-nursing home'): els centres residencials (*care home*) són centres assistencials que proveeixen atenció continuada les 24 hores del dia i cobreixen les AVD (vestit, menjar i beure, higiene personal, desplaçament, comunicació i activitats socials). Els centres assistencials amb infermeria (*nursing-homes*) són equipaments especialitzats que disposen de personal d'infermeria encarregat de supervisar la cura les 24 hores del dia. En aquests tipus de centres, l'atenció s'adreça a persones amb requeriment d'atenció mèdica i d'infermeria freqüent quan les necessitats no poden ser cobertes en un centre assistencial ordinari. L'atenció d'infermeria es finança a través del Departament de Salut.

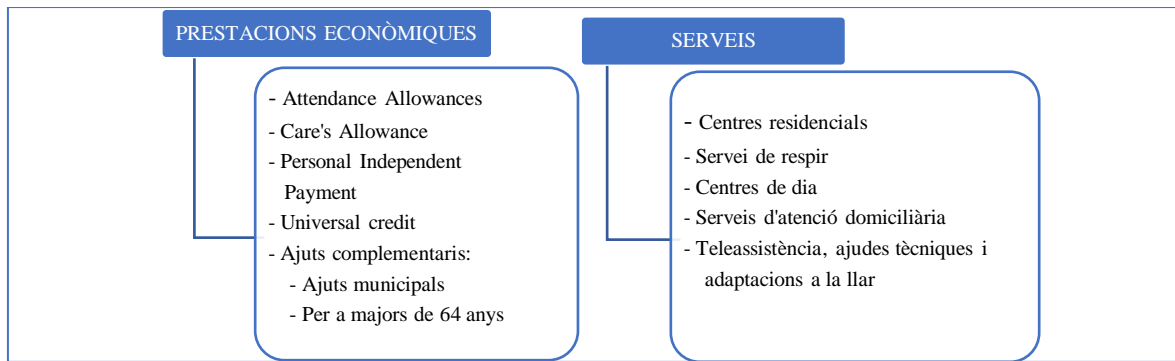
Servei de respir ('respite care service'): servei pensat per donar suport als cuidadors. Consisteix en estades curtes per a persones amb dependència en centres residencials amb l'objectiu que els cuidadors puguin descansar.

Centres de dia ('daily care services'): equipaments diürns que proveeixen àpats, activitats d'integració social i esbarjo durant el dia a les persones que viuen al domicili. Tenen com a principals objectius donar suport als cuidadors i que les persones puguin romandre en el domicili el màxim de temps possible.

Atenció domiciliària ('home care'): serveis que proveeixen la persona d'un curador formal que els doni suport en les AVD, el manteniment de la llar o qualsevol altre tipus de suport que precisin.

Ajudes tècniques ('telecare system') i *adaptacions de la llar*: les primeres consisteixen en un suport tècnic especialitzat dirigit a oferir suport a les persones que viuen soles amb l'objectiu que puguin afrontar situacions imprevistes o d'urgència. El segon tipus de suport va dirigit a adaptar l'entorn a les necessitats de la persona amb discapacitat i a fomentar la seva autonomia personal

Figura 6: Tipus de provisió en el model de CLD anglès.



Font: elaboració pròpia a partir de la pàgina web: Gov.uk.

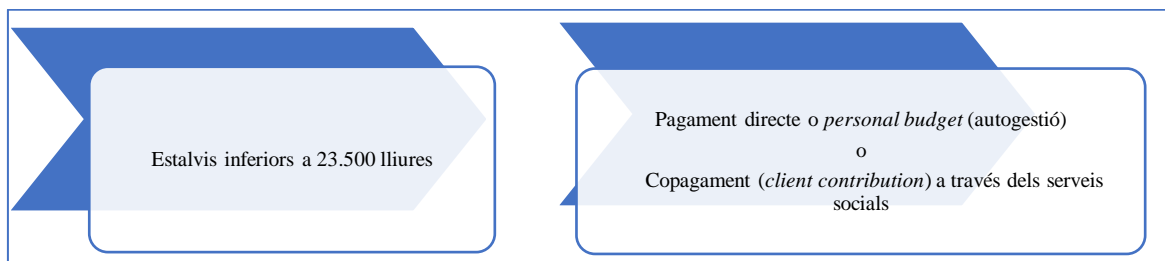
Gestió i finançament del sistema

Al RU les CLD constitueixen una competència delegada des del govern central als diferents territoris (Anglaterra, Escòcia, Gal·les i Irlanda del Nord). El Servei Nacional de Salut (*National Health Service*) és el màxim responsable de finançar i planificar les polítiques de CLD en tots els territoris. Els serveis socials municipals tenen la missió d'informar dels recursos disponibles, avaluar les necessitats, planificar i comprar els serveis al sector privat, i assumir el cost dels serveis per als usuaris sense recursos econòmics (per sota de 23.500£). Els governs locals es financen amb les aportacions del govern central (via impostos generals), les taxes municipals i els copagaments dels usuaris. Els costos dels serveis es negocien entre els ajuntaments i els proveïdors —empreses privades o del tercer sector social— excepte en els casos de pagament directe en què és la persona mateixa qui els negocia directament amb el proveïdor. Les autoritats locals tenen la responsabilitat de supervisar i cobrir les necessitats de cura de tota la població. Els SSCD s'integren en els Serveis Socials Municipals i són els encarregats d'atendre les persones amb necessitats de cura. La Junta de Valoració Comunitària de Cura (*care board*) —instaurada a finals de l'any 2016— s'encarrega de supervisar la idoneïtat dels recursos valorats prèviament pels professionals i de dotar d'eficiència econòmica el sistema. La Comissió de Qualitat de Cura (*Care Quality Commission*) regula la millora en la qualitat dels serveis de cura i és la responsable del registre i la inspecció (Comas-Herrera, Wittenberg i Pickard, 2011).

El sistema de CLD es finança a través de les transferències del Departament de Salut als ens locals, els pressupostos municipals i el copagament dels usuaris. Els municipis gaudeixen d'autonomia per gestionar els seus pressupostos i designar els diners que consideren oportuns als serveis de cura. Les persones que compleixen amb els criteris d'elegibilitat i disposen de recursos econòmics, tot i que han d'assumir el cost total del servei, poden elegir entre cercar

els serveis de forma privada o encarregar la gestió als serveis socials. Si pel contrari la persona no supera el sostre econòmic estipulat (23.500 £), pot optar pel pagament directe o el copagament. En el primer cas és ella mateixa o una altra persona assignada per ella o els serveis municipals qui s'encarreguen de la gestió dels serveis. En el segon cas, són els serveis socials municipals els que fan una valoració econòmica a la persona per determinar el cost que pot assumir segons els seus ingressos (vegeu la figura 7). Està previst que l'any 2020 entri en vigor la segona part de la nova Llei de cura, que eleva a 72.000 lliures el sostre econòmic de les persones que podran accedir al sistema públic de finançament.

Figura 7. Criteris d'accés al sistema públic de finançament al Regne Unit.



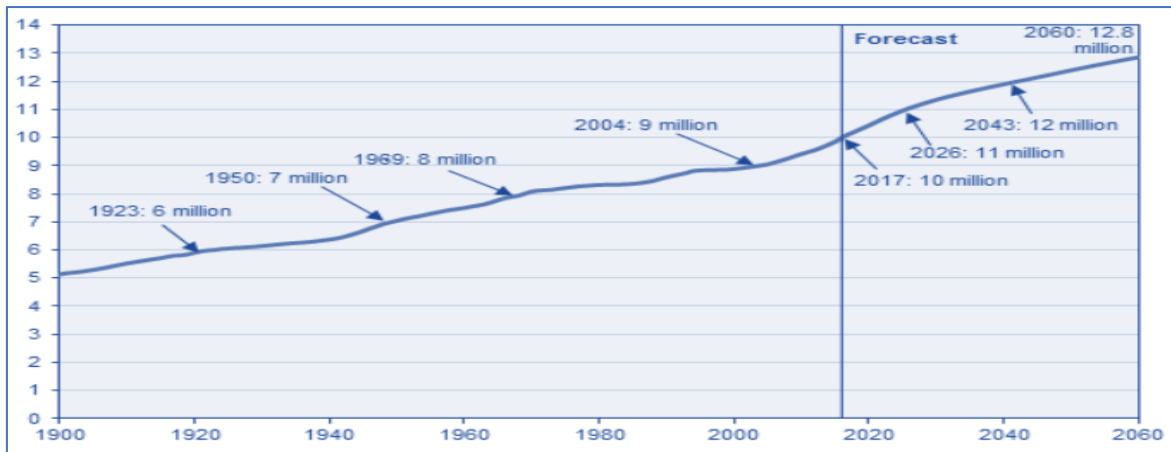
Font: elaboració pròpia.

5.3. Estudi del cas suec

5.3.1. Tendències demogràfiques i estructura de la població

Segons l'Oficina d'Estadística Sueca (*Statistika Centralbyrån*), la població actual de Suècia és de 10 milions d'habitants. Les regions més poblades són Estocolm amb 1,3 milions d'habitants, Västra Götaland amb 549.839 i Escània amb 269.549. En el gràfic 19 es visualitza el progressiu increment de la població en aquest país. Entre 1950-2017 el nombre d'habitants va passar de 7 a 10 milions i les projeccions per als pròxims anys (2017-2060) indiquen que aquest augment continuarà els pròxims anys. S'estima que l'any 2043 Suècia arribarà als 12 milions d'habitants i que el 2060 la població se situarà en els 12,8 milions, un 28% més que l'actual.

Gràfic 19. Evolució i projecció de la població a Suècia entre 1900 i 2060.



Font: Oficina d'Estadística Sueca (Statistiska centralbyrån).

L'estructura de la població per edats a Suècia (vegeu la taula 12) mostra que el 1960 la població menor de 20 anys era del 30,1% del total; el 2016, del 22,9% i s'estima que el 2060 passi a ser del 23%, un 7,1% menys. Pel que fa al grup de població entre 20-64 anys, durant el mateix període, s'observa que aquest grup també sofreix una pèrdua de població del 6%. En canvi, el grup de més de 64 anys augmenta un 13,1%.

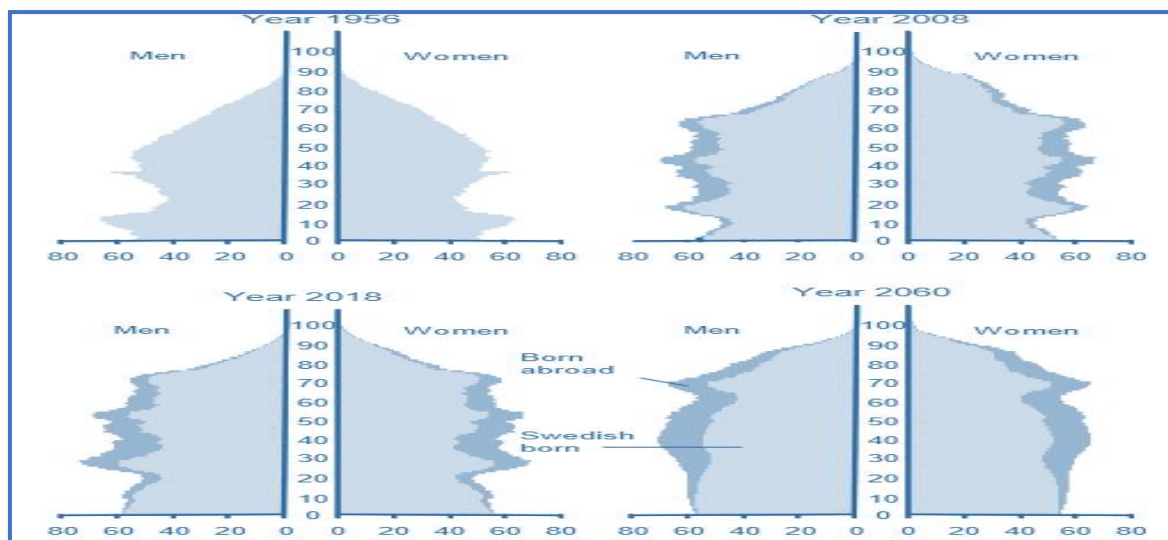
Taula 12. Estructura de la població per edats a Suècia entre 2016-2060.

Grups d'edat	1960		2016		2060		Variació 1960-2060
	Populació	%	Populació	%	Populació	%	
<20	2,2	30,1%	2,3	22,9%	2,9	23,0%	-7,1 %
20-64	4,3	58,1%	5,7	57,3%	6,7	52,1%	-6,0 %
+64	0,887	11,8%	1,9	19,8%	3,2	24,9%	+13,1 %

Font: elaboració pròpia a partir de l'Oficina d'Estadística Sueca (Statistiska centralbyrån).

En les piràmides de població següents (figura 8) s'aprecia el procés d'envelliment poblacional descrit. Entre 1960 i 2016, la població més gran de 64 anys a Suècia va passar de l'11,8% al 19,8% i es preveu que l'any 2060 arribi al 24,9%. Igual que en els dos casos anteriors, és particularment significatiu l'engrossiment de la piràmide en l'extrem superior, que corresponen al grup de persones de més de 75 anys.

Figura 8. Piràmide de la població a Suècia entre 1956-2060.



Font: *The future population of Sweden 2009–2060*. (Statistiska centralbyrån 2009).

5.3.2. L'estat del benestar socialdemòcrata

Naturalesa i evolució

El principi d'universalitat ha constituït un dels principals trets característics de l'estat del benestar socialdemòcrata (d'ara endavant EBSD). El compromís públic i la generositat en la prestació de serveis han motivat que se l'hagi qualificat de *Estat de Serveis Públics* (Lehto, Moss i Rostgaard, 1999). La implicació política i la integració del moviment obrer en el conjunt dels Països Nòrdics van actuar com a ressort en la construcció d'un singular model de benestar, basat en la idea de «llar popular» o «casa comuna» (*folkhemmet*) (Sorensen i Strath, 1997). També se l'ha etiquetat com a *State-friendly* o *Woman-friendly* (Kröger, 1997). Des dels seus inicis, els objectius bàsics de l'EBSD van orientar-se a assolir els màxims nivells d'igualtat econòmica i social mitjançant polítiques socials de lliure accés, independentment del nivell de renda. La plena ocupació representa una de les prioritats en el model socialdemòcrata. La menor desigualtat salarial i majors oportunitats de millora queden reflectides en una àmplia classe mitjana legitimadora de l'alta intervenció estatal (Moreno, 2013). Mitjançant les polítiques socials, l'Estat contribueix a la desmercantilització entre individu i mercat fent possible un elevat nivell d'igualtat entre la població (Esping-Andersen, 1990).

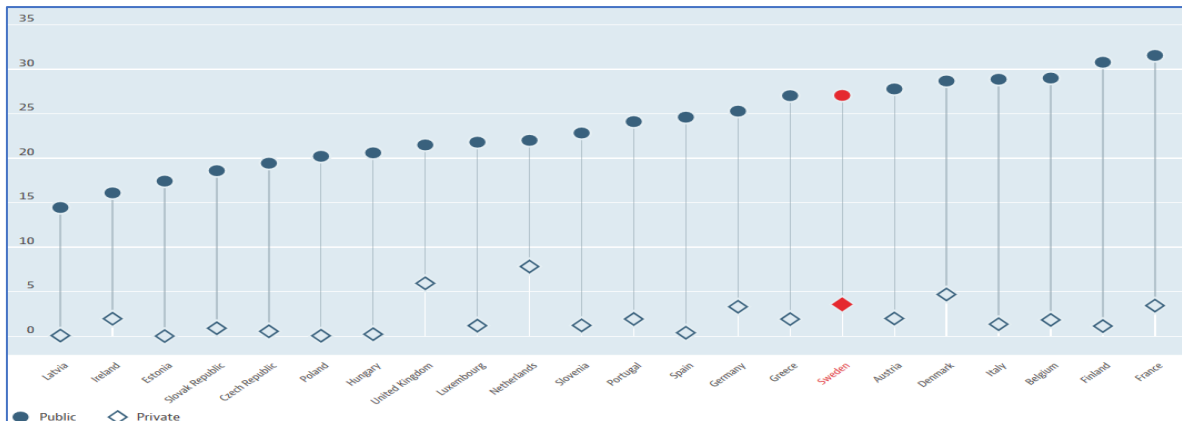
El compromís amb la provisió de serveis cal situar-lo històricament en una determinada evolució politicoinstitucional (Allardt, 2000; Kautto, 2010). Tal com assenyala Kuhnle (2000), la mida reduïda dels països del nord d'Europa, la seva homogeneïtat cultural i la no

interferència de l'Església (luterana) en la provisió de serveis són alguns dels factors que expliquen les peculiaritats d'aquest model de benestar (Allardt, 2000). L'EBSB es va desenvolupar a partir dels anys posteriors a la Segona Guerra Mundial. El boom econòmic que segueix aquest període permet al partit socialdemòcrata governant implementar les primeres polítiques socials. La classe obrera també va jugar un paper decisiu en la conformació de l'EB. Per a alguns teòrics, els factors que afavoreixen l'elevat compromís públic en l'assoliment de benestar en aquest model són: l'aliança entre els treballadors de la indústria i els petits i mitjans agricultors; la cohesió i la moderació del moviment obrer; o l'entesa entre els partits socialdemòcrates i els corrents reformistes del socialisme (Esping-Andersen, 1990; Thorslund, Bergmark i Parker, 2001). La primera política social a Suècia es va introduir el 1946, amb la pensió no contributiva de jubilació per a tots els ciutadans (Allardt, 2000). Entre 1950-1960 la majoria dels programes tradicionals d'assistència social es transformen en universals. A partir de 1970 les prestacions clàssiques de transferències de rendes juntament amb la sanitat pública es complementen amb amplis programes de serveis socials i de sosteniment d'ingressos per a les dones treballadores. La crisi econòmica de 1991 suposa un entrebanc important per a l'economia sueca, fet que motiva la introducció d'una sèrie de canvis incrementals en el sistema. La pensió de jubilació deixa de ser una quantitat fixa, universal i independent del nivell d'ingressos, i passa a estar vinculada a la trajectòria laboral i a la comprovació dels mitjans econòmics (Kuhnle, 2001). En aquest mateix període s'implementen pautes de la *nova gestió pública*, reformes encaminades a establir la lliure elecció de les prestacions i s'inicia la creació de quasimercats en el sector públic. S'introdueixen les prestacions monetàries per a la cura infantil que desplacen la utilització dels serveis públics (Steinmo, 2010). Es creen diferents tipus de subsidis a demanda com els vals (*vouchers*) de benestar, basats en la llibertat d'elecció d'empresa proveïdora o lliure competència (Rojas, s.d.). En els últims anys, la implementació de programes d'activació laboral (*flexicurity*) s'han adreçat a incentivar el treball remunerat i a mantenir la població femenina en el mercat laboral (Rubio, 2013). Aquest cúmul de canvis descrits han motivat, últimament, un especial interès teòric per revisar el model de benestar suec. Malgrat que les reformes introduïdes apunten a una clara remercantilització del sistema, la majoria d'autors coincideixen a dir que aquests canvis no han conduït a una pèrdua de les senyes d'identitat del model i afirmen que encara hi prevalen el compromís per la igualtat i la solidaritat social (Kuhnle, 2001; Seeleib-Kaiser, 2008; Kauto, 2010; Steinmo, 2010).

Despesa en protecció social

La despesa pública en protecció social a Suècia l'any 2016 va ser del 27,1% del PIB, entre les més elevades de la UE, però per sota d'Àustria, Dinamarca, Itàlia, Bèlgica, Finlàndia i França. La despesa privada és del 3,6% del PIB, similar a la de França i Alemanya (vegeu el gràfic 20).

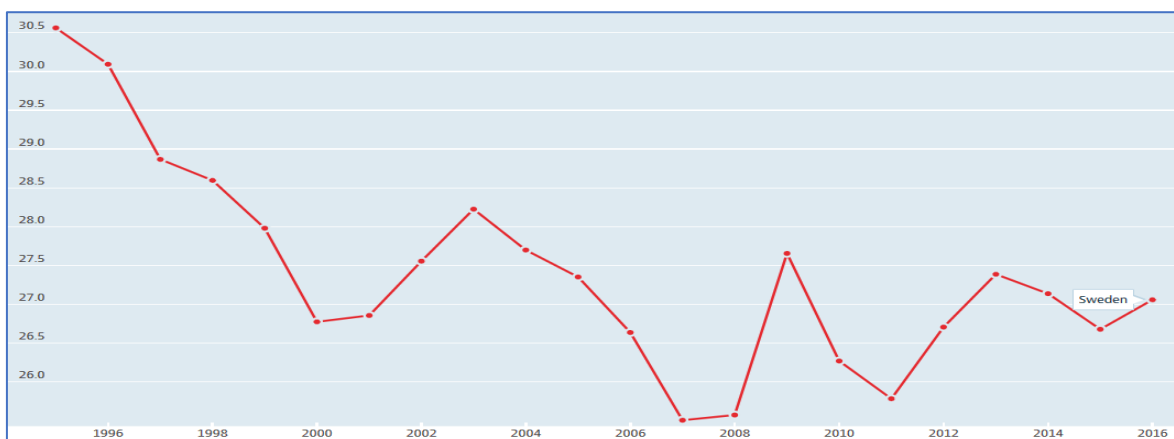
Gràfic 20. Despesa en protecció social pública (2016) i privada (2013) a Suècia en percentatge del PIB.



Font: OECD (2017), Social spending (indicator). DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 20 juny de 2017).

La corba de la despesa pública a Suècia dibuixa un perfil força irregular (vegeu el gràfic 21). Entre 1995 i 2000 sofreix una contracció significativa en passar del 30,56% al 26,8% del PIB. Després d'una repuntada entre l'any 2000 i el 2003, en què assoleix el 28,2%, cau en picat passant a ser del 25,5% del PIB, el 2007. S'incrementa a partir de 2008 (27,7%) i recau novament fins al 25,9% el 2011. El 2016 se situa en el 27,06%, lleugerament per sobre que l'any 2000.

Gràfic 21. Evolució de la despesa pública a Suècia en percentatge del PIB entre 1995-2016.

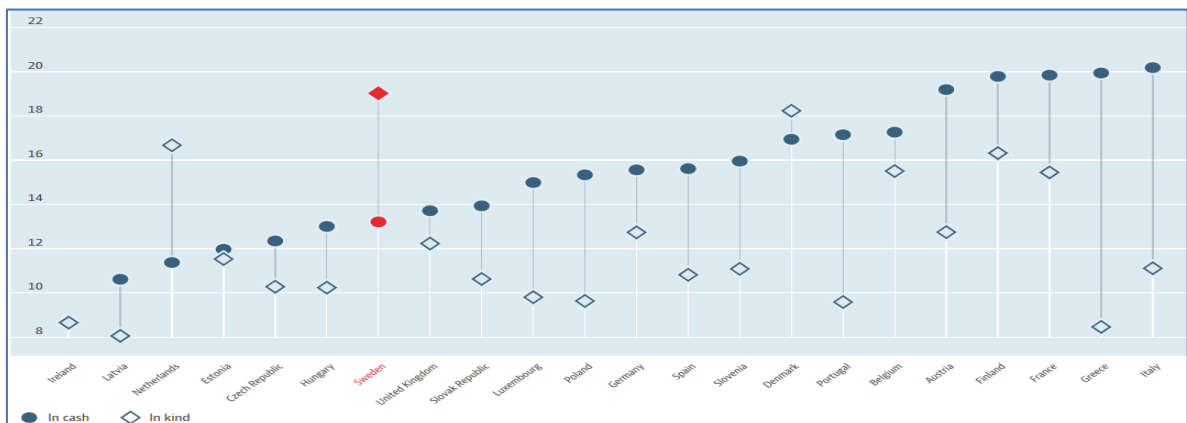


Font: OECD (2017), *Social spending (indicator)*. DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 27 d'agost de 2017).

Model de provisió

Pel que fa al tipus de provisió (vegeu el gràfic 22). La despesa en prestacions econòmiques l'any 2016 a Suècia va ser del 13,2% del PIB, bastant per sota de la mitjana europea; mentre que la de serveis se situava en el 19% del PIB, bastant per sobre a la de la resta de països.

Gràfic 22. Tipus de provisió a Suècia en percentatge del PIB l'any 2016.

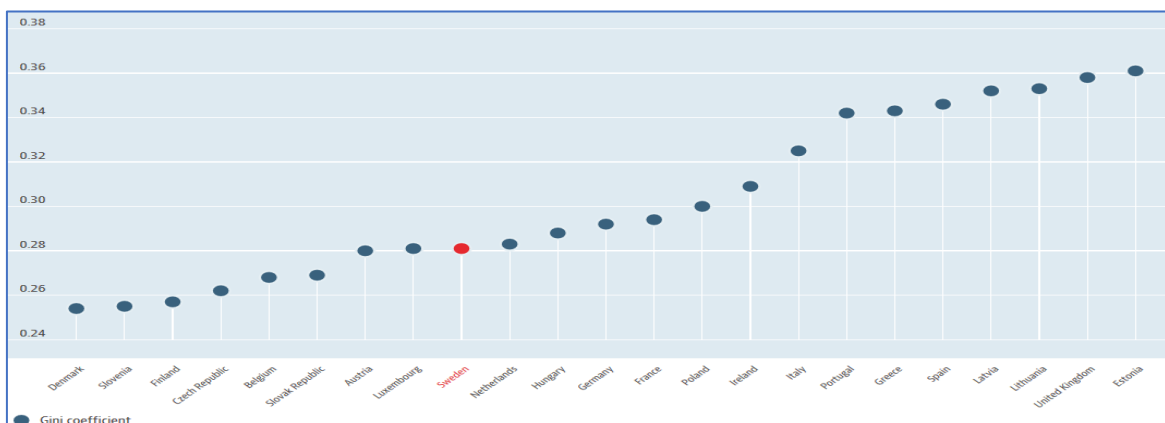


OECD (2017), *Social benefits to households (indicator)*. DOI: 10.1787/423105c6-en (accés el 21 juny de 2017).

Desigualtat d'ingressos familiars

La desigualtat en els ingressos familiars a Suècia, l'any 2013, es trobava al voltant dels 0,281 punts, sisena posició entre els països amb menys desigualtat de l'entorn europeu i a la mateixa alçada de Luxemburg i Àustria (vegeu el gràfic 23).

Gràfic 23. Desigualtat d'ingressos familiars a Suècia l'any 2013.

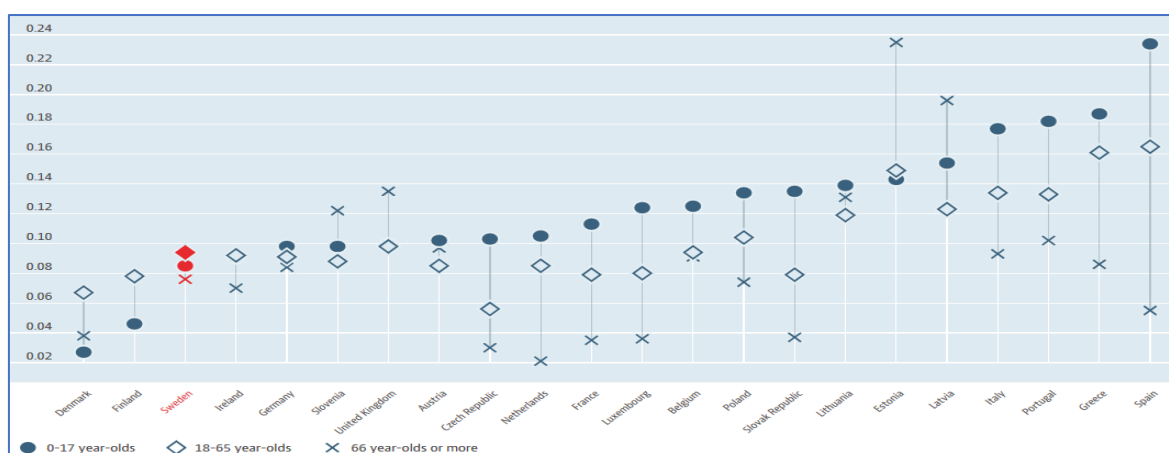


Font: OECD (2017), *Income inequality (indicator)*. DOI: 10.1787/459aa7f1-en (accés el 21 juny de 2017).

Taxa de pobresa

Tal com es mostra a continuació (vegeu el gràfic 24), la taxa de pobresa a Suècia és de les més baixes de la UE juntament amb Dinamarca i Finlàndia, països tots ells pertanyents al MBSD. El grup de persones que pateixen més desigualtat és l'integrat per les que tenen entre 18-65 anys.

Gràfic 24. Taxa de pobresa a Suècia per grups d'edat el 2013.



OECD (2017), *Poverty rate (indicator)*. DOI: 10.1787/0fe1315d-en (accés el 21 juny de 2017).

5.3.3. Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008

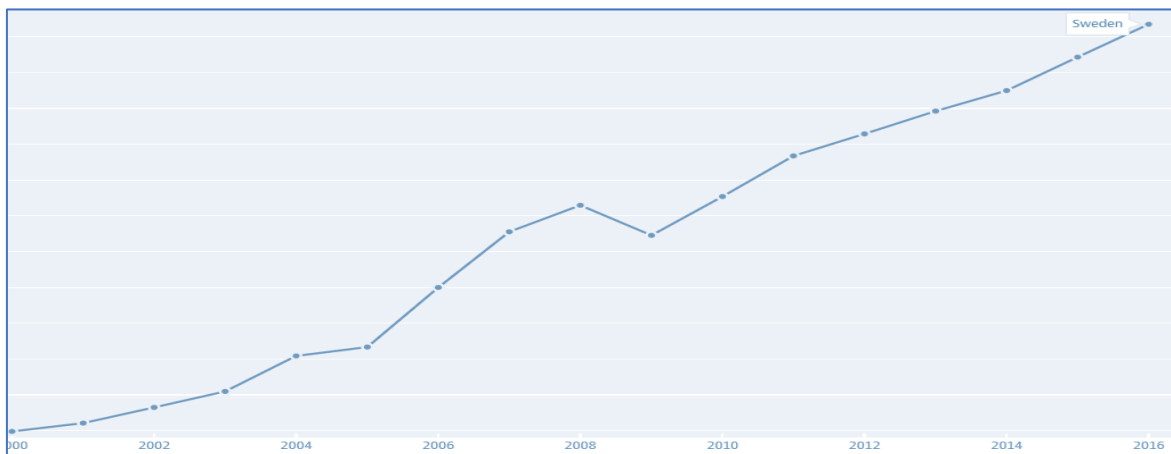
Suècia comparteix amb la resta de Països Nòrdics l'anomenat *capitalisme nòrdic* o *corporativisme socialdemòcrata*. Combinació d'un peculiar i exitós model econòmic basat en el lliure mercat, alts nivells impositius i una extensa tradició en la negociació sindical corporativista (Andersen, et al., 2007; Berggren i Trägårdh, 2010). L'economia sueca es recolza bàsicament sobre el sector dels serveis (74% del PIB) i l'industrial (25%). Destaca també la promoció del sector tecnològic, en què Suècia és un dels majors inversors en investigació i desenvolupament de la UE (hi dedica el 3,6% del PIB) i el segon en nombre de patents registrades per habitant. Les exportacions representen un 50% del PIB (Rizzi, 2010).

Alguns autors han ressaltat la resiliència demostrada per Suècia en afrontar la crisi econòmica mundial del 2008 (Eklund, 2010, Irwin, 2011). Aquesta crisi suposa una de les pitjors recessions econòmiques de la història de Suècia, superior inclús a les de 1931 i 1990 (Ergungor, 2007; Rojas, s.d.; Hassler, 2010). Ha afectat greument el sistema financer i el sector immobiliari. Des de l'any 2000 fins al 2008 l'economia sueca protagonitza un increment substancial —el PIB passa de 259.680 MDA a 385.876 MDA—, que finalitza a partir de l'any

2008. Entre 2008 i 2009 el PIB es redueix a 369.089 MDA (-4,37%). Alguns dels principals bancs de país van fer fallida i van haver de ser nacionalitzats (Nordbanken i Götabanken). L'Estat opta per crear el *Bank Support Authority*, entitat que té com a finalitat supervisar i recapitalitzar el sistema financer, assumir els seus deutes i garantir tots els dipòsits bancaris de la nació (114 bancs). Es responsabilitza íntegrament del deute bancari a canvi de la compra de participacions, les quals, posteriorment, li permeten recuperar els diners invertits (Dougherty, 2008).

Entre 2009 i 2010, el PIB remunta fins als 390.766 MDA, creixement que es manté fins al 2016 (vegeu el gràfic 25). Altres experts que han analitzat l'impacte de la crisi sueca, ho han fet des d'una altra perspectiva. Assenyalen que les mesures d'austeritat imposades pel govern conservador (Frederik Reinfeldt) van tenir com a principal objectiu esquivar la crisi a costa de reduir els impostos, retallar els serveis públics i beneficiar el creixement de les empreses privades. I tot i que Suècia manté un dels nivells de vida més alts del món, aquestes mesures han tingut com a resultat un increment de la pobresa en certs grups de població o el manteniment de l'atur juvenil (Suarez, 2013).

Gràfic 25. Variació del producte interior brut a Suècia entre 2000-2016.

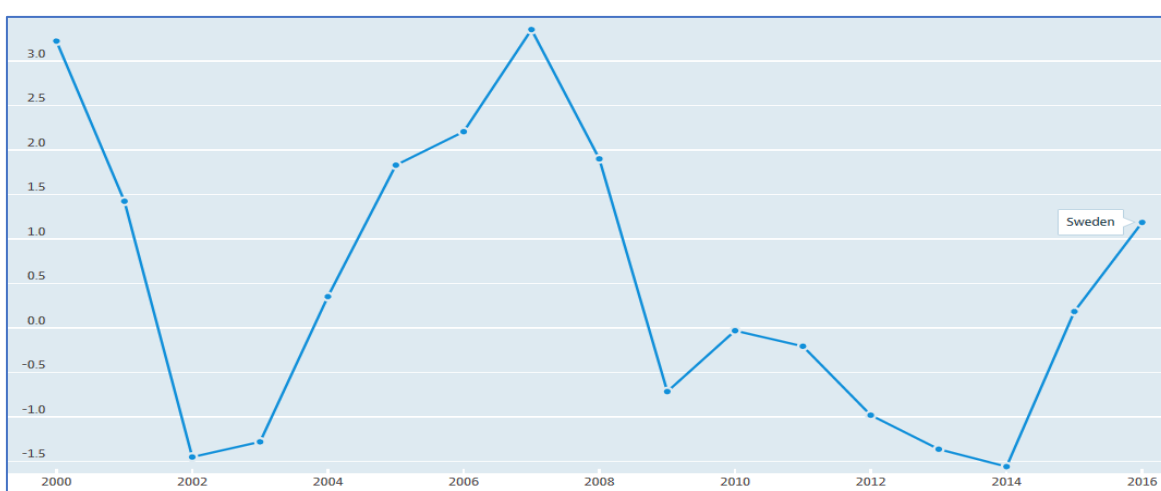


Font: OECD (2017), *Gross domestic product (GDP) (indicator)*. DOI: 10.1787/dc2f7aec-en (accés el 14 d'agost de 2017).

Gràcies a les reformes legislatives implementades pel govern durant la crisi precedent (1990), Suècia pateix un endeutament inferior a la resta de països estudiats. Les reformes acomplides obliguen al govern a mantenir un objectiu de superàvit pressupostari de l'1% i a limitar l'endeutament (Ergungor, 2007; Hassler, 2010; Irwin, 2011). En el període precrisi 2000-2008, el deute públic suec es redueix del 64,7% al 51,4% del PIB. Durant la crisi passa del

51,4% (2008) al 55,2% (2009) i al 52,6% (2010). I s'incrementa lleugerament fins a arribar al 61,6% l'any 2016. Igualment, el dèficit públic suec es redueix progressivament en la dècada dels noranta i assoleix un superàvit del 3,2% del PIB (2000). En el període 2000-2003 pateix una petita davallada, que arriba a -1,3%; remunta novament el 2007 fins assolir un superàvit del 3,3%. A l'inici de la crisi l'any 2008 torna a caure i es manté en saldo negatiu fins al 2014 (-1,6%), moment en què torna a haver-hi superàvit amb un creixement de l'1,2% del PIB l'any 2016 (vegeu el gràfic 26).

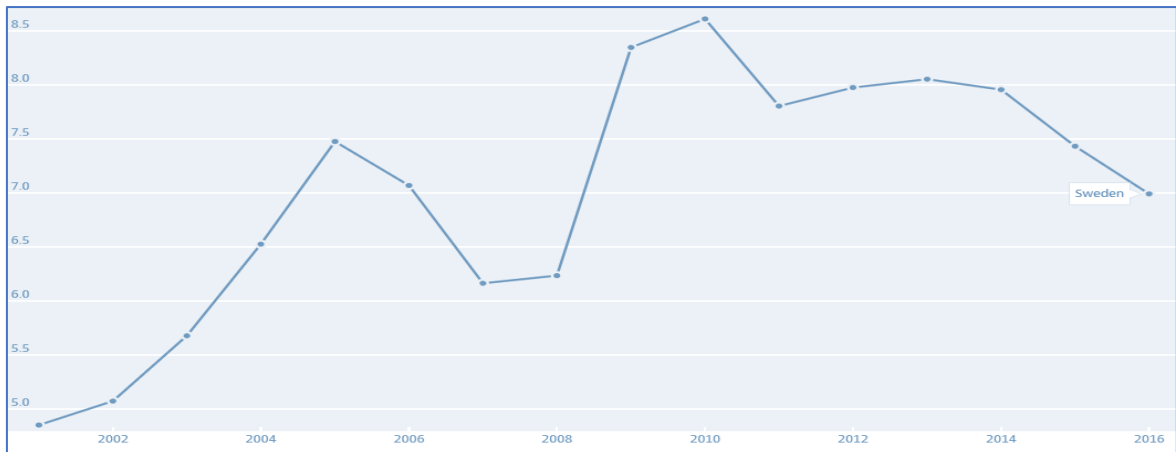
Gràfic 26. Dèficit públic a Suècia en percentatge del PIB entre 2000-2016.



Font: OECD (2018), *General government deficit (indicator)*. DOI: 10.1787/77079edb-en (accés el 9 juny de 2018).

La taxa d'atur entre el període 2000-2016 mostra fluctuacions importants i, tot i haver patit un petit descens, continua mantenint-se elevada el 2010. Enmig del període 2000-2005, l'atur puja un 3,6%, en passar del 4,9% al 7,5%, i descendeix lleugerament fins al 6,2% el 2008. En el moment d'esclat de la crisi financera fins al 2010, l'atur arriba a ser del 8,6% uns 2,4 punts més que a l'inici de la crisi. Finalment, el 2016 és del 7% (vegeu el gràfic 27).

Gràfic 27. Evolució de la taxa d'atur a Suècia entre 2000-2016.



Font: OECD (2017), *Unemployment rate (indicator)*. DOI: 10.1787/997c8750-en (accés el 14 d'agost de 2017).

5.3.4. El sistema de cures de llarga durada suec

Elements normatius i naturalesa del sistema

El model d'atenció suec s'ha caracteritzat històricament per altes quotes de provisió pública i universal de serveis en què totes les persones en situació de necessitat —independentment de l'edat, situació econòmica o posició ocupada en el mercat laboral— poden accedir-hi (Lehto, Moss i Rostgaard, 1999; Kautto, Heikkilä, Hvinden, Marklund i Ploug, 1999; Anttonen, 2002). En aquest sistema, el concepte de *cura* s'entén com el suport proveït per la societat a aquelles persones particularment vulnerables o en situació de dificultat. Un dels seus principis bàsics és minimitzar la dependència familiar i responsabilitzar l'Estat de la cura, la qual ostenta, en aquest particular sistema, un «caràcter voluntari» (Esping-Andersen, 1990). L'èxit del model suec rau, per un costat, en la solidaritat social i l'habilitat en subordinar l'interès individual en benefici de la col·lectivitat. I, per un altre, en la creença que l'individu és la unitat bàsica de la societat i que el propòsit central de la política ha de ser maximitzar la seva autonomia individual i mobilitat social. La lògica de la moral nòrdica es fonamenta a alliberar l'individu de tota subordinació i dependència envers la família i la societat civil. A la pràctica, aquesta voluntat en la prevalença de l'autonomia individual queda reflectida en les polítiques familiars i la creació d'un ampli ventall de serveis de suport; serveis dirigits a facilitar la inserció laboral de les dones per enfortir-ne la independència econòmica o la creació de préstecs als estudiants sense la comprovació dels nivells de renda parental. Aquestes polítiques han donat peu a la institucionalització d'un dels models socials més igualitaris del món (Berggren i Trägårdh, 2010).

A Suècia no hi ha una normativa específica reguladora de les CLD. Els dos grans àmbits d'intervenció de la cura —les persones amb discapacitat i la gent gran— es troben regulats a la Llei de serveis socials (*SOL de 1980* i a la *SFS de 2001*). Els serveis d'atenció a domicili es van implementar progressivament després de la revocació de la Llei de socors dels pobres de 1956: llei que allibera els fills adults de l'obligatorietat de cuidar els pares. El 1957 s'introdueix la primera Llei de serveis socials que responsabilitza els municipis de la provisió dels serveis a domicili adreçats tant a les persones amb discapacitat com a les persones grans en situació de necessitat de cura. L'objectiu bàsic d'aquesta llei era proveir la família d'un suport temporal i puntual en les tasques domèstiques. A partir de 1960, la combinació d'una economia en expansió i les aspiracions del partit socialdemòcrata en el govern (Bergmark, 2011) possibiliten l'enlairament dels Serveis Socials (Fukushima, Adami i Palme, 2010).

La normativa bàsica vigent reguladora del sistema de CLD és la Llei de serveis socials de 1980 —modificada el 2002—, que obliga els serveis socials municipals a atendre totes les persones que no poden cobrir les seves necessitats per elles mateixes (Bergmark, 2011). La Llei deixa un ampli marge de maniobra als municipis pel fet de no regular explícitament la provisió dels serveis, però sí que els atribueix especials responsabilitats en l'atenció a les persones grans, amb discapacitats i als seus curadors. Els municipis han de garantir que les persones grans siguin tractades amb respecte, puguin gaudir d'una vida activa, digna i independent, i accedir, sempre que els sigui possible, a serveis de cura de qualitat en el seu entorn habitual. Altrament, la Llei referent al suport i els serveis per a persones amb certs deterioraments funcionals de 1993 (LOF) obliga les autoritats municipals a promoure la plena participació i igualtat de les persones amb discapacitats dintre de la comunitat (Trydegård i Thorslund, 2013). Fins a l'any 1980 tots els serveis de CLD eren proveïts bàsicament pels serveis socials municipals. La Llei de reforma de l'atenció comunitària (*ÄDEL reform*, 1992) traspasa la responsabilitat de la gestió dels serveis residencials del sector mèdic regional, al social o local. Alguns autors han assenyalat que el traspàs de competències del nivell regional al local suposa una sobrecàrrega per a les finances municipals que posa punt final a l'expansió de l'etapa precedent (Fukushima, Adami i Palme, 2010). L'entrada en l'escena política del partit conservador a finals de 1992 marca la introducció del sector privat en la provisió de serveis i l'inici de la mercantilització del sistema. Les peces legislatives clau en el camí cap a la mercantilització —anterior a l'esclat de la crisi econòmica del 2008— han estat la Llei de la contractació pública (*LOU*, 1992), que va ser reformada posteriorment per la Llei del sistema d'elecció en el sector públic (*LOV*, 2008), i la Llei de reducció de taxes en els serveis domèstics (*LOH*, 2007) dirigida bàsicament a la

provisió de serveis a domicili adreçats a persones grans. Aquesta nova legislació suposa un canvi definitiu en l'organització del sistema de CLD suec: separa l'avaluació, que continua a càrrec dels municipis, de la provisió de serveis, que passa a mans d'entitats privades tant amb afany lucratiu com sense (Erlandsson, Storm, Stranz, Szebehely i Trydegård, 2013).

Al llarg dels darrers anys els canvis legislatius s'han traduït en un augment dels preus dels serveis i l'enduriment dels criteris d'elegibilitat. Es calcula que, a partir de 1990, es van clausurar al voltant d'un 30% dels llits residencials i es van introduir els criteris d'eficiència econòmica de la nova gestió pública (Johansson i Schön, 2017). El 2012 el nombre total de llits en institucions privades era del 21% i del 23% en serveis a domicili (Erlandsson et al., 2013). Entre l'any 1990 i 2000, l'Estat inverteix importants sumes de diners en programes dirigits a la promoció de les cures informals, alhora que intenta accentuar la importància del tercer sector com a font complementària del sistema de serveis públics. Al mateix temps, s'inicia un procés de reducció de la despesa pública en què els serveis residencials són reemplaçats gradualment per serveis domiciliaris. I això es justifica amb el lema «envellir a casa» i viure una vida independent el màxim de temps possible. La reducció de places residencials va anar acompanyada d'una creixença de les llistes d'espera; i, alhora, la privatització dels serveis s'ha traduït en una marcada reducció dels estàndards de qualitat (Lehto, Moss i Rostgaard, 1999; Fukushima, Adami i Palme, 2010; Trydegård i Thorslund, 2011). L'última reforma de la Llei de serveis socials de l'1 de juliol de 2002 estableix un límit en el cost del servei que asseguri a les persones un mínim romanent econòmic per a despeses bàsiques, amb l'objectiu de protegir-les de l'excessiu cost dels serveis. El suport del Govern a la cura informal també es reflecteix en la creació l'any 2008 del Centre Nacional de Suport als Proveïdors de Cura Informal (*Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga*). Aquest centre té com a finalitat informar i documentar els cuidadors i eixamplar la consciència de la cura informal (Fukushima, Adami i Palme, 2010). Aquesta llei implica igualment la introducció d'un nou dret basat en el suport per iniciar procediments administratius que permeti apel·lar les decisions dels serveis socials (*örvaltningsbesvär*).

Criteris d'accés

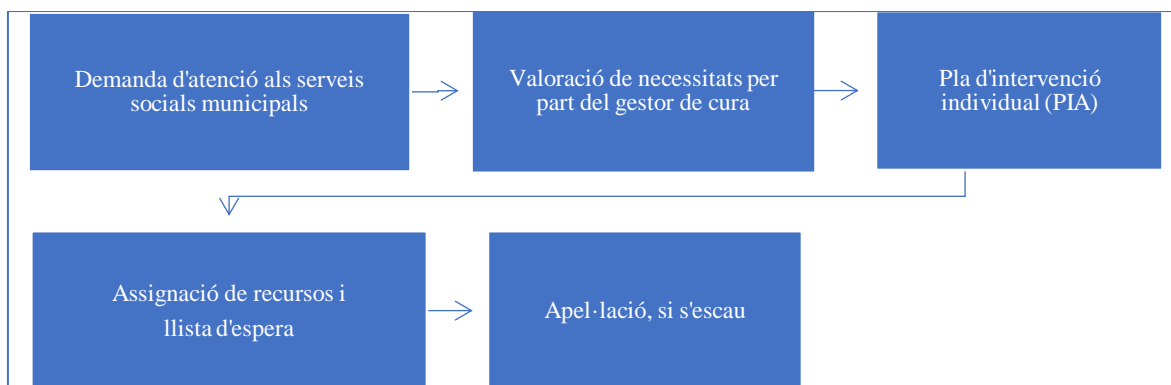
Qualsevol persona amb residència legal a Suècia i que es troba en situació de necessitat de cura, independentment de l'edat o dels ingressos econòmics, pot accedir als serveis públics suecs, després d'una valoració per part dels Serveis Socials que corrobore la situació de necessitat. La situació de necessitat la determina el treballador social municipal a partir de les

limitacions cognitives i funcionals que pateix la persona. En aquesta avaluació, a banda de les necessitats de suport i els serveis disponibles per cobrir-les, es té en compte la situació de l'habitatge. No obstant això, la Junta Nacional de Salut i Benestar (*National Board of Health and Welfare*) fa algunes recomanacions i determina la idoneïtat de la utilització d'algunes escales de valoració. No hi ha cap instrument oficial d'obligada utilització per determinar els nivells de necessitat de cura. I això permet que hi hagi un ampli marge de llibertat professional en l'aplicació dels criteris a l'hora d'avaluar les necessitats. Alguns dels mètodes i escales recomanats i emprats en les valoracions són: Katz index, EQ-5D; Functional Independent Method (FIM); Mini Mental State Examination (MMSE); Geriatric Depression Scale (GDS 20); Residential Assessment Instrument (RAI), entre d'altres (Fukushima, Adami i Palme, 2010).

Procediment de valoració

La valoració de les necessitats de cura i l'assignació dels recursos és responsabilitat dels serveis municipals. No existeix un equip especialitzat en la valoració i aquests criteris varien d'un municipi a un altre. L'avaluació és duta a terme directament per un treballador social dels serveis socials municipals (o *gestor de cura*), que és el responsable de concertar una entrevista en el domicili o residència habitual de la persona. En el procés (vegeu la figura 9), es prenen en consideració la situació individual i familiar, els nivells de suport necessaris per cobrir les necessitats i el cost dels serveis. En el cas que la persona no estigui d'acord amb l'avaluació de les necessitats i el pla de treball elaborat pel gestor de cura, té dret a presentar una apel·lació administrativa via judicial. Des de l'any 2010, les entitats locals estan obligades a redactar el pla individual d'atenció (PIA) per escrit i fer-hi constar les necessitats de suport i els serveis assignats per cobrir aquestes necessitats, la persona responsable del cas i l'autoritat responsable dels serveis assignats a la persona (Fukushima, Adami i Palme, 2010).

Figura 9. Procediment de valoració i accés al sistema de CLD suec.



Font: elaboració pròpia.

Tipus de provisió

Des de la reforma de descentralització de 1992 que els serveis socials municipals suecs disposen d'un ampli marge de maniobra en la gestió i provisió de serveis de cura (Kröger, 1997). Aquesta normativa obliga legalment els municipis a proveir amb els recursos necessaris tota la població que ho requereixi. A pesar de l'entrada massiva de la provisió privada de serveis, sobretot en l'àmbit comunitari, i la relativa reducció dels serveis residencials, Suècia encara ocupa la primera posició en nombre de llits per a gent gran (OECD, 2013). S'ha de tenir en compte, emperò, que tot i quedar serveis de titularitat pública, aquests són majoritàriament de gestió privada. En l'atenció domiciliària, els usuaris poden escollir entre proveïdors de serveis de responsabilitat pública o entitats totalment privades; ja que en aquests últims anys han proliferat les empreses que ofereixen serveis a domicili (Robertson, Gregory i Jabbal, 2014). La competència en la provisió de serveis correspon als serveis socials municipals i la Seguretat Social s'encarrega de la gestió de les prestacions econòmiques. A continuació, s'especifiquen les principals prestacions segons els col·lectius als quals s'adrecen: persones grans o amb discapacitat, aquestes últimes regulades per la Llei de suport i serveis per a persones amb discapacitats funcionals de 1993 (vegeu la figura 10).

Tipus de prestacions econòmiques

Permís laboral remunerat: prestació de la Seguretat Social orientada a la compensació de la incapacitat per al treball (durant períodes superiors a 60 dies), motivada per la cura i acompanyament d'un familiar amb una malaltia en fase terminal.

Per a cuidadors: suport econòmic als cuidadors familiars que tenen a càrrec seu una persona dependent. Aquesta prestació no està gaire estesa en els serveis socials suecs. La raó és que en

aquest model prima la concepció que els serveis han de prestar-se de forma prioritària i s'anteposen a les prestacions econòmiques. En els pocs municipis on es proveeix, consisteix en una compensació econòmica simbòlica com a recompensa a l'esforç de cuidar pagada a la persona dependent i que sol oscil·lar entre 1000 i 3000 corones sueques mensuals. Una altra opció, en casos especials, consisteix en la contractació del cuidador familiar per part del mateix municipi amb igual salari i condicions laborals que la resta de treballadors familiars contractats per l'ajuntament. La Seguretat Social disposa de prestacions econòmiques per a pares amb fills amb discapacitat majors de 19 anys i prestacions econòmiques que rep directament la pròpia persona amb discapacitat des dels 19 anys fins als 65.

Tipus de serveis

Atenció a domicili (SAD): consisteix a donar suport personal en les AVD i tasques de la llar, que inclouen netejar, rentar la roba, fer la compra, cuinar o fer encàrrecs. El suport personal en les AVD consisteix en la higiene personal, alimentar-se, vestir-se, moure's o emprendre mesures per evitar l'aïllament i que la persona se senti segura i protegida. El SAD pot adreçar-se igualment a suports puntuals per al descans dels cuidadors.

Centres de dia: equipaments diürns dirigits a l'atenció i la integració social de les persones amb dependència amb l'objectiu de donar suport a les famílies cuidadores i facilitar que la persona romangui el màxim temps possible en el seu entorn habitual.

Servei d'orientació i assessorament especialitzat: consisteix a oferir suport personalitzat i especialitzat a persones amb algun tipus de discapacitat, persones grans i als seus curadors.

Servei d'assistent personal: suport personal dirigit a la integració social i laboral de persones amb discapacitat i activitats lúdiques o socials.

Pisos adaptats per a persones amb discapacitat: equipament residencial amb suport de servei a domicili o d'assistent personal per a persones amb discapacitat que requereixen atenció extensa i especialitzada les 24 hores del dia.

Centres residencials de curta i llarga estada: centres assistencials amb serveis especials i adaptats dirigits a l'atenció permanent o per un període curt de temps per al descans dels cuidadors (respir).

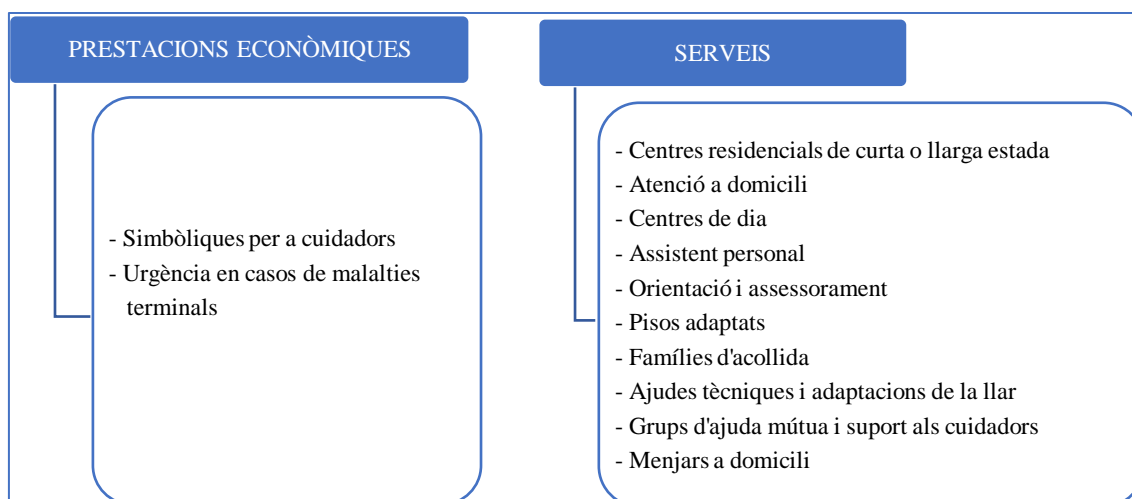
Famílies d'acollida: adreçat a persones amb discapacitats que requereixen viure fora del seu entorn familiar.

Ajudes tècniques i adaptacions de la llar: suport tècnic especialitzat que ofereix ajuda en situacions imprevistes o d'urgència a les persones que viuen soles en el domicili, o dirigit a fomentar l'autonomia i l'adaptació de l'entorn a les necessitats de la persona.

Grups d'ajuda mútua i activitats formatives i de suport: grups d'ajuda mútua adreçats a cuidadors, serveis de relaxació, massatge o d'assessorament mèdic, cursos de formació, etc.

Menjar a domicili: provisió de menjar en el domicili de les persones que no poden cuinar per elles mateixes o que ho necessitin per qualsevol altra situació.

Figura 10. Tipus de provisió en el model de CLD suec.



Font: elaboració pròpia.

Gestió i finançament del sistema

El Sistema de Serveis Socials i de CLD suec s'estructura en tres nivells: el nacional, el regional i el local. En el nivell nacional el Ministeri de Sanitat i d'Afers Socials és responsable d'establir les directrius generals, avaluar i controlar els serveis mitjançant el desplegament legislatiu i el pagament de les prestacions econòmiques. El nivell regional s'encarrega de la provisió dels serveis de cura de la salut. I el nivell local (amb un total de 290 municipis) té l'obligació legal d'assegurar els serveis a domicili i residencial a tots els ciutadans que ho requereixin, independentment de l'edat i capacitat econòmica. Els consells municipals (*kommunfullmäktige*) s'encarreguen d'escollir els comitès responsables de cadascuna de les

àrees d'atenció: CLD, infància, discapacitat, joves, etc. L'atenció i el suport als col·lectius de persones grans i amb discapacitat són gestionats per equips especialitzats diferenciats integrats en els serveis socials municipals, els quals disposen de total llibertat en la interpretació de les seves responsabilitats. Per regla general, els municipis compten amb guies informals per a la provisió de serveis, elaborades per ells mateixos, i els usuaris poden triar entre serveis municipals o privats.

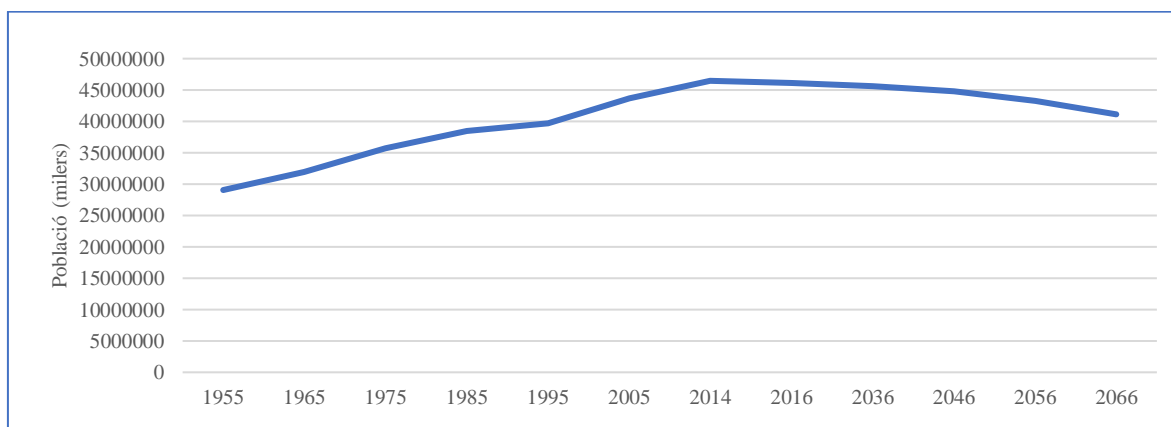
Encara que els serveis siguin proveïts per una empresa privada, són els ajuntaments els que gestionen i contracten els serveis, i es fan càrrec del pagament al proveïdor privat. Els serveis municipals tenen l'obligació de vetllar pel bon funcionament i la qualitat dels serveis propis i aliens, i avaluar les necessitats de cura de tota la població del municipi. Els serveis es financen gairebé en la seva totalitat —aproximadament un 85%— amb taxes municipals; un 10% amb taxes provinents del Govern central i només al voltant del 6% amb el copagament dels mateixos usuaris. Aquestes contraprestacions (*copagament*) es calculen prenent en consideració la capacitat econòmica dels usuaris i tenen una quantia màxima de topall, tant en el cas dels serveis a domicili com dels serveis residencials (Llei de serveis socials de 2002). La tarifa màxima a pagar en ambdós tipus de recursos (residencials o a domicili) és de 219 € (2017); a més, els serveis socials han de garantir un romanent de 536 € a la persona després de descomptar-li les despeses habituals. Els municipis disposen d'un ampli marge decisor i a l'hora d'aprovar la quantia de les taxes municipals, elaborar els pressupostos i establir les directrius polítiques de les quals són competents. Aquest fet provoca una certa desigualtat en la distribució dels recursos entre les municipalitats (Erlandsson et al., 2013).

5.4. Estudi del cas espanyol

5.4.1. Tendències demogràfiques i estructura de la població

La població espanyola l'1 de gener de 2016, segons l'Institut Nacional d'Estadística espanyol (d'ara endavant INE), era de 46,4 milions d'habitants. Les comunitats autònomes (d'ara endavant CCAA) més poblades corresponen a Andalusia amb 8,4 milions d'habitants, Catalunya amb 7,4 milions i la Comunitat de Madrid amb 6,4 milions. D'acord amb l'OCDE, entre 1955 i 2014 la població espanyola va créixer de forma exponencial, en passar de 29 a 46,5 milions d'habitants. Però, segons les previsions de l'INE, a partir de 2015 s'inicia una reorientació en la tendència i un descens sostingut fins al 2066, en què la població passarà a ser de 41 milions, un 11,4% menys en relació amb el 2015 (vegeu el gràfic 28).

Gràfic 28. Evolució i projecció de la població a Espanya entre 1955 i 2066.



Font: elaboració pròpia a partir de l'OCDE i l'INE (juny 2017).

Igual que en la resta de casos analitzats, les projeccions en l'estructura de població per edats a Espanya mostren un descens del grup de població menor de 20 anys, que passa del 20% del total de la població (2016) al 15% (2066): un descens del 5%. El grup d'edats entre 20- 64 és el que més decreix en aquest mateix període, en passar del 61% al 50%. Contràriament al que succeeix en la resta de grups i seguint la tendència dels altres països, entre 1959-2066 la població de més de 64 anys s'incrementa significativament i passa del 8,1% (1959) (úniques dades disponibles en aquest període) al 19% (2016) i al 35% (2066) (vegeu la taula 13).

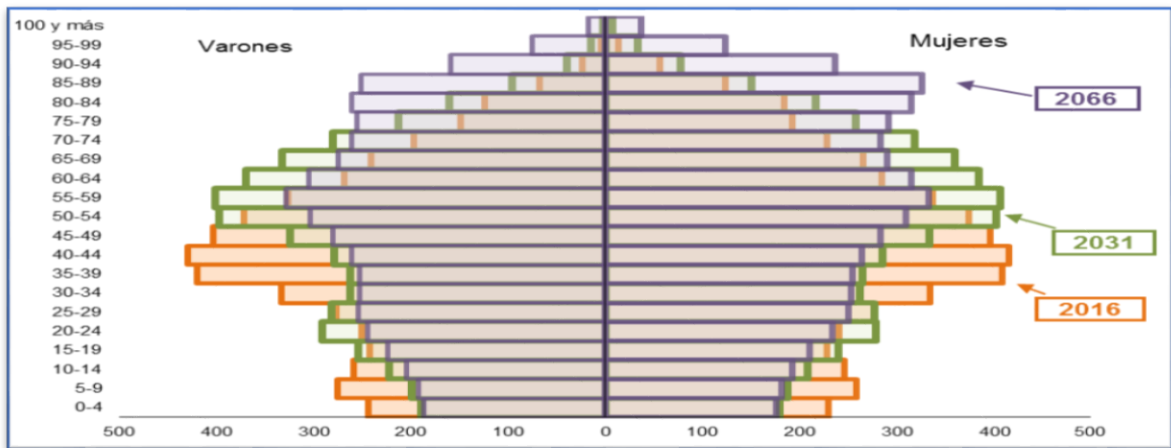
Taula 13. Estructura de la població per edats a Espanya entre 1959-2066.

Grups d'edat	1959		2016		2066		Variació 2016-2066
	—	—	9,2	20%	6,4	15%	
<20	—	—	9,2	20%	6,4	15%	-5,0%
20-64	—	—	2,8	61%	2	50%	-11%
+64		8,1%	8,7	19%	14,1	35%	+16%

Font: elaboració pròpia a partir de l'OCDE i projeccions de l'INE.

La següent piràmide de població (vegeu la figura 11) mostra els canvis en l'estructura de població per edat i sexe a Espanya entre 2016-2066. Igual que en la resta de països estudiats, es visualitza un progressiu envelliment i sobreenvelliment de la població.

Figura 11. Piràmide de la població a Espanya entre 2016-2066.



Font: *Proyecciones de población a llarg termini INE 2010.*

5.4.2. L'estat del benestar mediterrani

Naturallesa i evolució

No obstant, alguns autors han considerat l'estat del benestar mediterrani (d'ara endavant EBM) o *familiarista* un subgrup de l'estat del benestar conservador (Esping-Andersen, 1990). Altres teòrics el consideren un model diferenciat i li atribueixen trets característics distintius que l'allunyen de la resta de models de benestar europeus (Ferrera, 1996). Les particularitats del model espanyol han fet que se l'hagi considerat una «via mitjana» en què la sanitat i l'educació (en l'etapa obligatòria) són de naturalesa universal; les pensions i el manteniment de rendes segueixen la lògica del model conservador, és a dir, depenen de la posició ocupada en el mercat laboral i de les cotitzacions prèvies al sistema; i els serveis socials tenen un caràcter assistencialista per a les persones sense recursos econòmics. A la vegada, es dona una elevada dualitat en les polítiques socials. Per un costat, hi ha un bon nivell de protecció a través de la Seguretat Social per als treballadors estables. I, per un altre costat, les persones en situació d'instabilitat o precarietat laboral només accedeixen a reduïdes prestacions assistencials (Ferrera, 1996; Montagut, 2000; Moreno, 2001).

Moreno i Marí-Klose (2003) i Flaquer (2002) atribueixen les causes de la inhibició de l'EBM a l'elevada solidaritat familiar en els països de l'eix mediterrani que ha desplaçat històricament les responsabilitats de l'Estat envers la família. Moreno i Marí-Klose (2013) afegixen que aquest conjunt de països han compartit experiències de governs autoritaris en el passat que han repercutit considerablement en els seus processos de modernització i en la configuració de llurs sistemes de benestar. Val a dir, però, que en els últims anys, aquests països han protagonitzat un procés accelerat de transformació i modernització (*catch up*) que els ha

apropat considerablement a la resta de països europeus (Rodríguez Cabrero, 2004). Si més no, el desplegament de l'EB en els països del sud d'Europa ha seguit un patró llatí de modernització que s'ha caracteritzat per un lent desenvolupament econòmic i fortes tensions polítiques i ideològiques al llarg del seu recorregut històric (Ferrera, 1996). En el cas espanyol, l'esclat de la Guerra Civil (1936-1939) i la posterior instauració del període d'*autarquia* de la dictadura franquista (1936 i 1950) donen pas a un important estancament econòmic, cultural i social que ha condicionat la política social moderna (Tortella, 1998). Així doncs, tot i que l'etapa de la creació de les primeres polítiques socials se situa en el mateix període que la resta de països de l'Europa occidental —finals del segle XIX i principi del XX—, no va ser fins a l'etapa democràtica (1978) que a Espanya es produeix una consolidació real de l'EB, coincidint amb l'inici de la crisi del model keynesià (Gadea, 1996). A partir de 1950, el *desarrollismo* enceta una primera fase de reformes econòmiques i socials que culmina amb els Pactes de la Moncloa el 1977, l'obertura internacional i el trencament amb el període d'*autarquia* franquista (Tortella, 1994; García i Jiménez, 2001). En el període 1960-1975 —*estat autoritari de benestar*— es dona una particular reforma social que combina un fordisme tardà, un keynesianisme limitat i l'ampliació de la protecció social dintre d'un marc politicoinstitucional dictatorial. Entre 1976-1982 s'institucionalitzen els drets socials i es transita d'un Estat autoritari a un de democràtic; i es du a terme un procés de modernització econòmica, en què es configuren les institucions bàsiques de l'EB modern (Rodríguez Cabrero, 2004). A la dècada dels anys noranta del segle XX s'assoleix una important universalització dels serveis educatius, sanitaris i del sistema públic de pensions. La incorporació del model econòmic capitalista, la negociació col·lectiva, el renaixement dels sindicats i els moviments socials i veïnals assenten les bases de l'EB actual (Rodríguez Cabrero, 1989, 2004).

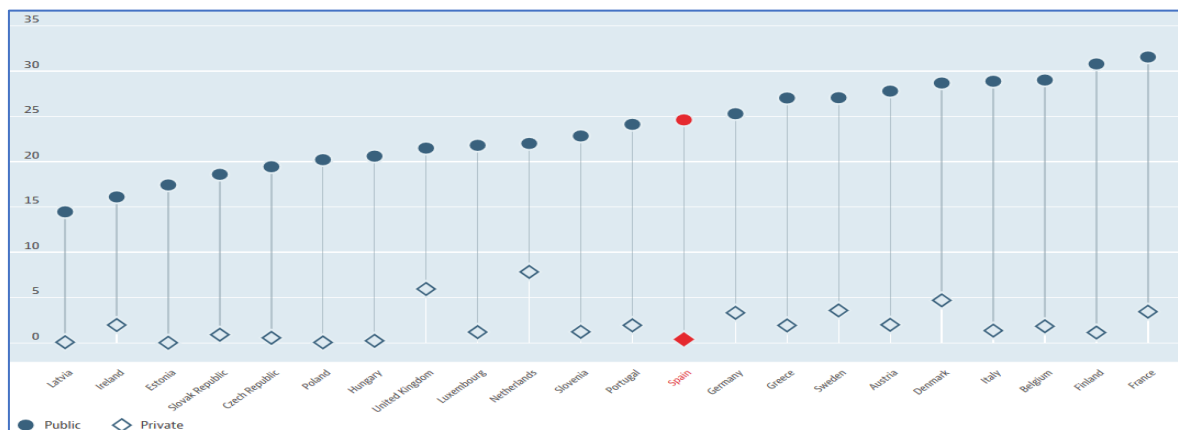
Aquest procés tardà i accelerat de modernització s'ha trobat condicionat al llarg del temps per la debilitat econòmica i institucional, la resistència de les classes patrimonials espanyoles i les pressions de l'Església catòlica que intenta subordinar la protecció social a la família (subsidiarietat familiar). Cal fer esment també que, en els últims anys, els països del sud d'Europa han afrontat de forma diferent els nous reptes sobrevinguts per la globalització econòmica, el procés d'europèitització i els nous riscos socials. Les mesures d'austeritat fiscal, orientades a controlar el dèficit públic, han limitat les possibilitats d'expansió de noves polítiques i han suposat impediments importants per a les polítiques socials. Tanmateix, l'arribada de la crisi econòmica del 2008 ha tingut un fort impacte en els mercats laborals

d'aquests països i ha contribuït a una major flexibilització, mercantilització i «assistencialització» de les polítiques socials (Moreno i Marí-Klose, 2013; Rodríguez Cabrero, 2004).

Despesa en protecció social

Segons l'OCDE la despesa en protecció social pública a Espanya l'any 2016 va ser del 24,6% del PIB i la despesa privada el 2013 (últimes dades disponibles) del 0,4%. Això situa aquest país per sobre de la mitjana europea en despesa en protecció social pública i a només una posició per sota de la de països com Alemanya (vegeu el gràfic 29).

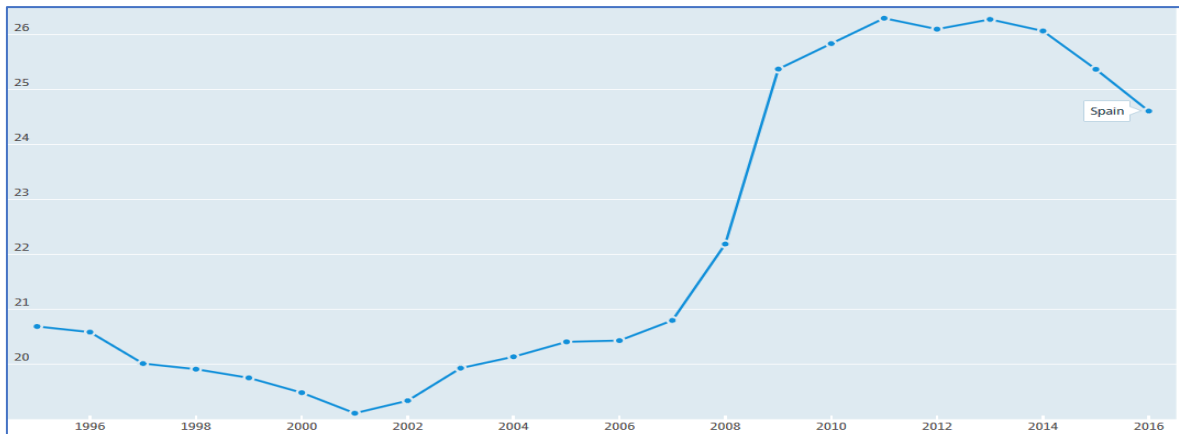
Gràfic 29. Despesa en protecció social pública (2016) i privada (2013) a Espanya en percentatge del PIB.



Font: OECD (2017), *Social spending (indicator)*. DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 20 de juny de 2017).

Entre 1995-2001 la despesa en protecció social pública a Espanya descendeix progressivament, i passar del 20,7% al 19,11% del PIB. A partir de 2001 s'inicia un creixement sostingut que la situa, l'any 2011, en el 26,30% PIB. Augment que té lloc sobretot en el període 2007-2009, en què creix del 20% al 25%. Del 2013 al 2016 retrocedeix novament fins al 24,61% (vegeu el gràfic 30).

Gràfic 30. Evolució de la despesa pública a Espanya en percentatge del PIB entre 1995-2016.

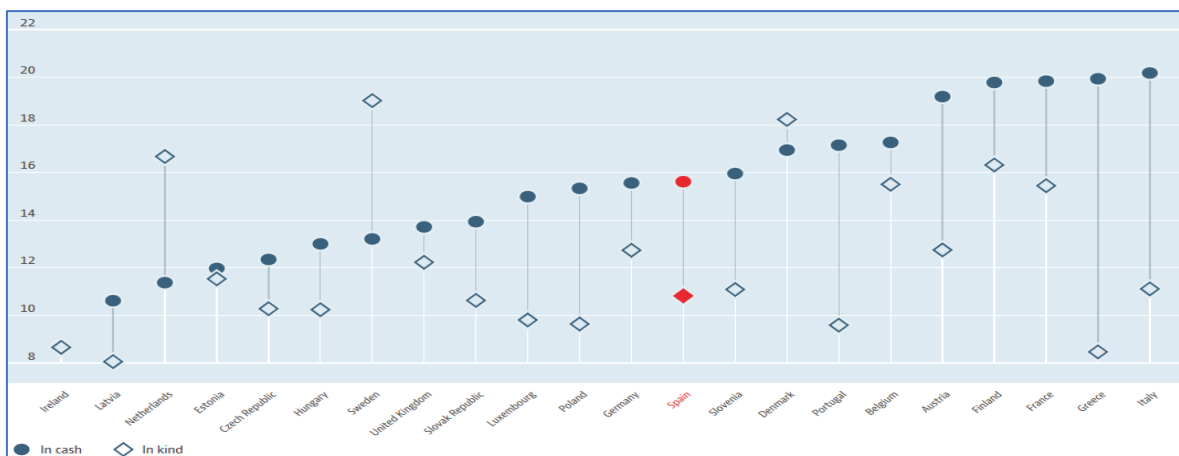


Font: OECD (2017), Social spending (indicator). DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 27 d'agost de 2017).

Model de provisió

La despesa pública en serveis a Espanya l'any 2016 era de 10,8% del PIB, la mateixa que la d'Alemanya, i del 15,6% en prestacions econòmiques, només per sobre dels països de l'Europa de l'Est (vegeu el gràfic 31).

Gràfic 31. Tipus de provisió a Espanya en percentatge del PIB l'any 2016.

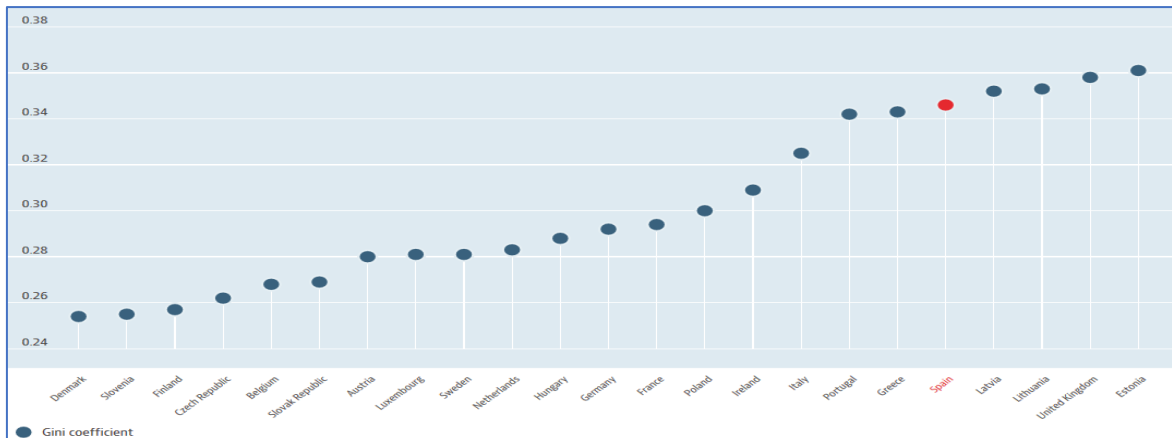


Font: OECD (2017), Social benefits to households (indicator). DOI: 10.1787/423105c6-en (accés el 20 de juny de 2017).

Desigualtat d'ingressos familiar

La desigualtat d'ingressos familiars l'any 2013 a Espanya, segons l'OCDE, és de 0,346 punts; una de les més altes de la UE, només superada per Estònia, el Regne Unit, Lituània i Letònia (vegeu el gràfic 32).

Gràfic 32. Desigualtat d'ingressos familiars a Espanya l'any 2013.

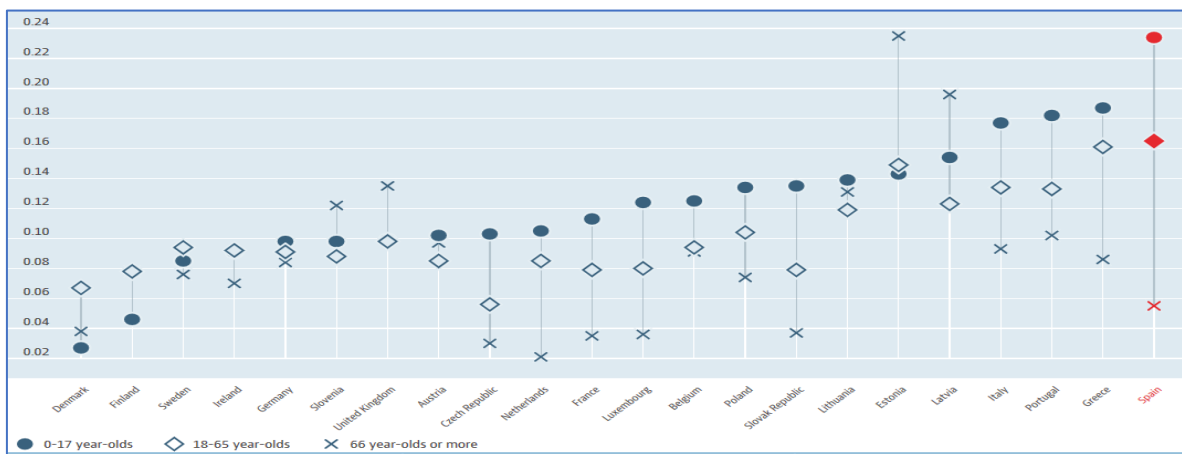


Font: OECD (2017), *Income inequality (indicator)*. DOI: 10.1787/459aa7f1-en (accés el 20 juny de 2017).

Taxa de pobresa

La taxa de pobresa a Espanya l'any 2013 és la més alta de la UE. El nombre de persones amb ingressos per sota del llindar de pobresa és de 0,234, per al grup d'edat entre 0-17 anys; de 0,165 per al grup de 18-65 anys; i de 0,055 per a persones de més de 65 anys. En el gràfic 33 es pot apreciar l'elevada taxa de pobresa entre la població infantil.

Gràfic 33. Taxa de pobresa a Espanya per grups d'edat el 2013.



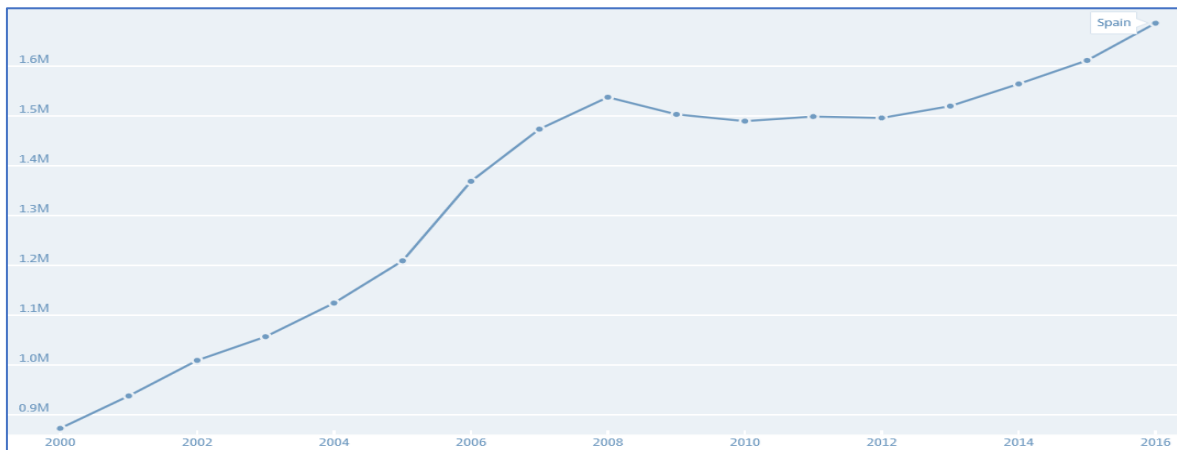
Font: OECD (2017), *Poverty rate (indicator)*. DOI: 10.1787/0fe1315d-en (accés el 20 juny de 2017).

5.4.3. Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008

Entre els anys 2000 i 2008 el PIB espanyol passa de 872.912 MDA a 1.537.767 MDA, un augment de gairebé el doble. En aquesta fase expansiva té lloc un espectacular creixement del mercat de la construcció i dels preus de l'habitatge alenats pels baixos tipus d'interès bancari i una àmplia oferta hipotecària a llarg termini (Carreras i Tafunell, 2010; Sánchez i García,

2011). A partir de 2008 Espanya pateix una doble crisi: la crisi financera mundial i la crisi sobrevinguda per l'esclat de la bombolla immobiliària, resultat dels excessos urbanístics del període precedent. Entre 2008 i 2009, el PIB espanyol decreix d'1.537.767 MDA a 1.503.253 MDA (34.514 MDA) i continua caient un -0,9% entre 2009 i 2010. Entre 2010 i 2011 hi ha una petita remuntada del 0,012%, però torna a descendir novament un - 0,18% l'any següent. A partir de 2012 s'inicia una lenta recuperació que continua el 2016 (vegeu el gràfic 34).

Gràfic 34. Variació del producte interior brut a Espanya entre 2000-2016.



OECD (2017), *Gross domestic product (GDP) (indicator)*. DOI: 10.1787/dc2f7aec-en (accés el 8 d'agost de 2017).

Les raons que explicarien el perllongament i les dificultats del cas espanyol per sortir de la crisi, les trobem en el fet que Espanya va patir una doble crisi: l'econòmica mundial i la del sector de la construcció, sector clau per a la seva economia. En el període 1998-2007, a Espanya es produeix un elevat increment dels preus dels habitatges i de l'endeutament familiar. El sector de la construcció es converteix en un dels principals motors econòmics i comença a créixer per sobre de les economies europees més fortes. El creixement dels preus de l'habitatge lligat a l'especulació immobiliària hauria estat un fenomen comú a tots els països industrialitzats (amb variants regionals) i simultani a l'expansió del crèdit. Com a contrapartida, va haver-hi un increment dels preus de l'habitatge molt per sobre de l'índex de preus al consum (IPC).

El fenomen immobiliari espanyol es caracteritza per un augment notable d'habitatges construïts, un creixement sense precedents del deute hipotecari, l'increment de la importància del sector de la construcció en el PIB i de l'ocupació en el sector. Els factors que poden donar raó de l'increment de la demanda d'habitatge i endeutament familiar els trobem en factors

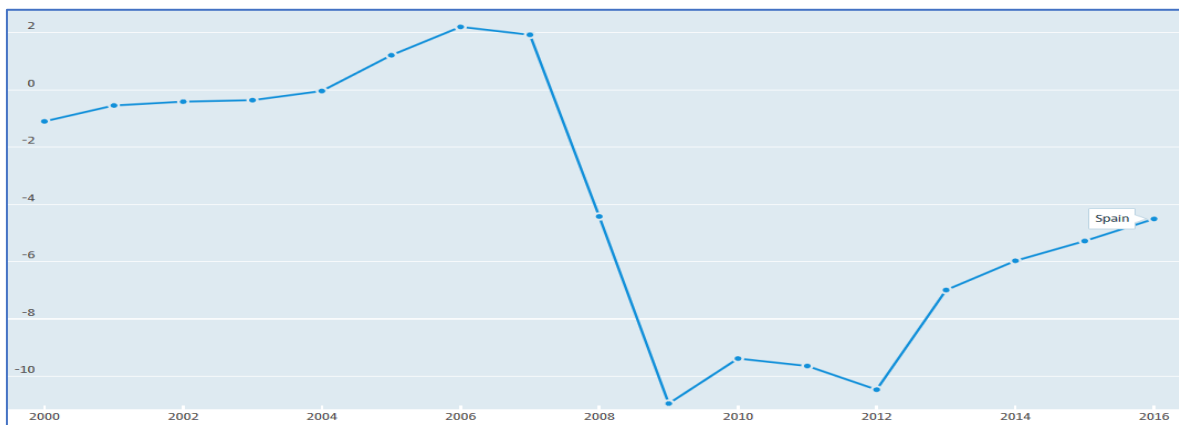
sociodemogràfics com el *baby boom*, l'increment del nombre de divorcis, la demanda residencial turística o la generada per la segona residència. L'última dècada del segle XX va acabar amb un període de baix endeutament dels espanyols. A això cal sumar-hi l'espectacular abaratiment dels tipus d'interès i de l'euríbor, que arriben a nivells històricament baixos. La banca, per la seva banda, emparant-se en la conjuntura econòmica (especialment, el tipus d'interès baix i la morositat reduïda), va treure al mercat tot tipus de productes hipotecaris, cada vegada a més llarg termini (el 2007 van començar a oferir-se hipoteques a 50 anys). D'altra banda, a Espanya hi ha una fiscalitat que afavoreix la compra d'habitatge, mentre que el lloguer s'ha mantingut mancat d'ajudes. Les successives regulacions en matèria de sòl, lloguer i competències urbanístiques han contribuït de manera decisiva en el desenvolupament del mercat de l'habitatge; i això se suma a una tendència social a la propietat immobiliària.

A Espanya, la crisi immobiliària va tenir lloc enmig d'una desacceleració general de l'economia, que va agreujar encara més la recessió econòmica. Durant el 2008 van tancar la meitat de les agències immobiliàries i això va portar a la fallida un gran nombre d'empreses constructores; la qual cosa va implicar que un gran nombre d'acomiadaments i d'expedients de regulació de l'ocupació (ERO) deixessin sense feina una part important de la població, i que l'atur es disparés. Aquest fet provoca que augmenti la morositat, perquè els aturats — que amb prou feines poden cobrir les necessitats bàsiques— no poden pagar els deutes contrets amb els bancs. Les famílies més afectades són les més nombroses i, durant el primer trimestre del 2009, augmenten considerablement les demandes d'accés a ajudes socials. La majoria d'aquestes ajudes van destinades a nens amb perill d'exclusió social que viuen en llars monoparentals o nombroses, on el cap de família està a l'atur o disposa d'un treball temporal (el 35%). El sector dels serveis, l'altre dels motors econòmics, es veu igualment força perjudicat, sobretot en la temporada l'estiu (Rocha, 2012).

Entre les mesures adoptades per fer front a la crisi, l'octubre del 2008 el Govern de Zapatero anuncia la creació d'un fons de 50.000 milions d'euros per a la compra d'actius financers no tòxics a càrrec del Tresor Públic i l'ampliació de la garantia mínima dels dipòsits bancaris (Espino i González, 2008). Entre 2008 i 2009 —encara en el mandat socialista— té lloc un considerable increment de la despesa en protecció social. Es posen en marxa diversos plans per a la reactivació econòmica —Fons Estatal d'Inversió Local, Pla Espanyol per a l'Estímul de l'Economia i l'Ocupació i de Suport a les Famílies; Foment del Treball i Suport Financer i Modernització de l'Economia— i s'impulsa la Llei d'economia sostenible de millora del sector

financer, empresarial i mediambiental (Cruz i Sánchez, 2008; Europa Press , 2005). La caiguda del PIB i l'eixugament del deute de les entitats financeres per part del Govern condueixen al fet que el dèficit que s'havia mantingut a l'1,9% fins al 2007 s'elevi a l'11% el 2009 (Castells, 2014). L'ascens del dèficit públic (vegeu el gràfic 35) provoca que el Govern anunciï un pla d'austeritat i de control pressupostari dictat per la UE que el redueixi a l'1% a partir del 2012. Paral·lelament, el deute públic, que s'havia mantingut en el 41,7% del PIB el 2007, s'incrementa quasi un 10% anual fins a assolir la xifra del 118,5% el 2014, decreix lleugerament fins al 116,8% el 2016.

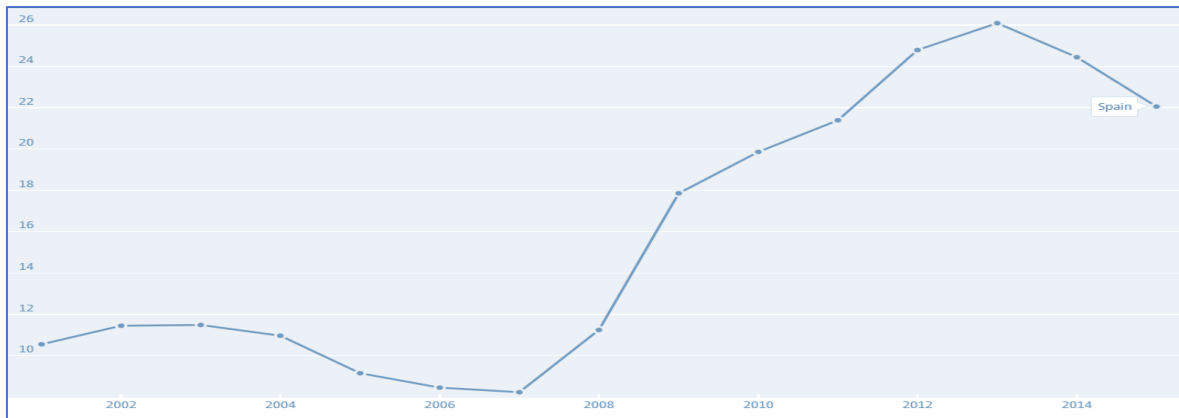
Gràfic 35. Dèficit públic a Espanya en percentatge del PIB entre 2000-2016.



Font: OECD (2018), *General government deficit (indicator)*. DOI: 10.1787/77079edb-en (accés el 9 de juny de 2017).

El mercat laboral espanyol resulta particularment colpejat per la crisi econòmica i la caiguda del sector de la construcció (vegeu el gràfic 36). La taxa d'atur a Espanya es manté relativament baixa durant el període precrisi; el 8% l'any 2007, un 6,5% menys que el 2000 (14,5%). A partir de 2007 s'inicia un espectacular ascens de la taxa d'atur que arriba al punt àlgid l'any 2013 amb un 26,2%, i a partir d'aleshores descendeix fins al 23,1% (2015).

Gràfic 36. Evolució de la taxa d'atur a Espanya entre 2000-2015.



Font: OECD (2017), *Unemployment rate (indicator)*. DOI: 10.1787/997c8750-en (accés el 9 d'agost el 2017).

En el moment de la irrupció de la crisi econòmica la despesa pública a Espanya continua creixent, però a partir de 2010-2011 s'inicia una incisiva etapa d'austeritat i retallades que continuarà durant els anys següents. En aquesta fase, els salaris dels funcionaris es redueixen el 5% i el 15% el dels membres del Govern; s'eliminen prestacions socials, es congelen i reformen les pensions i s'eleva l'edat de jubilació. Alhora, es du a terme una agressiva reforma laboral que té com a objectiu flexibilitzar el mercat de treball i reduir el volum de desocupació generat pel sector immobiliari (Bolaños i Abellán, 2010). El 2011 l'economia entra en una nova etapa recessiva que durarà fins a l'any 2012. En aquesta segona fase de crisi, que coincideix amb el final del mandat socialista, el Govern emprèn la reforma de l'article 135 de la Constitució Espanyola i introdueix el principi d'estabilitat financera i la limitació del dèficit públic. Les primeres mesures adoptades pel nou Govern del Partit Popular a partir de 2011 són la reforma laboral, que altera greument els drets dels treballadors, i inicia un procés de privatització i retallades dels serveis públics (sanitat, educació, serveis socials, etc.). El 2012, Bankia —entitat que integra les caixes afectades per la crisi immobiliària— és rescatada i posteriorment nacionalitzada (De Barrón, 2012). La persistent i greu crisi del sistema bancari espanyol i els dèficits incorreguts per l'Estat, pel seu impacte en les finances públiques, fan que la banca hagi de ser rescatada pel Banc Central Europeu (BCE). El BCE injecta 100.000 milions d'euros al Fons de Reestructuració i Ordenació Bancària (FROB), entitat pertanyent al Govern espanyol (Gutiérrez, 2012).

5.4.4. El sistema de cures de llarga durada espanyol

Elements normatius i naturalesa del sistema

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (d'ara endavant LAPAD) crea el sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència (d'ara endavant SAAD). Aquesta llei —que entra en vigor l'1 de gener del 2007— es constitueix com la primera normativa reguladora del sistema de CLD en tot el territori nacional, i atribueix a les CCAA —governos regionals i serveis socials municipals— la gestió del sistema en cadascun dels seus territoris. La LAPAD defineix la dependència com l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que per raons d'edat, malaltia o discapacitat, i la manca d'autonomia física o mental requereixen atenció o suports importants en les AVD (Llei 39/2006). En el model de cura espanyol — igual que en la resta de models europeus— les AVD s'entenen com el conjunt de tasques que permeten a la persona de desenvolupar un mínim d'autonomia en la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres o tasques senzilles, entre d'altres.

La LAPAD regula les condicions per garantir la igualtat en l'exercici del dret universal i subjectiu de ciutadania i la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a la dependència a tots els ciutadans reconeguts com a dependents en qualsevol dels territoris de l'Estat espanyol. El dret subjectiu (Decret 142/2010, de l'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials) fa referència a les prestacions que els poders públics han de proveir de forma obligatòria les persones valorades com a dependents. La universalitat del dret es tradueix en l'accés als serveis i a les prestacions de tota la població en situació de dependència, independentment de la seva capacitat econòmica. El dret d'accés, de caràcter subjectiu, és susceptible de ser exigit legalment davant dels tribunals si no és satisfet, i no resta subjecte a cap activitat professional ni contribució prèvia al sistema. Els principis inspiradors regulats en l'article tercer de la Llei són: l'atenció integral i personalitzada, la prevenció, la rehabilitació i l'estímul social i mental, l'autonomia, el manteniment de la persona en el seu entorn familiar i l'atenció preferent envers les persones amb un major grau de dependència.

La institucionalització de l'atenció a les CLD en el model espanyol és fruit d'un ampli debat que arranca amb la Reforma del Pacte de Toledo l'any 2003, l'elaboració del *Llibre blanc d'atenció a la dependència* i els acords signats per les forces polítiques i socials l'any 2005. Abans del desenvolupament del SAAD no hi havia cap normativa específica que regulés el risc a les situacions de dependència. Coexistien un conjunt de polítiques socials sectorials fragmentades dirigides a col·lectius específics: en són algunes de les més rellevants, la Llei

d'integració social dels minusvàlids, el Pla gerontològic, la prestació de tercera persona per gran invalidesa i fill a càrrec de la Seguretat Social, les prestacions no contributives. A pesar que algunes d'aquestes prestacions tenen un caràcter contributiu i subjectiu, molts dels programes socials assistencials dirigits a persones amb dependència tenen una naturalesa assistencialista. És a dir, es troben emplaçats en el sistema de serveis socials, accessibles sota el principi de concurrència (de disponibilitat pressupostària) i estan supeditats a la capacitat econòmica dels beneficiaris (Rodríguez Cabrero, 2011a; Marbán, 2012).

La raquítica dotació de serveis públics, juntament amb els factors socioculturals i econòmics als quals s'ha fet menció anteriorment, expliquen el subdesenvolupament del model espanyol d'atenció a la dependència, fonamentat històricament en les cures informals i una marcada feminització de l'atenció (Camacho, Ruiz i Minguela, 2015; Ferrera, 1996; Rodríguez Cabrero, 2009). La creació del SAAD va ser considerat un avanç inqüestionable en el desenvolupament dels drets socials a Espanya. El sistema va articular un model d'atenció de responsabilitat compartida entre persona, família i sector públic, que té com a principal objectiu la promoció de la qualitat de vida de les persones dependents i els seus curadors (Rodríguez Cabrero 2011b). El sistema s'implementa progressivament entre el 2008 i el 2015 sota criteris de prioritització dels nivells de dependència. Però, malgrat les elevades ambicions de la Llei, el seu desplegament topa des dels inicis amb l'esclat de la crisi econòmica del 2008. Aquest fet interfereix greument en el procés d'implementació del sistema, que es veu abocat a tot un seguit de reformes que s'analitzaran en el sisè capítol.

Criteris d'accés

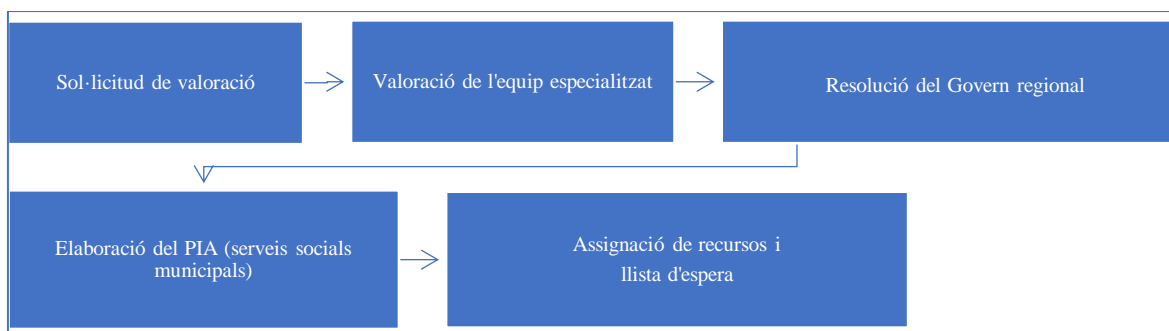
L'article 5è de la LAPAD preveu que poden accedir al SAAD totes les persones amb un període de residència al territori espanyol d'un mínim de cinc anys, dos dels quals han de ser immediatament anteriors a la data de la sol·licitud. Han de complir també amb els criteris de necessitat establerts en el RD 504/2007, aprovat pel Consell Territorial del SAAD al marge de l'edat i el tipus de dependència. La Llei estableix tres graus de dependència: dependència moderada (o grau I), dependència severa (grau II) i gran dependència (grau III). En el grau I —dependència moderada—, la persona necessita ajuda per dur a terme les diferents AVD com a mínim un cop al dia (25 a 49 punts en les AVD). En el grau II —dependència severa—, es necessita ajuda per a la realització de les AVD dues o tres vegades al dia; però no es necessita el suport permanent d'un cuidador (50 a 74 punts en les AVD). I en el grau III —o gran dependència—, la persona necessita suport per al desenvolupament de les AVD diverses

vegades al dia o suport generalitzat (75 a 100 en les AVD) (art. 26 LAPAD i RD 174/2011). Per a la valoració del nivell d'autonomia i les necessitats de suport s'han creat dos tipus de barems: un de general i un altre per a menors de tres anys, que inclou una escala de valoració específica per a nens. Ambdós barems valoren tots els tipus de discapacitat i el grau de dependència en relació amb les AVD següents: menjar i beure; regulació de la micció i defecació; rentar-se; altres cures corporals; vestir-se; manteniment de la salut; transferències corporals; desplaçar-se fora de la llar; desplaçar-se dins la llar; seguir mesures terapèutiques recomanades, i evitar riscos i prendre decisions.

Procediment de valoració

El procediment de valoració de la situació de dependència s'inicia a instància de la persona afectada per la dependència o dels seus representants legals, a partir d'una sol·licitud als serveis socials municipals o a les oficines de benestar dels governs autonòmics. Els encarregats de les valoracions són els governs autonòmics mitjançant equips especialitzats territorials —terapeuta ocupacional, fisioterapeuta o infermer— que es desplacen al domicili o residència habitual de la persona. Després de fer-ne la valoració, l'Administració autonòmica envia la corresponent resolució de reconeixement i qualificació de grau a la persona interessada on consten el grau de dependència i els recursos als quals té dret. Aquesta resolució té validesa en tot l'àmbit nacional. Un cop dictada la resolució de grau, el treballador social referent dels serveis municipals (i tenint en consideració la persona i llur família) elabora el pla individual d'atenció (PIA). En aquest document, s'assignen a la persona els recursos necessaris per millorar la seva qualitat de vida i aportar-li el màxim nivell d'autonomia personal possible. La Llei regula els terminis màxims del procediment. L'accés als recursos assignats resta condicionat al tipus de recurs, les disponibilitats segons l'àrea geogràfica i les llistes d'espera en cada zona, sobretot pel que fa als recursos residencials. La Llei preveu que la valoració de la dependència pot ser revisada a petició de la persona interessada o d'ofici per l'Administració si es preveu una millora o empitjorament de la situació de dependència (art. 30). La figura 12 mostra de forma esquemàtica el procediment de valoració.

Figura 12. Procediment de valoració i accés al sistema de CLD espanyol.



Font: elaboració pròpia.

Tipus de provisió

La provisió de la cura a l'EB espanyol ha recaigut tradicionalment en la família i, particularment, en les dones, a conseqüència de la limitada oferta de serveis públics disponibles (Rodríguez cabrero, 2011; Flaquer, 2002). L'article 15 de la LAPAD assenyalava que les prestacions poden tenir naturalesa de servei o econòmica. Els serveis (públics o privats acreditats) tenen, segons la Llei, caràcter prioritari i s'ofereixen a través de la xarxa pública de serveis socials de les comunitats autònomes. La Llei estableix que l'accés a les prestacions o serveis ve determinat pel grau de dependència i que les persones que no poden accedir-hi, per manca de disponibilitat temporal, tenen dret a una prestació econòmica vinculada que garanteixi la satisfacció de llurs necessitats (39/2006). Les administracions autonòmiques, a través dels escassos recursos propis o la concertació de serveis a les entitats del tercer sector social o mercantil, donen cobertura residencial i diürna a les persones amb discapacitats i persones grans. El model de descentralització competencial espanyol ha generat diferents velocitats i certa iniquitat territorial en la implementació del SAAD. Les empreses privades de provisió han apostat per cobrir les demandes d'atenció no cobertes per les administracions, aprofitant els nous impulsos normatius que els ha possibilitat la penetració en el sistema com a prestadores acreditades (Martínez Buján, 2014). El fet que la Llei deixi un ampli marge a les famílies en l'elecció entre prestacions econòmiques o serveis ha decantat la provisió cap a la utilització generalitzada de prestacions econòmiques de cuidador no professional, tot i ser considerades per la Llei com a excepcionals. La conseqüència de l'ús generalitzat d'aquestes prestacions ha promocionat la mercantilització de la cura i la proliferació d'un mercat de cura informal, desregulat i a baix cost, ocupat majoritàriament per dones immigrants provinents de països de Sud-amèrica (Martínez Buján, 2010, 2011; Bettio, Simonazzi i Villa, 2006). A continuació s'ofereix una definició dels diferents tipus de provisió (vegeu la figura 13).

Tipus de prestacions econòmiques

Prestació econòmica vinculada a un servei (PE-VS): consisteix en una prestació econòmica periòdica de caràcter personal per a la compra d'un servei privat mentre no sigui possible l'accés a un de públic o concertat acreditat.

Prestació econòmica per cuidar en l'entorn familiar i de suport als cuidadors no professionals (PE-CNP): aquesta prestació té un caràcter excepcional. S'atorga quan la persona és atesa per un familiar o algú del seu entorn, i cobreix l'afiliació a la Seguretat Social del cuidador (fins a abans de 2012). S'inclou també el suport i la formació del cuidador.

Prestació econòmica d'assistència personal (PE-AP): l'objectiu d'aquesta prestació és la contractació d'un assistent personal per facilitar l'accés al treball, l'educació i la promoció de l'autonomia en les AVD a les persones amb discapacitat.

Tipus de serveis

Prevenició de les situacions de dependència: serveis orientats a la promoció de les condicions de vida saludable i programes preventius o de rehabilitació, dirigits a la millora i el manteniment de malalties cròniques o discapacitats.

Servei d'ajuda a domicili (SAD): conjunt d'actuacions en el domicili de la persona dutes a terme per un professional especialitzat que consisteixen en l'atenció personal de les AVD i les tasques domèstiques.

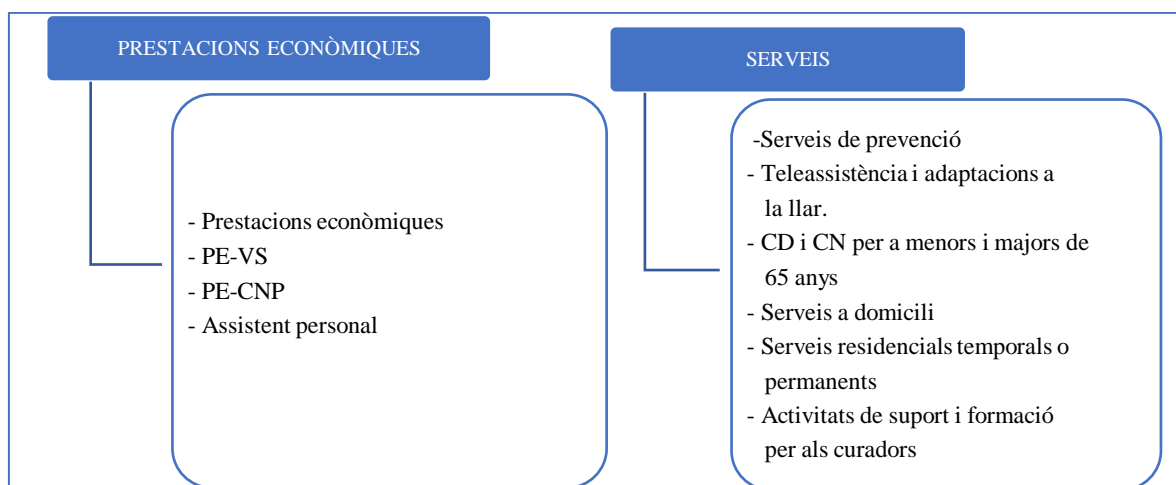
Servei de centre de dia (CD) per a majors i menors de 65 anys i centre de nit (CN): atenció integral durant el dia o la nit (resta implementar-se) en un centre especialitzat amb l'objectiu de millorar o mantenir l'autonomia de la persona amb dependència i oferir suport a les famílies cuidadores.

Servei d'atenció residencial temporal o permanent: servei residencial d'atenció integral de caràcter personal adreçat a l'atenció de persones grans dependents o persones amb discapacitats. La prestació té caràcter permanent quan el centre es constitueix amb la residència habitual de la persona. I té caràcter temporal quan la persona només hi acudeix per una convalescència, vacances, caps de setmana o períodes de descans dels curadors (respir).

Teleassistència i adaptacions de la llar: consisteix en l'ús de tecnologies de la comunicació i la informació que tenen com a finalitat facilitar el suport i l'assistència a la persona en situacions imprevistes, d'urgència, inseguretat, soledat o aïllament. Les adaptacions de l'entorn tenen com a objecte facilitar l'autonomia personal.

Activitats de suport i formació als cuidadors: activitats formatives orientades a la formació dels cuidadors per millorar el maneig i la qualitat de vida de la persona dependent i oferir-los suport psicològic i emocional en la cura.

Figura 13. Tipus de provisió en el model de CLD espanyol.



Font: elaboració pròpia a partir de la LAPAD.

Gestió i finançament del sistema

El SAAD és l'instrument bàsic de cooperació interadministrativa entre l'Administració General de l'Estat (d'ara endavant AGE) i les CCAA. El màxim òrgan regulador és el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (d'ara endavant CTSAAP). Organisme adscrit al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat que està integrat pel ministre (president), els consellers dels serveis socials de les CCAA i els òrgans consultius especialitzats. Les CCAA, l'AGE i el CTSAAP són els òrgans encarregats de regular els criteris d'acreditació, qualitat i seguretat dels centres i serveis. L'Estat ha de garantir la igualtat de tots els ciutadans en l'exercici del dret subjectiu d'atenció a la promoció de l'autonomia i la dependència en el marc de les competències exclusives en matèria de serveis socials de les CCAA. Correspon a les CCAA planificar, coordinar, avaluar, inspeccionar, dirigir i gestionar el sistema en relació amb la valoració de la situació de dependència; la gestió

dels serveis i recursos inclosos en la LAPAD; i establir els àmbits de cooperació sociosanitària en el territori. Els serveis socials municipals són competents en la realització del PIA en el marc de la normativa de les seves respectives CCAA i del CTSAP. El finançament mínim garantit del SAAD és a càrrec dels pressupostos de l'Estat. L'AGE anualment ha de fixar els recursos econòmics per cobrir el finançament del nivell mínim de protecció garantit i contribuir al finançament de les CCAA, d'acord amb el grau de dependència, el nombre de beneficiaris i les prestacions reconegudes a través de les valoracions. Les CCAA poden establir a càrrec dels seus propis pressupostos un nivell addicional de protecció acordat amb l'AGE. Els usuaris també han de contribuir a una part del finançament dels serveis mitjançant el copagament, en concordança a la tipologia de servei i la seva capacitat econòmica.

5.5. Conclusions del capítol

Tendències demogràfiques i envelliment de la població

En tots els casos s'observen similituds i diferències significatives pel que fa a l'evolució i a l'estructura de la població (vegeu la taula 14). Una de les característiques comunes en tots els països és el substancial creixement de la població des de mitjans de l'últim segle fins a l'any 2000. A partir d'aquesta data s'albiren dues tendències oposades: Alemanya i Espanya inicien un descens de la població que s'estima que arribi a un 15% o 20% (el 2060), en el primer cas, i a un 11,4% (el 2066), en el segon; mentre que el Regne Unit i Suècia segueixen una tendència oposada. El Regne Unit assolirà els 76 milions —un 16,7% més que la població actual— el 2045, i Suècia passarà de 10 milions a 12,8 milions, l'any 2060 —un creixement del 28%.

En l'estructura de la població per edats, entre 2015-2066, veiem que en tots els països es mostra una clara tendència al descens dels grups de població de joves menors de 20 anys i del de 20 a 64. En contraposició, s'observa un clar eixamplament del grup de població de persones majors de 64 anys, cosa que apunta a un clar envelliment de la població en tots els països. Els països que encapçalen aquesta tendència són Espanya i Suècia, seguits d'Alemanya i el Regne Unit. Cal tenir present que els anys analitzats no són exactament els mateixos en tots els països; per tant, les previsions són aproximades. Tal com s'aprecia a la taula 14, els països més envellits l'any 2066 seran Espanya, seguida de Suècia, Alemanya i el Regne Unit.

Taula 14. Resum de l'evolució i l'estructura de la població per edats i països.

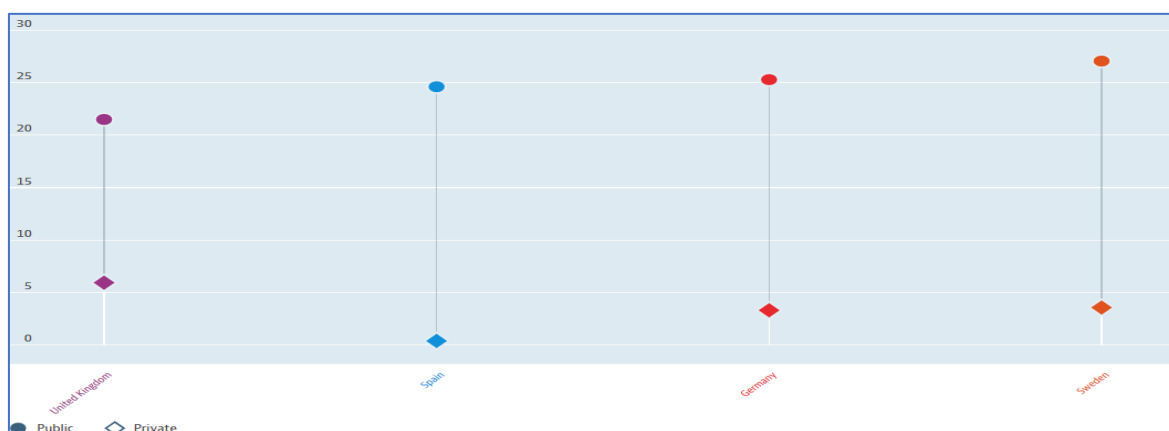
VARIABLES	EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ (milions)			ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓ 2015- 2066 (%)		
	2015-2017	2045-2066	%	<20	20-64	+64
PAÏSOS-PERÍODE						
ALEMANYA	82,0	65,7	-15/20	-2	-7	8,5
ANGLATERRA	65,1	76,0	16,7	-1	-5	6,0
SUÈCIA	10,0	12,8	28	-7	-6	13,1
ESPANYA	46,4	41,0	-11,4	-5	-11	16,0

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades de l'OCDE i dels instituts d'estadística dels països.

Els models de benestar

A excepció del singular desenvolupament de l'EB espanyol causat pels condicionants polítics i econòmics del franquisme (1939-1978), la configuració moderna dels EB de la resta de països analitzats arranxa després de la Segona Guerra Mundial (1945). A Espanya, tot i existir polítiques socials en l'etapa franquista, la implantació de l'EB modern queda relegada a l'arribada de la democràcia, cosa que li suposa un important retard. Així i tot, un dels aspectes més cridaners de l'EB espanyol és l'espectacular convergència en despesa social amb la resta de països aconseguida en els últims anys (vegeu el gràfic 37). En el cas de l'EB suec, sense menystenir les reestructuracions introduïdes a partir de la dècada dels anys noranta del segle passat, continua sent un dels països capdavanters en despesa social pública: amb una despesa del 27,1% del PIB el 2016, seguida d'Alemanya (25,3%), Espanya (24,6%) i d'Anglaterra (21,5%). En aquest últim cas, malgrat la forta tradició en polítiques liberals, s'evidencia igualment un respectable esforç en benestar. Alguns dels factors que podrien explicar la fortalesa de l'EB alemany al llarg del temps són una ferma aposta en polítiques laborals, la forta regulació del seu mercat de treball i l'elevat compromís estatal en polítiques dirigides a la protecció contra els principals riscos socials. En el cas suec, trobem un particular model polític i socioeconòmic centrat en la recerca de la màxima igualtat social i de gènere i un elevat compromís públic en la prestació de serveis. No s'ha de perdre de vista, emperò, les importants reestructuracions protagonitzades per aquests països en els seus respectius EB d'ençà dels anys 90 en endavant. Suècia ha estat amb diferència un dels països que més s'ha contret (prenem com a punt de referència el seu màxim apogeu els anys 70 del segle passat), com a conseqüència de la introducció d'empreses de gestió de serveis i altres mecanismes adreçats a la contenció i l'estalvi econòmic. En els últims anys, igualment, Alemanya ha realitzat importants reestructuracions i reformes del seu mercat laboral que l'han ajudat a mantenir reduïda la taxa d'atur, provocant-li al mateix temps una forta dualització del mercat laboral, que ha expandit els nivells de precarietat i desigualtat social.

Gràfic 37. Comparativa de la despesa social pública (2016) i privada (2013) en percentatge del PIB a Alemanya, el Regne Unit, Suècia i Espanya.



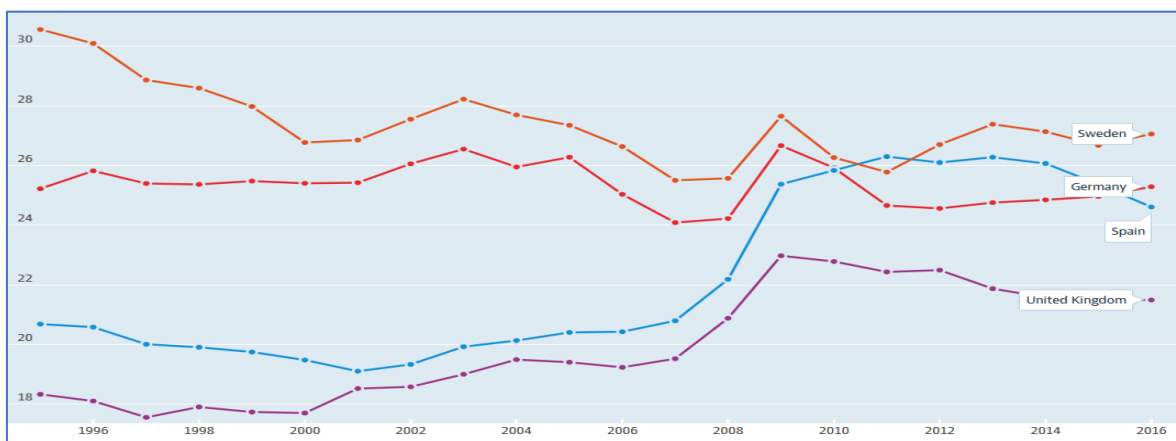
Font: OECD (2017), *Social spending (indicator)*. DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 8 de juliol de 2017).

En la comparació del gràfic 38 es visualitzen amb claredat les trajectòries dibuixades pels països en despesa social pública en el període 1995-2016. Si prenem com a punt de partida l'any 1995, veiem clarament les marcades diferències en despesa pública entre els països en aquell moment. Aquestes diferències s'aprecien majoritàriament entre Suècia i Alemanya, per un costat, i Espanya i Anglaterra, per un altre. Un dels aspectes que mostra amb claredat el gràfic és la caiguda dràstica de la despesa social a Suècia a partir de 1995, que coincideix amb la pitjor crisi econòmica de la seva història i amb el canvi d'un model de gestió pública de serveis a un de gestió privada. En el cas d'Alemanya, la despesa es manté força constant fins a aproximadament l'any 2003, en què continuen les retallades i les reestructuracions iniciades en la dècada anterior. En canvi, en els casos d'Espanya i Anglaterra, a partir de l'any 2000 es produeix una remuntada de la despesa social tot i mantenir una significativa distància amb els altres dos països. En el període de la crisi (2007-2008) té lloc en els quatre casos un notable increment de la despesa, que finalitza el 2009, a excepció d'Espanya en què continua fins al 2011 a conseqüència, probablement, del perllongament de la crisi econòmica.

Aleshores, a partir del que s'ha dit fins ara i de les corbes dibuixades per la despesa social dels països analitzats, es poden assenyalar quatre fets significatius. El primer seria el decreixement general de la despesa pública a Suècia i Alemanya entre el període 1995-2008. Aquest fet podria explicar-se a partir de les teories funcionalistes i la tesi del *growth-to-the-limits*, que apunta que l'esdeveniment dels nous riscos socials, l'alentiment econòmic i les mesures d'austeritat imposades per la globalització econòmica han obligat a reestructurar i reduir els EB més generosos (Pierson, 2001; Ferrera i Hemerijck, 2003; Moreno, 2009). El segon aspecte

a destacar és el creixement sostingut de la despesa a Anglaterra i Espanya a partir de l'any 2000; països que han mantingut històricament nivells de despesa molt més baixos que la resta de països durant l'època daurada dels EB. Segons l'escola neoinstitucionalista, aquests països haurien protagonitzat una espècie d'actualització o *catch up effect* durant els últims anys que els apropiaria als EB més generosos en èpoques passades (Castles, 2005, 2007). El tercer dels aspectes significatius seria l'intens augment de la despesa en tots els països en el període de la crisi econòmica 2008-2009; resultat, amb tota seguretat, de l'augment de la despesa pública en programes de protecció contra l'atur i de lluita contra la pobresa per l'impacte de la crisi econòmica (sense oblidar la despesa ocasionada per la fallida financera que s'analitzarà a continuació). Tot plegat explicaria que, en el cas espanyol, la despesa continués incrementant-se fins a l'any 2011 a conseqüència de l'elevat atur en aquest país i l'increment de la pobresa lligada al perllongament de la crisi. Finalment, des d'una perspectiva de llarg recorregut, l'últim dels fets rellevants a comentar és la convergència en despesa social en els quatre casos analitzats, independentment del seu model de benestar. Encara que la despesa del MBL es troba per sota al de la resta de països, l'apropament entre ells és inqüestionable, si es comparen les dades relatives al període 1995-2016, tal com s'aprecia en el gràfic 38.

Gràfic 38. Evolució de la despesa social pública entre 1995-2016 a Alemanya, el Regne Unit, Suècia i Espanya.

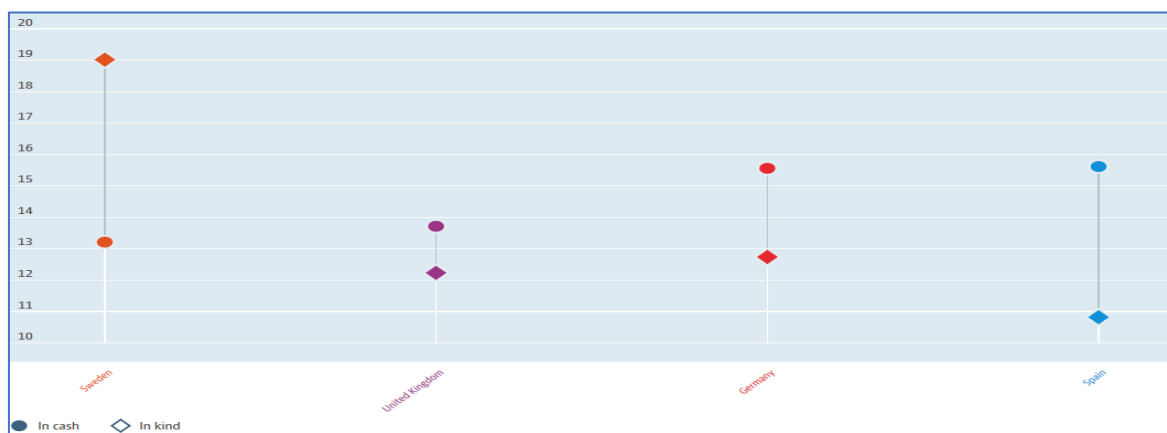


Font: OECD (2017), *Social spending (indicator)*. DOI: 10.1787/7497563b-en (accés el 8 de juliol de 2017).

Pel que fa al model de provisió, sens dubte, Suècia continua mantenint el seu elevat compromís en la provisió pública de serveis (vegeu el gràfic 39). En canvi, a Alemanya i a Espanya hi ha una clara tendència a la provisió de prestacions econòmiques: ambdós països ostenten models de benestar d'orientació clarament familiarista. En el cas d'Espanya és obvi que hi ha una

important mancança de serveis públics derivada, segons alguns autors, de l'elevada solidaritat familiar, que ha inhibit històricament el desenvolupament del seu EB. Igualment, veiem que el Regne Unit presenta una limitada provisió pública de serveis i una provisió moderada en prestacions monetàries, conseqüència del baix compromís públic en inversió social. Cal tenir present, però, que l'anàlisi dels indicadors macroeconòmics no permet percebre els canvis més subtils que es donen en els països. Fet que requereix un examen amb més detall i profunditat des d'altres perspectives, no només l'econòmica.

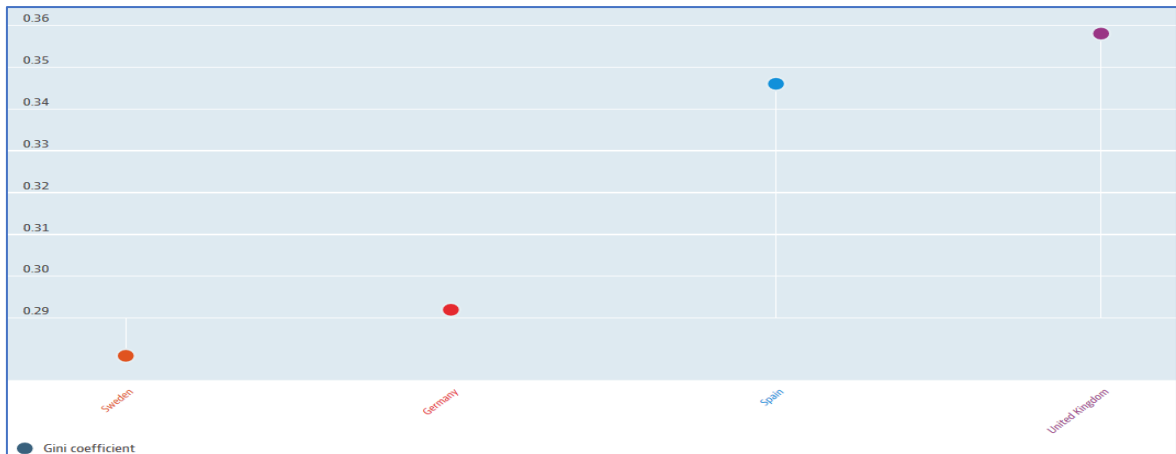
Gràfic 39. Tipus de provisió segons els països l'any 2017.



Font: OECD (2017), *Social benefits to households* (indicator). DOI: 10.1787/423105c6-en (accés el 8 de juliol de 2017).

L'indicador concernent a la desigualtat d'ingressos familiars guarda, generalment, una relació directa amb la despesa social i la redistribució de la riquesa d'un país. Segons això, i tal com s'observa en els casos analitzats, els països amb majors nivells de despesa social ostenten talment una menor desigualtat d'ingressos familiar. El Regne Unit és el país que presenta més desigualtat, amb un 0,35 (coeficient de Gini), seguit d'Espanya amb el 0,34, d'Alemanya amb el 0,29 i de Suècia amb el 0,28 (vegeu el gràfic 40). L'afirmació anterior, però, no resultaria vàlida per al cas espanyol, perquè, tot i haver protagonitzat un creixement substancial en despesa social pública a partir de l'any 2000 (*cath up*), no aconsegueix reduir ni la desigualtat d'ingressos familiars ni la taxa de pobresa. Aquesta última és una de les més elevades de la UE i la més alta dels països estudiats, tal com es veurà a continuació.

Gràfic 40. Desigualtat d'ingressos familiars per països l'any 2016.



Font: OECD (2017), *Income inequality (indicator)*. DOI: 10.1787/459aa7f1-en (accés el 8 de juliol de 2017).

Com s'ha mencionat anteriorment, dels quatre països estudiats Espanya és, amb diferència, el país que ostenta una major taxa de pobresa (vegeu el gràfic 41). Prenent com a punt de referència els autors estudiats en el marc teòric, una de les possibles hipòtesis explicatives podria ser el particular desenvolupament i l'especificitat del model de benestar espanyol: el que s'ha catalogat com a *via mitjana*, en què la sanitat i l'educació són de caràcter públic i universal. Però, hi ha una alta dualitat en polítiques relacionades amb el manteniment de rendes i les pensions. D'una banda, es dona una bona protecció als treballadors estables i amb bons nivells de renda *insiders*. I, de l'altra, es produeix una elevada desprotecció i escassos suports per als treballadors inestables i precaris *outsiders*. Dualitat que es veu agreujada pel marcat caràcter assistencialista de les polítiques socials de lluita contra la pobresa, el deficitari suport a la família i els escassos serveis socials amb què compta el model espanyol. Polítiques, totes elles, centrals en l'anivellament social, la igualtat de gènere o la prevenció contra la pobresa infantil en països com Alemanya i Suècia. L'altre aspecte fonamental en aquest debat és el de la precarietat del mercat laboral. L'atur estructural característic de l'Estat espanyol, sobretot entre la població més jove, la flexibilitat laboral — agreujada pels anys de crisi econòmica— i els baixos salaris, incrementen de forma exponencial el risc de pobresa de la població i de les famílies.

Al contrari del que passa al Regne Unit, Espanya ostenta una de les taxes de pobresa més baixes en el grup de persones de més de 64 anys, fins i tot per sota d'Alemanya i Suècia — països que mantenen valors inferiors al 0,10 en la resta de col·lectius. Els possibles factors explicatius podrien ser: per un costat, l'extensió generalitzada de pensions públiques de jubilació i, per un altre, la reducció del nivell de renda de la població en els últims anys, que deixaria les pensions per sobre del 60% de la renda mediana de la població. De la mateixa

manera, al Regne Unit s'evidencia una ineficiència dels anivelladors socials relatius als programes de lluita contra la pobresa, el manteniment de rendes i de la redistribució de la riquesa. Alguns autors han considerat el cas anglosaxó un clar exemple de canvi radical de règim de benestar, tot i haver sigut un dels EB pioners a Europa. Al Regne Unit, les pensions de vellesa s'instauren el 1908 i es dona un important impuls en benestar inspirant-se en l'Informe Beveridge. L'any 1973, amb l'esclat de la crisi del petroli, el govern laborista (Wilson 1974-1979) instaura les primeres mesures de contenció dirigides al manteniment de la competitivitat econòmica. Els governs conservadors de Thatcher (1979-1990) i Major (1990-1997) implementen canvis substancials en les polítiques socials i redueixen considerablement l'EB. A partir de 1986, les quanties de les pensions públiques es redueixen a la meitat i originen un eixamplament dels plans de pensions privats. En els anys successius, les polítiques de tall laborista continuen amb les retallades: s'incrementa la contractació de plans privats arran de les reduccions en les pensions públiques, i els anys de cotització necessaris per accedir a una pensió integral. Tot això origina una maximització dels principis mercantilistes i una notable individualització dels costos del benestar.

Gràfic 41. Taxa de pobresa a Alemanya, Suècia, Regne Unit i Espanya el 2013.



Font: OECD (2017), Poverty rate (indicator). DOI: 10.1787/0fe1315d-en (accés el 8 de juliol de 2017).

Després d'haver examinat alguns dels principals indicadors en benestar social, es pot concloure que Suècia, en primer lloc, i Alemanya, en segon, són els països en els quals l'EB continua presentant una major fortalesa, mentre que Espanya i en darrer lloc el Regne Unit ostenten notables diferències respecte als dos primers casos. Un dels aspectes a subratllar és que tot i l'escurçament de la distància en despesa social entre Espanya i Alemanya, la primera no aconsegueix reduir els nivells de pobresa i desigualtat de renda. Aquest fet podria estar emparentat amb els factors que ja s'han mencionat amb anterioritat, i amb la gestió política de

la crisi econòmica per part d'alguns governs. Tal com han denunciat alguns dels autors citats en el marc teòric, les polítiques d'austeritat aplicades pels governs van ocasionar un eixamplament de la pobresa i un deteriorament general de l'EB. A més, en el cas espanyol, moltes famílies van ser desnonades en perdre la feina i davant la impossibilitat de fer front al pagament dels préstecs hipotecaris. Com a conseqüència, gran quantitat d'habitatges comprats en plena bombolla immobiliària van anar a parar als bancs i moltes famílies van caure en la pobresa.

Impacte de la crisi econòmica i financera del 2008

La crisi econòmica i financera mundial de 2008 va tenir un fort impacte sobre els països de la UE; entre altres factors, per la proximitat geogràfica i les transaccions financeres amb els Estats Units. L'any 2008, després d'una llarga fase expansiva del cicle econòmic impulsada pels excessos financers i urbanístics de l'etapa precedent, es produeix una contracció del PIB en tots els països estudiats, que finalitza en el període 2009-2010 en els casos d'Alemanya, Suècia i el Regne Unit; i es perllonga fins al 2013 en el cas espanyol (vegeu la taula 15).

Taula 15. Variació anual del PIB en el període precrisi i postcrisi segons països.

Països	2000/08	Var. MDA	Mitj. PIB	2008/09	Var. MDA	% PIB	2009-10	Var. MDA	% PIB	2011	2012	2013
Alemanya	2.242.493 3.122.547	880.05	4,9	3.122.546 3.036.964	- 85.582	-2,74	3.036.964 3.210.822	88.276	2,82			
RU	1.533.016 2.229.260	696.244	5,6	2.229.260 2.142.489	- 86.771	-3'89	2.142.489 2.243.316	100.827	4,7			
Suècia	259.680 385.876	126.196	6,07	385.876 369.089	- 16.787	-4,37	369.089 390.766	21.677	5,87			
Espanya	872.912 1.537.767	664.855	9,52	1.537.767 1.503.253	- 34.514	-2,24	1.503.253 1.489.723	-13.530	-0,9	0,6	-0,18	1,59

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades de l'OCDE, dades obtingudes entre juliol-agost de 2017.

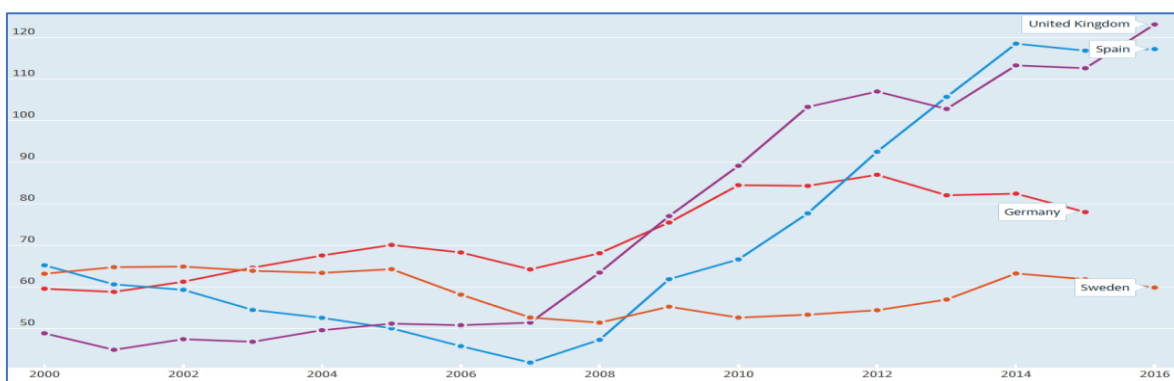
No obstant les similituds de l'impacte de la crisi i les estratègies emprades pels països per sortir-se'n, la gravetat varia en intensitat i durada d'un país a un altre. Alemanya es va trobar força compromesa en haver adquirit actius financers contaminats (hipoteques *surprime*). En conseqüència, el mateix any de l'esclat de la crisi engega dos plans d'estímul econòmic i un pla de rescat als bancs afectats, que posteriorment amplia fins al 2009. A més, aquest mateix any, reforma la Constitució i introdueix un topall de dèficit i endeutament públic que l'ajudi a estabilitzar els pressupostos. Igualment, l'extensió del sector financer i la bombolla immobiliària situen el Regne Unit en una posició d'especial vulnerabilitat davant la crisi. El col·lapse financer obliga el Govern a nacionalitzar alguns dels seus principals bancs i a

desemborsar una gran quantitat de diners públics per estabilitzar el sistema bancari i reactivar l'economia; fet que provoca un substancial creixement del dèficit i deute públic. L'arribada del partit conservador al Govern, amb David Cameron al capdavant, va acompanyada de la implementació de les primeres mesures de contenció de la despesa i l'inici d'una època de retallades i d'austeritat. A Suècia, la crisi li suposa una de les pitjors recessions econòmiques de la seva història. Amb l'arribada de la crisi com a la resta de països, Suècia va haver de nacionalitzar alguns dels seus principals bancs. L'Estat crea una entitat de suport bancari responsable de la supervisió i recapitalització del sistema financer i de tots els deutes i dipòsits bancaris de la nació, a canvi de la compra de participacions, les quals li permeten recuperar els diners invertits en el rescat bancari un cop superada la crisi. En darrer lloc, l'Estat espanyol és, sense cap dubte, juntament amb Anglaterra, un dels països més colpejats per la crisi econòmica. Espanya pateix una doble crisi: d'una banda, la recessió vinculada a la desacceleració de l'economia vinculada a la crisi econòmica mundial. I, de l'altra, l'esclat de la bombolla immobiliària i la fallida d'algunes de les principals empreses constructores del país, que provoquen la inestabilitat de les entitats financeres vinculades a aquest sector, les quals han de ser finalment fusionades o rescatades pel Govern. A més, la caiguda del mercat immobiliari provoca un ascens sostingut de la taxa d'atur, que destapa la feblesa crònica del mercat laboral espanyol. Per tal de pal·liar aquesta situació, durant l'any 2008, el Govern posa en marxa diversos plans de reactivació econòmica. Però l'increment de la despesa social conseqüència de la sacsejada del mercat laboral, la reducció dels ingressos per l'alentiment de l'economia i l'eixugament per part de l'Estat del deute bancari disparen el dèficit i el deute públic. Tot això motiva que el govern posi en marxa un agressiu pla d'austeritat i es reformi la Constitució (2011) —sota l'aixopluc de la UE— amb l'objectiu de mantenir l'estabilitat pressupostària.

En el període precrisi, tots els països havien mantingut un deute públic inferior al 70% del PIB (vegeu el gràfic 42), gràcies —com s'ha vist— a la bonança econòmica que acompanya aquest període. A partir del 2007, la tendència canvia i el deute i el dèficit es disparen; aquest fet afecta tots els països excepte Suècia, i en menor mesura Alemanya. L'esclat de la crisi comporta un significatiu increment d'aquests dos indicadors macroeconòmics: en primer lloc, per l'augment de la despesa pública dirigida a la reactivació econòmica i al rescat i estabilització del sector financer. I, en segon lloc, els governs han de fer front a l'increment de la despesa social derivada de la pèrdua dels ingressos provinents del treball i dels programes d'ajuda a les famílies amb dificultats econòmiques. Veiem, però, que els països que millor van

gestionar el deute i el dèficit durant la crisi van ser Suècia i Alemanya. Una possible explicació a aquest fet podria ser que Alemanya reforma la Constitució l'any 2009 —introdueix l'equilibri pressupostari i limita la capacitat d'endeutament—, fet que li hauria permès reduir progressivament el deute fins a arribar pràcticament a dèficit zero a partir de l'any 2012. Altres aspectes a considerar i que van poder ajudar en la ràpida recuperació alemanya podrien ser la no afectació de la crisi immobiliària en aquest país i, per descomptat, la seva fortalesa econòmica i productiva, que la situen al capdavant de l'economia europea. O també, i com es comentarà més endavant, el fet d'haver pogut mantenir nivells d'atur baixos en la fase de recessió econòmica. En la mateixa línia, el Govern suec ja havia implementat reformes durant la crisi precedent (1990) que l'obligaven a mantenir un objectiu de superàvit pressupostari de l'1%, que limitava així l'endeutament i li serveix com a protecció davant la crisi. Tanmateix, l'estratègia utilitzada per afrontar el rescat bancari, amb la compra de participacions, li resulta sorprenentment efectiva i li possibilita de sortir reforçada de la crisi. Així doncs, com s'ha vist, Espanya i el Regne Unit han estat els països més afectats per la crisi. L'extensió dels seus sectors financer i immobiliari, els va ocasionar un espectacular enlairament del deute i dèficit públic a partir del 2007, el 116,8% i el 123,2% del PIB (2016), respectivament. La fallida del sector de la construcció per l'esclat de la bombolla immobiliària els produeix un fort sotrac en les economies i dispara la taxa d'atur (sobretot a Espanya). En el cas del Regne Unit, l'elevada exposició i amplitud del sector financer també el posiciona en una situació d'especial vulnerabilitat davant la crisi.

Gràfic 42. Deute públic a Alemanya, el Regne Unit, Suècia i Espanya entre 2000-2016.

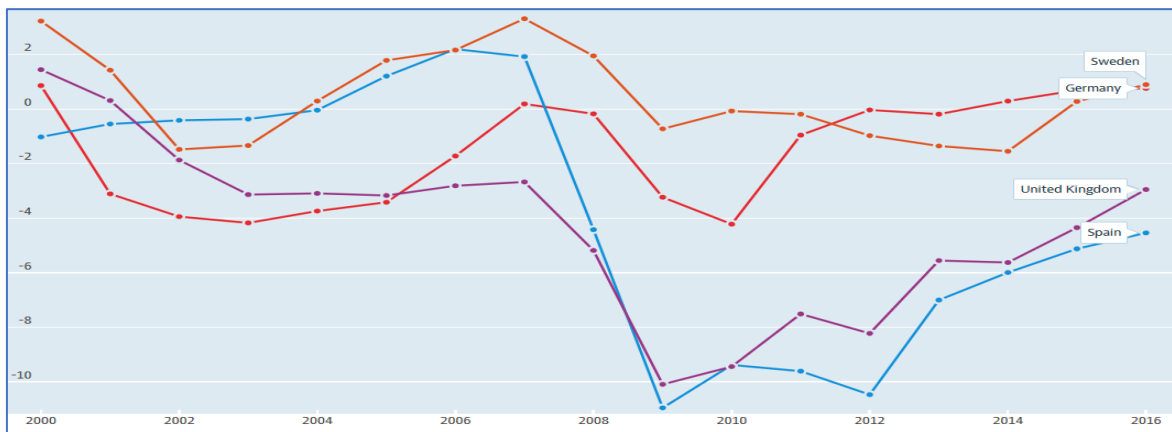


Font: OECD (2017), *General government debt (indicator)*. DOI: 10.1787/a0528cc2-en (accés el 24 d'agost de 2017).

En el gràfic 43 veiem com el dèficit públic entre el període precisi 2000-2003 augmenta en tots els països menys a Espanya (país que, durant aquests anys, viu un període de bonança

econòmica sense precedents esperonat pel creixement del sector de la construcció i immobiliari). Entre 2003 i 2007 tots els països assoleixen el dèficit zero a excepció del Regne Unit, que continua amb un 3%. A partir de l'inici de la crisi l'any 2008 veiem l'espectacular creixement del dèficit en tots els països. Com s'ha vist, en aquest període, tots els països experimenten una desacceleració de l'activitat econòmica i la caiguda del PIB a causa de la crisi econòmica. Aquest alentiment econòmic du implícit una menor recaptació fiscal i un augment de les despeses socials lligades a l'increment de l'atur i a les ajudes a les famílies. Així i tot, mentre el 2016 Alemanya i Suècia han superat el dèficit i ja es troben en superàvit, Espanya i el Regne Unit encara es mantenen en nivells elevats de dèficit i deute públic, com ja s'ha analitzat anteriorment.

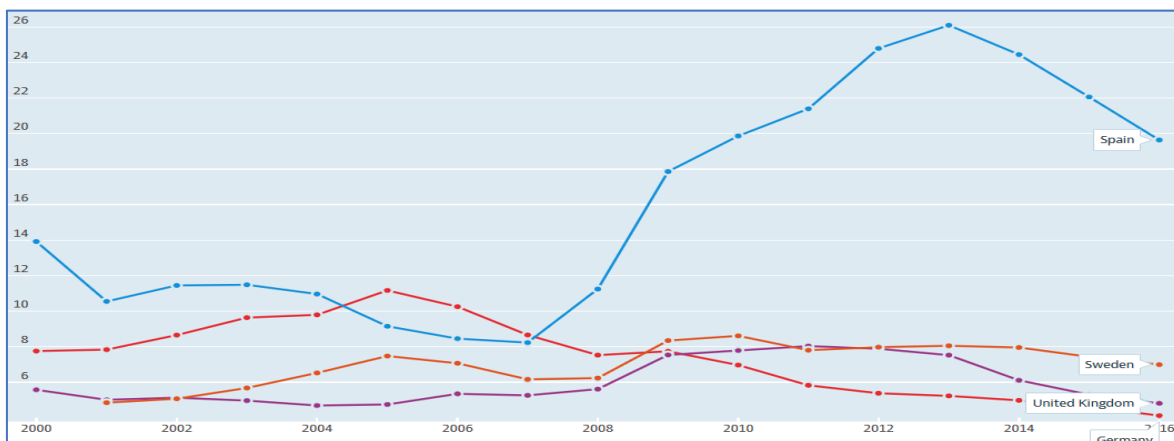
Gràfic 43. Dèficit públic a Alemanya, el RU, Suècia i Espanya entre el 2000-2016.



Font: OECD (2017), General government deficit (indicator). DOI: 10.1787/77079edb-en (accés el 24 d'agost de 2017).

Pel que fa al mercat laboral (vegeu el gràfic 44). En el 2003-2005 (període de precrisi), en tots els països té lloc un augment de les taxes d'atur, excepte a Espanya, on es redueix per la gran quantitat de mà d'obra ocupada en el sector de la construcció. A partir del 2007 i fins al 2010, la taxa d'atur augmenta de forma moderada a Suècia i al Regne Unit. A Alemanya, la reforma laboral de 2005 (Hartz) i les mesures adoptades durant la crisi, en la mateixa línia, expliquen que l'atur sigui gairebé inapreciable en aquest període, disminueixi progressivament i assoleixi gairebé el 0% el 2016. En canvi, Espanya ha estat el país més colpejat per l'atur, que arriba a una taxa del 26% entre 2007 i 2013; i tot i haver-se reduït lleugerament, encara es manté gairebé al 20% el 2016. Aquest fenomen podria estar vinculat a l'especificitat del mercat laboral espanyol, a una dèbil i escassa diversificació de l'estructura productiva i a un considerable pes del sector de la construcció en l'economia.

Gràfic 44. Taxa d'atur a Alemanya, el RU, Suècia i Espanya entre el 2000-2016.



Font OECD (2017), *Unemployment rate (indicator)*. DOI: 10.1787/997c8750-en (accés el 24 d'agost de 2017).

En la mateixa línia, i tal com han assenyalat també alguns dels autors citats, el fort impacte de la crisi al Regne Unit i a Espanya pot explicar-se per l'elevada exposició del sector financer (sobretot al RU) i l'amplitud del sector immobiliari (en el cas d'Espanya). El problema de l'atur a Espanya constitueix un llast històric difícil de resoldre. El sector de la construcció va possibilitar l'ocupació d'una gran quantitat de mà d'obra que es va veure abocada a l'atur quan la bombolla immobiliària va esclatar i va arrossegar una gran quantitat d'empreses i bancs lligats a aquest sector. Com ja s'ha fet esment anteriorment, cal insistir en el fet que els països amb més dèficit i deute públic són, ahora, els països on les mesures d'austeritat han sigut més ferotges i on més s'ha eixamplat la taxa de pobresa. En el cas espanyol, la pèrdua de la feina durant la crisi ha tingut un efecte dominó. En una cultura on la compra de l'habitatge familiar està força arrelada —i que han encoratjat, fins i tot, els estaments públics—, la pèrdua de la feina i l'alt endeutament familiar han fet que moltes famílies es trobessin impossibilitades per fer front al pagament de la hipoteca i fossin desnonades; i això podria explicar l'elevada taxa de pobresa en aquest país.

Com a conclusió, es pot afirmar en primer lloc que és evident que la recessió econòmica del 2008 ha tingut un greu impacte en els sistemes econòmics de tots els països i —seguint alguns dels autors citats en els capítols precedents— ha deixat profundes cicatrius en els seus sistemes de protecció social. Caldria fer també esment que l'impacte de la crisi ha estat menor en els països que ostenten sectors econòmics centrats en la producció, elevats nivells d'exportació i de productes amb un alt nivell d'inversió en recerca i desenvolupament. No obstant, l'economia de tots els països es veu afectada per la davallada en la demanda i el consum arran

del crac financer pels actius tòxics i de la fallida del boom immobiliari i de la construcció. Aquesta exposició és major en uns països que en d'altres, com seria el cas del Regne Unit o d'Espanya. És a dir, la crisi ha estat més punyent en aquells països amb sectors econòmics més vinculats a la crisi, les finances i el sector urbanístic. En segon lloc, caldria considerar que tot i haver-se adoptat mesures anticrisi similars en tots els països, en alguns s'han donat uns factors protectors. Per exemple, les reformes efectuades per Alemanya i Suècia en referència al control del dèficit i deute públic; o també, en el cas d'Alemanya, les reformes laborals que li haurien permès un major control del mercat laboral durant els últims anys.

Tot i que la crisi ha afectat (amb major o menor mesura) tots els EB dels països estudiats, també cal remarcar que les contraccions han estat més dures en aquells països que, per uns factors o d'altres, han patit un major impacte de la crisi en la seva economia o en què la crisi s'ha perllongat per més temps, com és el cas d'Espanya. D'altra banda, des d'una visió de llarg recorregut i en relació amb el debat actual sobre la crisi de l'EB, es fa palès el retrocés de l'EB suec des de 1995 en termes de despesa social; i igualment, la continuïtat de l'EB alemany. Aquesta continuïtat també es podria interpretar com un retrocés, si es compara amb l'increment de la riquesa en termes reals i l'augment de les necessitats de la població en les últimes dues dècades. Des d'aquest punt de vista, es podria afirmar que, tot i mantenir-se la despesa social en aquells països on els EB són històricament més forts, el que estaria produint-se és tot un seguit d'estratègies orientades a la reestructuració dels sistemes de protecció social. Estratègies que anirien encaminades a contenir la despesa i que estarien abocant els EB a una situació d'«austeritat permanent», com han assenyalat encertadament autors com Pierson, entre d'altres. Aquests mecanismes s'analitzaran en relació amb les polítiques de cura en el capítol següent.

Els sistemes de cures de llarga durada

Per ordre cronològic, els països del nord d'Europa, entre ells Suècia, van ser els pioners en la implementació de programes de CLD. En aquests països, els sistemes s'instauren al voltant de la dècada dels anys setanta, en un context de lluita feminista per la llibertat i la igualtat de gènere. En els casos d'Alemanya i el Regne Unit —i la majoria de països europeus—, la introducció de programes adreçats a la cura comença a partir de la dècada dels anys 90. I són liderats pels canvis sociodemogràfics i culturals de la societat postindustrial, els quals arrossegueu un augment de les necessitats de cura de la població que topa amb una incipient crisi del «model informal de cura» tradicional. Segons apunten Anttonen i Sipilä, observem

que a Europa, entre 1970 i 1990, coexisteixen bàsicament dos models de cura: els models com el suec de naturalesa universal —en què la cura és un dret social més, igual que la resta— i els models de països com Anglaterra, Alemanya i Espanya —en què hi ha una fragmentada cobertura de serveis i provisió discrecional de prestacions econòmiques, i programes adreçats a persones grans amb elevats nivells de dependència sense suport familiar ni recursos econòmics. Un dels aspectes més diferencials en el cas de Suècia, en l'àmbit normatiu, és que Suècia —a més de no comptar amb una llei específica de CLD— és l'únic país que té una llei que allibera els fills adults de la responsabilitat de la cura envers els pares dependents; és a dir, la cura és «teòricament» voluntària. En el cas espanyol, i a diferència dels altres tres països, la creació del sistema d'atenció a la dependència és bastant més recent. Els autors que s'han ocupat de l'estudi de les polítiques socials en aquest país han atribuït el retard en el desenvolupament de les polítiques de CLD a les particulars del model de benestar espanyol. És a dir, als factors econòmics i polítics, i a un especial tipus de model de relacions i solidaritat familiar, en què històricament s'ha donat una elevada provisió de cures informals i una marcada feminització en l'atenció.

Pel que fa a la naturalesa dels models, observem que els sistemes i les polítiques de cura s'insereixen en les complexes estructures organitzatives de benestar (socials i sanitàries) dels països als quals pertanyen. En els casos de Suècia i Espanya, els sistemes són de caràcter universal; és a dir, tothom té dret a accedir-hi sempre que compleixi amb els requisits establerts pel sistema. En el cas espanyol, com s'ha vist, la creació del sistema de naturalesa universal és molt més recent que en la resta de països i, abans de la promulgació de la LAPAD, el sistema tenia un caràcter assistencialista. A Anglaterra, la promulgació de la nova Llei de cura de 2014 suposa un canvi teòric substancial per al sistema de cura anglès. Com en el cas espanyol, l'accés a la cura en el model anglès estava condicionat a l'estricta comprovació de la capacitat econòmica de la persona i restringit a aquelles persones en situació de pobresa; això va propiciar que se l'etiquetés com una última «malla de seguretat» (Fernández et al., 2009). Així doncs, tot i mantenir aquesta naturalesa assistencialista de comprovació de la capacitat econòmica, el nou marc normatiu anglès obliga els ens locals a valorar, informar i orientar amb caràcter universal totes les persones en situació de necessitat de CLD i els seus curadors —independentment del territori on visquin i de la capacitat econòmica que tinguin. I això li confereix una doble naturalesa universal assistencial. En canvi, el model alemany té una naturalesa diferent de la resta de models. El sistema de CLD alemany, de base contributiva, és una extensió de l'assegurança de salut, cosa que significa que només s'accedeix al sistema a

través de les cotitzacions laborals. En aquest sistema, igual que en el cas anglès, veiem una certa dualitat en el sentit que, d'una banda, les persones que cotitzen al sistema tenen dret a accedir-hi; però, d'altra banda, les persones que no estan cobertes per l'assegurança o no poden arribar a pagar el cost dels serveis són ateses pels serveis socials municipals. D'aquí es dedueix que el sistema alemany ostenta també una doble naturalesa contributiva assistencial i que, aquesta última, complementa la primera.

Els principis que guien i orienten les actuacions públiques en les polítiques de cura en gaire tots els països estudiats són els principis de subsidiarietat família-comunitat. El primer principi (*familiarista*) es basa en el model de cura tradicional, en què la família és la principal proveïdora i, dintre d'aquesta, la dona ocupa el lloc principal com a curadora. El segon principi (*comunitariste*) persegueix l'atenció en l'entorn més proper a la persona i es troba sustentat en el primer dels principis i reforçat per la idea d'*envellir a casa*, mitjançant el suport de serveis en el mateix domicili o en l'entorn comunitari. En el model suec han prevalgut històricament els principis d'igualtat, qualitat i independència familiar — reforçada, aquesta última, per l'àmbit normatiu que defensa la llibertat i la voluntarietat en l'exercici de la cura dels familiars. Així i tot, val a dir que el principi de subsidiarietat comunitària també és un dels principis que guien les polítiques de cura del model suec. I, pràcticament, tots els autors coincideixen en el fet que en cap dels models de cura europeus s'ha suplantat la família com a principal proveïdora, incloent-hi el suec. Un altre dels principis sustentadors, en el cas anglès, és el de la lliure elecció per triar el tipus de provisió (serveis-prestacions monetàries) on predomina la relació client-consumidor a partir de la compra dels serveis en el mercat.

Els criteris i el procediment d'accés als sistemes de protecció, tot i variar en alguns aspectes, són força semblants en tots els països. En tots ells, per poder accedir-hi s'ha de complir bàsicament amb dos requisits: tenir la residència legal i trobar-se en situació de necessitat de cura. La necessitat de cura es defineix, en tots els sistemes, com aquella situació en la qual es troba una persona que a causa de les restriccions ocasionades per una malaltia física, psíquica o cognitiva té restringides les seves capacitats per al desenvolupament de les AVD i el normal desenvolupament personal i social. En el cas d'Espanya i Alemanya hi ha un barem amb una escala de 0-100 que determina el grau de dependència: en el cas d'Espanya va de l'1 al 3; i en el cas d'Alemanya, de l'1 al 5. En el cas espanyol, el barem de valoració també determinava tres nivells de dependència, però com es veurà en el següent apartat, els nivells van ser eliminats amb la finalitat de restringir-hi l'accés. En el cas d'Anglaterra, les persones que volen

accedir als serveis amb cobertura pública han de complir un doble requisit. És a dir, a més de trobar-se en situació de necessitat i complir amb el que, en el sistema anglès, s'anomena *criteris d'elegibilitat*, la persona ha d'estar per sota d'un nivell d'estalvis a partir del qual es considera que no pot cobrir les necessitats de cura amb els seus recursos econòmics. El barem és força semblant al dels dos casos anteriors. En el cas suec, hi ha recomanacions en la utilització d'algunes escales, però no hi ha un instrument oficial de compliment obligatori per fer les valoracions; la qual cosa dona un ampli marge de llibertat professional a l'avaluador. L'altre requisit d'accés al sistema és la residència legal. En el cas espanyol, cal disposar de 5 anys de residència legal efectiva per poder accedir-hi: dos dels quals han de ser anteriors a la data de tramitació de la sol·licitud. Els sistemes de CLD en tots els països cobreixen les persones de totes les edats, excepte en el cas d'Anglaterra, en què el sistema es dirigeix als majors de 18 anys perquè els infants compten amb una normativa específica i una organització diferenciada de la dels adults.

En el procediment d'accés als sistemes, trobem que aquest s'inicia a partir d'una sol·licitud o demanda de valoració de la necessitat, segons el país. En el cas d'Alemanya, la demanda es fa directament a l'asseguradora de CLD privada o pública (estatutària), des de qualsevol entitat social del sector —que pot assessorar i acompanyar en el procés— o, si es tracta d'una persona sense assegurança, des dels serveis socials. En el cas d'Espanya, aquesta demanda també es pot canalitzar a partir dels governs regionals. A Suècia i Anglaterra, la sol·licitud d'atenció es fa directament als serveis socials municipals. Després d'haver cursat la sol·licitud, els països disposen de diferents formes d'avaluar la situació de necessitat de cura. A Suècia i Anglaterra no hi ha cap servei extern que faci l'avaluació de forma expressa. Aquesta valoració és duta a terme per un treballador social «gestor de cas», pertanyent a l'equip dels serveis socials municipals —o serveis socials d'adults en el cas d'Anglaterra— que s'encarrega posteriorment de fer el pla individual d'atenció i de la gestió, contractació i pagament dels serveis que requereix la persona per a la seva atenció. En el cas d'Alemanya, l'avaluació la fan els serveis mèdics de l'asseguradora de CLD; i un cop feta, envien l'informe a l'asseguradora perquè elabori el programa d'atenció i gestioni els serveis que requereix la persona. En el cas espanyol, el procediment és similar a l'alemany: l'avaluació és competència del govern regional i la du a terme un servei especialitzat a través d'un avaluador expert vinculat als serveis territorials de salut. Un cop finalitzada l'avaluació, s'envia al Govern regional, que emet el dictamen de grau i la remet als serveis socials municipals perquè elaborin el programa d'atenció corresponent. El temps que la persona s'ha d'esperar (llista d'espera) per poder ser

valorada, rebre els dictàmens, el PIA o tenir accés a les prestacions varia d'un país a un altre i està condicionat pel model organitzatiu i el tipus de prestació a percebre (tal com es veurà en el capítol següent).

Pel que fa a la provisió, i tal com hem vist en el segon capítol d'aquest treball d'investigació, l'estudi de la cura social inclou una gran varietat d'actors, programes i recursos públics i privats. Per tal de poder fer-ne una síntesi ordenada i prenent com a marc teòric el *welfare mix*, en la provisió de la cura podem distingir tres grans tipus de proveïdors: l'estat, la família i el voluntariat, i les entitats del tercer sector social i el mercantil. Tanmateix, aquests grans grups de proveïdors poden analitzar-se o incloure's en dos grans sectors de la provisió: el sector formal i informal de la cura. Per un costat, el sector formal de la cura estaria integrat per la provisió regulada de forma contractual proveïda per l'estat o qualsevol tipus d'entitat prestadora de serveis. Per un altre, el sector informal el constituïrien actors com la família i el sector del voluntariat o, fins i tot, altres actors com els veïns, amics, etc. Dit això, pel que fa a la provisió per part del sector formal de la cura, es pot afirmar que en tots quatre països es dona una certa combinació de la provisió a través d'entitats públiques i del tercer sector social o mercantil que difereix en intensitat segons cada país. A Alemanya, la provisió va a càrrec majoritàriament del tercer sector social, i dintre d'aquest predominen les entitats de de caràcter religiós. A Espanya, tot i que hi ha una reduïda oferta de serveis de titularitat pública, coexisteix igualment una àmplia xarxa d'entitats de provisió del tercer sector social; algunes d'aquestes entitats vinculades a l'Església, però la gran majoria al sector del voluntariat no lucratiu. En el cas d'Anglaterra, els serveis públics són força residuals i la provisió es dona a través d'entitats socials sense afany lucratiu (*Claritys*) i, sobretot, d'entitats mercantils. I, a Suècia, les famílies poden triar entre serveis públics o entitats mercantils, ja que en aquest país el tercer sector social és gairebé inexistent. Com ja es veurà extensament en el sisè capítol, cal remarcar que, des dels anys noranta, el model de provisió suec ha canviat de forma considerable i ha derivat cap a la gestió privada de serveis finançats públicament.

Des de la vessant del sector informal de la cura, en tots els països a excepció de Suècia la família és la principal proveïdora de benestar, ja que en aquest país, com s'ha vist, la cura és teòricament de caràcter voluntari. Pel que fa al tipus de provisió, trobem que els països presenten força similituds en alguns aspectes. En tots ells els dos tipus de provisió principals són les prestacions econòmiques i els serveis. Les primeres predominen en tots els països menys a Suècia. En aquest país, les prestacions econòmiques adreçades als cuidadors o a la

persona dependent no existeixen. Només es dona la provisió en serveis, que poden ser de titularitat pública i gestió privada o pertanyent al sector mercantil —sobretot els serveis d'atenció a domicili. A més, en tots els casos, hi ha llibertat d'elecció entre prestacions econòmiques o serveis. Cal dir també que, en els últims anys, hi ha una tendència a la provisió en prestacions econòmiques adreçades al suport de la cura informal en l'entorn familiar o per a la compra de serveis privats. Això és clarament perceptible en tots els casos analitzats a excepció de Suècia, on encara hi ha una clara aposta per la provisió de serveis; si més no, cal tenir en compte els canvis introduïts en els últims anys —com ja s'ha fet esment—, els quals s'abordaran en profunditat en el capítol següent.

Finalment, pel que fa a l'anàlisi de la dimensió organitzativa i de finançament dels sistemes de CLD dels països estudiats —i de forma semblant al que passa en la dimensió anterior—, aquí també trobem força semblances entre els països. En tots els casos existeixen tres nivells competencials: el nacional, el regional i el local. El primer nivell, d'àmbit nacional, integrat pels sectors de la salut o social, segons el país, té assignades les competències legislatives, de planificació i financeres. En el cas alemany, el Ministeri Federal de Sanitat és l'encarregat de legislar, supervisar i finançar els fons d'assegurances de CLD responsable de la gestió del sistema. El Servei Nacional de Salut (*National Health Service*) anglès planifica i legisla igualment les polítiques de CLD en tots els seus territoris. El Ministeri de Salut i d'Afers Socials suec només s'encarrega del desplegament legislatiu. I, en el cas espanyol, la funció reguladora del sistema està en mans del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència adscrit al Ministeri de Sanitat i als Serveis Socials i Igualtat. En el segon nivell competencial, només els governs regionals espanyol i alemany tenen competències en la gestió del sistema: el Govern regional alemany té el deure de fomentar les inversions en centres residencials de cura, i, en el cas d'Espanya, correspon a les CCAA les funcions de gestionar les avaluacions de dependència i els recursos desplegats per la LAPAD. En el tercer nivell competencial, a Alemanya els serveis socials municipals només gestionen el pagament dels serveis que no cobreixen les asseguradores, i complementen el cost dels serveis que no poden assumir els usuaris. En canvi, els sistemes de CLD anglès i suec gestionen la totalitat del sistema. Els serveis socials d'adults a Anglaterra tenen l'objectiu d'avaluar les necessitats de cura de la població, fer-ne el programa individual d'atenció i gestionar la compra de serveis: en el cas que la persona no pugui assumir-ne el cost, i no vulgui o pugui fer-ho per ella mateixa. Igual que en el cas anterior, a Suècia els municipis tenen l'obligació d'avaluar i gestionar la compra de serveis propis o privats per a tots els ciutadans que ho requereixin; però,

a diferència d'Anglaterra, ho fan independentment de la seva capacitat econòmica. En el cas espanyol, les entitats locals només s'ocupen de la realització del programa individual d'atenció i fer-ne el seguiment.

Finalment, quant al finançament, hi ha diferents combinacions i fórmules de finançament entre els països: impostos generals (regionals o municipals), copagament per part dels beneficiaris i cotitzacions a la Seguretat Social (en el cas d'Alemanya). Un aspecte compartit per tots els països en el finançament dels sistemes és que tots es financen majoritàriament per via d'impostos generals. Un cas particular és el d'Alemanya, que també es finança mitjançant el pagament de les cotitzacions laborals a parts iguals entre treballadors i empresaris. En el cas de l'Estat espanyol, aquest ha de garantir un finançament mínim a càrrec dels seus pressupostos i les CCAA poden fer-ho a través d'una aportació o nivell addicional. En el cas de Suècia, veiem que els serveis de cura són finançats gairebé en la seva totalitat (aproximadament un 85%) a partir dels pressupostos municipals i només un 10% va a càrrec de les aportacions del Govern central. Un altre aspecte comú a tots els països és el finançament del sistema a partir del copagament dels usuaris. A Alemanya l'assegurança només cobreix un cost mínim i les prestacions tenen un topall o un caràcter limitat. Això fa que la diferència entre el cost dels serveis i la prestació que es percep o a la que es té dret hagi de ser reemborsada per la persona o la família en forma de copagament. I que, com ja s'ha comentat en diferents ocasions, hagin de ser els serveis socials municipals els qui s'encarreguen del pagament d'aquesta quantia quan la persona o la família no poden assumir-la. En canvi, en el cas d'Anglaterra o Espanya el copagament es realitza segons la capacitat econòmica de la persona. En el primer cas, si la persona compleix amb els criteris d'elegibilitat i no supera el sostre econòmic (23.500 £) pot optar pel pagament directe o el copagament. En el segon cas, els usuaris també han de contribuir a una part del finançament dels serveis mitjançant el copagament, en concordança amb la tipologia del servei i la seva capacitat econòmica; mentre que el sistema cobreix la part del servei que no pot assumir la persona. Per acabar, en el cas de Suècia, el sistema és una mica diferent. Els usuaris només cobreixen al voltant d'un 6% pel cost total del sistema. Això és així perquè les quanties màximes a pagar tenen un topall, segons la Llei de serveis socials de l'1 de juliol de 2002: pel que fa a la tarifa màxima a pagar tant en recursos residencials com domiciliaris, és de 219 € (2017). A la taula 16, s'aporta una síntesi de les principals dimensions analitzades en aquest apartat.

Taula 16. Síntesi de les principals dimensions d'anàlisi segons els països.

PAÏSOS	Primera legislació	Naturalesa i principis del sistema	Definició situació de necessitat	Criteris d'accés	Tipus de provisió i proveïdor	Organització, gestió i finançament
ALEMANYA	1994 <i>Sozialgesetzbuch SGB XI</i>	Contributiva assistencial Subsidiarietat familiar	Restriccions capacitats físiques, psicològiques, cognitives i socials (5 graus)	Estar assegurat Trobar-se en situació de necessitat i dintre d'un dels 5 graus Ser resident	Prestacions econòmiques i serveis Llibertat d'elecció de prestacions o serveis Entitats del tercer sector socials i mercantil	Govern central (fons d'assegurances), regional i municipal Pressupostos generals, regionals i municipals, cotitzacions i copagament
ANGLATERRA	<i>Caring for People / Community Care Act 1990</i>	Universal assistencial Subsidiarietat familiar	Restriccions capacitats físiques, psíquiques, intel·lectuals o socials	Ser resident Trobar-se en situació de necessitat i complir amb els criteris d'elegibilitat Tenir més de 18 anys No superar el sostre econòmic de 23.500 £	Prestacions econòmiques i serveis Llibertat d'elecció de prestacions o serveis Entitats públiques, del tercer sector social i mercantil	Govern municipal Pressupostos generals municipals i copagament
SUÈCIA	Llei de serveis socials (SOL)1980	Universal Equitat, qualitat i voluntarietat	Restriccions capacitats cognitives, funcionals o socials	Ser resident Trobar-se en situació de necessitat segons la valoració TS	Serveis Llibertat d'elecció de proveïdor públic o privat	Govern municipal Pressupostos generals, municipals i copagament
ESPANYA	LAPAD 2007	Universal Subsidiarietat familiar	Dependència o necessitat de suport en les AVD (3 graus)	Residència mínima de 5 anys Trobar-se en situació de necessitat i dintre d'un dels 3 graus	Prestacions econòmiques i serveis Llibertat d'elecció de prestacions o serveis Entitats públiques, del tercer sector social i mercantil acreditades	Govern regional i municipal Pressupostos generals, CCAA i copagament

Font: elaboració pròpia a partir de la legislació especialitzada de cada país consultada.

CAPÍTOL 6

REFORMES EN ELS SISTEMES DE CURES DE LLARGA DURADA

Aquest sisè capítol examina els canvis introduïts en els sistemes de CLD europeus entre 2008-2017 i els factors que contribueixen a explicar-los segons les principals escoles teòriques en la recerca dels EB. Per tal de facilitar-ne la comprensió el capítol s'ha estructurat en tres nivells d'anàlisi. El primer nivell, de tipus quantitatiu, examina l'evolució i variació del nombre de treballadors en el sector formal de les CLD, el nombre de beneficiaris de serveis i el nombre de places residencials finançades públicament. El segon nivell, de naturalesa qualitativa, revisa els canvis normatius en els sistemes de CLD seguint les dimensions d'anàlisi identificades en l'apartat metodològic. Finalment, el tercer nivell, també qualitatiu, aporta la visió de les entrevistes sobre l'impacte social i institucional dels canvis i dels factors que hi incideixen.

6.1. El cas d'Alemanya

6.1.1. Anàlisi de la provisió en els serveis de CLD

Evolució del nombre de treballadors i cuidadors no professionals en el sector formal

En aquest apartat, s'analitza l'evolució del nombre de professionals dedicats a la cura en el sector formal dels serveis personals (terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, cuidadors i personal d'infermeria titulat), derivats de l'aplicació de la Llei de l'assegurança de CLD alemanya (SGB XI). Aquest col·lectiu inclou professionals dels serveis a domicili, dels centres d'atenció diürna i nocturna, i dels serveis residencials —tant en l'àmbit d'atenció a la gent gran com en el de les persones amb discapacitats—, i tant dels sectors de provisió pública com privada amb afany lucratiu o sense. També s'inclouen els cuidadors no professionals (familiars, veïns o amics) que cotitzen a la Seguretat Social com a cuidadors. Segons l'OCDE i les dades de l'Oficina Federal d'Estadística alemanya, disponibles biennalment, a partir de 2001 el nombre total de professionals ocupats i cuidadors en el sector de les CLD a Alemanya creix de forma sostinguda. En el període 2001-2007 s'incrementa el 25% i a partir de 2007 fins a 2015 el 37,6% (vegeu la taula 17).

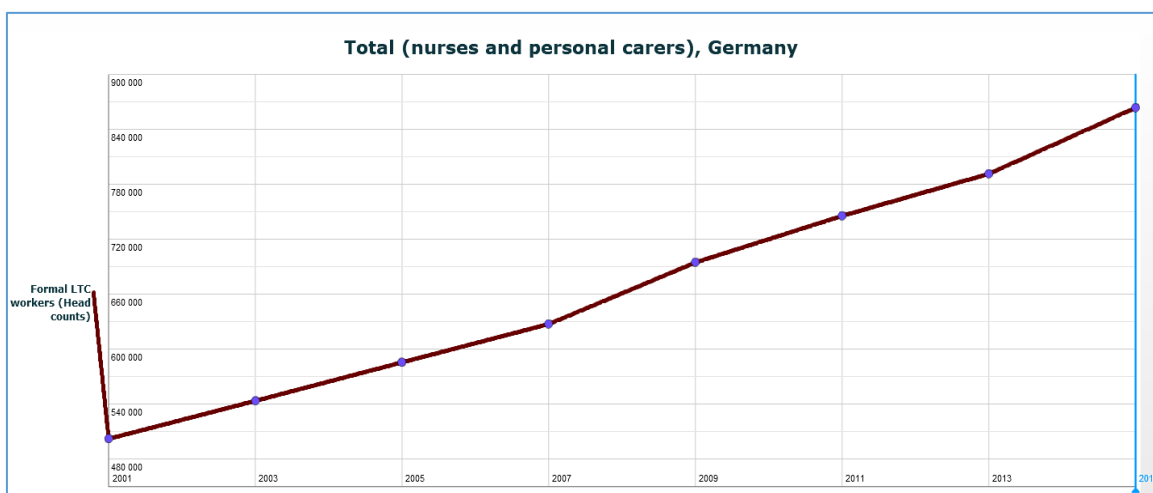
Taula 17. Variació interanual del nombre de professionals i de cuidadors en el sector formal de les CLD a Alemanya entre 2001-2015.

Any	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Variable		%	%	%	%	%	%	%
Treballadors en el sector formal de les CLD	502403	543863 8.3	585948 7.7	627756 7.1	695062 10.7	745932 7.3	791855 6.2	864082 9.1

Font: elaboració pròpia a partir de Database and Utilisation, OECD.Stat.

A continuació es visualitza (vegeu el gràfic 45) l'increment sostingut del nombre total de treballadors i cuidadors en el sector formal de les CLD a Alemanya en el període 2001-2015, en el qual hi ha un increment del 12,6%.

Gràfic 45. Evolució del nombre de treballadors i cuidadors en el sector formal a Alemanya entre 2001-2015.



Font: Database and Utilisation. OCDE. Data de consulta el 28 octubre de 2017.

Evolució del nombre de places en equipaments residencials amb finançament públic

L'OCDE defineix els equipaments residencials de CLD com aquells establiments dedicats a proporcionar una atenció a llarg termini que combina les cures d'infermeria, la supervisió i altres tipus d'atenció en concordança amb les necessitats dels residents, excloent-hi els hospitals i habitatges adaptats. En aquests establiments, una part important de l'atenció constitueix una barreja entre serveis socials i de salut orientats principalment a l'atenció d'infermeria, al suport personal i al de les AVD. Les dades que es presenten a continuació fan referència a l'evolució del nombre total de places en centres residencials de titularitat pública i privada (per a persones grans i amb discapacitats), finançades pel sistema de protecció social alemany. A la taula 18 es pot apreciar, en nombres absoluts i percentatges biennals, l'evolució de les places residencials durant tot el període estudiat. L'increment biennal del nombre de

llits mostra petites fluctuacions i una reducció progressiva a partir de l'any 2009. L'increment del nombre de places entre 2001-2007 és del 18,5% i entre 2007-2015, del 16,3%.

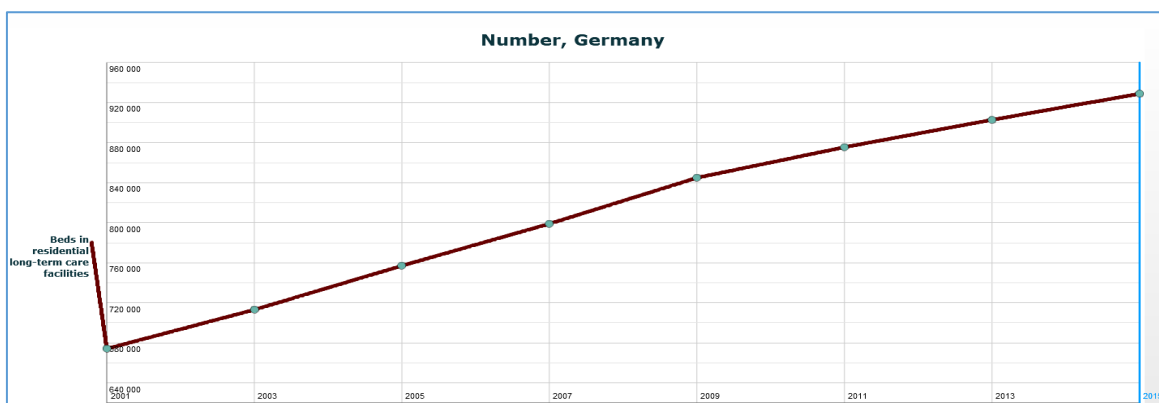
Taula 18. Nombre total de places en equipaments residencials de CLD a Alemanya entre el període 2001-2015.

Any	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Variable		%	%	%	%	%	%	%
Places en residències	674292	713195 5.8	757186 6.2	799059 5.5	845007 5.8	875549 3.6	902882 3.1	928939 2.9

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD.Stat.

A continuació (vegeu el gràfic 46) es veu amb claredat l'increment progressiu del nombre total de places residencials durant el període 2001-2015. En aquest període es passa de 674.292 llits a 928.939, alhora que s'aprecia una lleugera caiguda a partir de 2009.

Gràfic 46. Nombre total de places en equipaments residencials de CLD a Alemanya entre 2001 i 2015.



Font: Database and Utilisation. OCDE. Data de consulta el 28 octubre de 2017.

Evolució del nombre de beneficiaris segons el tipus de servei

Entre el període 2000-2015, s'incrementa el nombre total de beneficiaris de totes les edats que perceben la prestació de serveis en establiments residencials, comunitaris i en el domicili (incloses les ajudes tècniques i l'arranjament de la llar) finançats a través de l'assegurança de CLD pública (*Social Code XI-SGB XI*) i privada (*PKV*), i a partir d'una avaluació de les necessitats. Segons s'observa a la taula 19 hi ha un predomini de beneficiaris de serveis comunitaris i domiciliaris: 1.334.812 l'any 2000, enfront de 807.949 beneficiaris de serveis residencials en el mateix any. Igualment, les xifres mostren una clara orientació comunitària

del model de provisió alemany, amb un 52,5% de beneficiaris de serveis a domicili i comunitaris, davant el 36% de beneficiaris de serveis residencials.

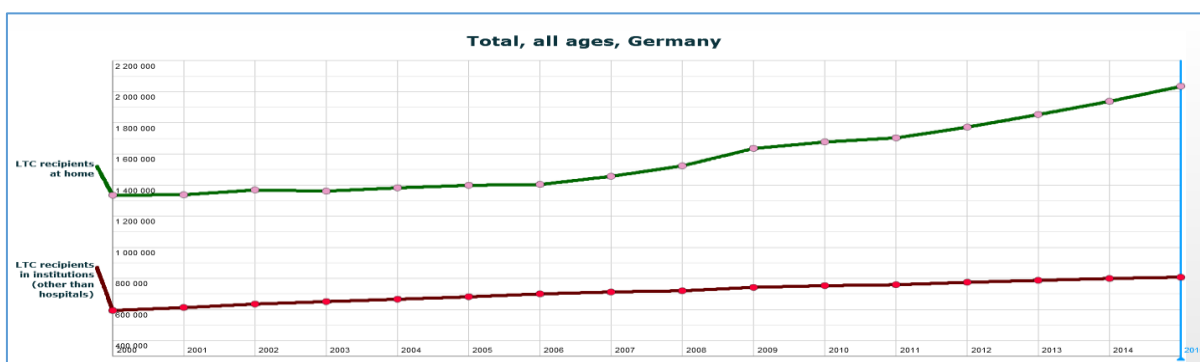
Taula 19. Nombre total de beneficiaris en serveis a domicili i residencials a Alemanya entre 2000 i 2015.

Any	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015																
Variable																																
Beneficiaris de CLD en institucions	594066	612253	3.1	634952	3.7	650833	2.5	666143	2.4	681559	2.3	700203	2.7	712963	1.8	720435	1.0	742778	3.1	753242	1.4	759400	0.8	774929	2.0	787381	1.6	799562	1.5	807949	1.0	36
Beneficiaria CLD de serveis a domicili	1334812	1338329	0.3	1368469	2.3	1361429	-0.5	1382143	1.5	1398737	1.3	1403911	0.4	1456552	3.7	1524112	4.6	1635480	7.3	1677253	2.6	1703833	1.6	1772866	4.1	1853895	4.6	1938698	4.6	2035235	5.0	52.5
Total	1928878	1950582	3.4	2003421	6.0	2012262	2.0	2048286	3.9	2080296	3.6	2104114	3.1	2169515	5.5	2244547	5.6	2378258	10.4	2430495	4.0	2463233	2.4	2547795	6.1	2641276	6.2	2738260	6.1	2843184	6.0	88.5

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD.Stat.

Si prenem en consideració l'evolució del nombre de beneficiaris segons el tipus de servei, s'observa clarament l'enlairament de la xifra de beneficiaris en l'atenció a domicili a partir del 2006, mentre que la corba dels beneficiaris de serveis residencials es manté força més plana durant tot el període (vegeu el gràfic 47). L'increment del nombre de beneficiaris de serveis residencials en el període 2000-2007 és del 20% i del 13,3% entre el 2007-2015; és a dir, un 6,7% inferior en relació amb el període precrisi. Els serveis comunitaris i l'atenció a domicili entre el 2000-2007 creix un 9,1% i el 39,7% entre el període 2007-2015, un incrementen substancial en relació amb el primer tram.

Gràfic 47. Evolució del nombre total de beneficiaris de serveis a domicili i residencials a Alemanya entre 2000-2015.



Font: Database and Utilisation. OCDE. Data de consulta el 28 octubre de 2017.

6.1.2. Anàlisi dels canvis normatius

Els canvis normatius més significatius en el sistema de CLD alemany, a partir de l'any 2008 i fins al 2017, han estat l'aprovació de la Llei I d'enfortiment del sistema de CLD (*Pflegestärkungsgesetze*, PSG-I) —l'1 de gener de 2015— i la Llei II d'enfortiment del sistema de CLD (*Pflegestärkungsgesetze*, PSG-II) —l'agost de 2015—, que entra en vigor entre el gener de 2016 i el gener de 2017 (vegeu la taula 20). Aquestes dues normatives han perseguit bàsicament corregir algunes de les febleses del marc legislatiu del sistema de cura precedent, i millorar-ne el finançament i la cobertura prestacional. A continuació, es detallen els canvis legislatius més significatius seguint les lleis i les dimensions d'anàlisi de la recerca.

Taula 20. Principals canvis legislatius segons les dimensions d'anàlisi.

Dimensions d'anàlisi	Llei d'enfortiment de les CLD I (<i>Pflegestärkungsgesetz</i> I) 2014	Llei d'enfortiment de les CLD II (<i>Pflegestärkungsgesetz</i> II) 2015
1. Naturalesa i principis del sistema	—	a) Reforçament dels principis d'autonomia i prevenció
2. Procediment d'accés i reconeixement del dret	—	a) Millora i ampliació dels criteris d'accés
3. Provisió de serveis i prestacions	a) Increment de la quantia de les prestacions b) Millora de la compatibilitat entre prestacions c) Reforç atenció a domicili per als cuidadors d) Increment mesures de conciliació e) Increment d'ajudes d'arranjament de la llar	a) Augment de la quantia de prestacions b) Ampliació i augment de la cobertura d'assegurança als cuidadors
4. Organització, gestió i finançament	a) Increment de les ràtios de cuidadors b) Creació de fons de reserva	a) Millora del sistema d'informació b) Increment de les contribucions al sistema c) Limitació del cost dels serveis

Font: elaboració pròpia a partir de les lleis consultades.

I Llei d'enfortiment del sistema de CLD (Pflegestärkungsgesetz, PSG-I)

Dimensió 3. Provisió de prestacions i serveis

- a) *Increment de la quantia de les prestacions*: s'incrementen les quantitats econòmiques a percebre segons els graus de dependència, tant en l'atenció comunitària com residencial.

Aquest increment del 4% té com a objectiu actualitzar l'augment de preus en els últims tres anys.

- b) *Millora de la compatibilitat entre prestacions i serveis*: es flexibilitza la utilització dels serveis de curta estada i respir (serveis residencials), que passen a poder combinar-se amb els serveis d'atenció diürna i nocturna (serveis comunitaris) i amb les prestacions econòmiques. Els serveis d'atenció diürna i nocturna es fan compatibles al cent per cent. Això beneficia especialment les persones amb demència, que a partir d'aquest moment poden optar a una major intensitat de suport i també a pisos tutelats.
- c) *Reforç de l'atenció a domicili per als cuidadors*: en els casos de persones amb demència es permet utilitzar el 40% de les prestacions com a serveis a domicili de baix nivell i de suport als cuidadors.
- d) *Increment de les mesures de conciliació familiar*: a partir de 2015 es crea una prestació de reemplaçament del salari durant un període de 10 dies adreçat al suport dels cuidadors informals en situacions imprevistes.
- e) *Increment ajudes d'arranjament de la llar*: s'incrementen les ajudes d'arranjament i adaptació de la llar, que passen de ser de 2557 € a 4000 €, ampliables fins a 16000 € quan es tracta d'un habitatge compartit. Altres ajudes tècniques s'incrementen de 31 € a 40 € mensuals.

dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Increment de les ràtios de cuidadors en els serveis residencials*: la ràtio de professionals d'atenció directa de cura en els centres residencials —és a dir, els auxiliars de cura per resident— passa d'1,24 residents per cuidador a 1,20 residents per cuidador.
- b) *Creació d'un fons de reserva*: es crea un fons de reserva de capital addicional específic per a l'assegurança de CLD amb els ingressos del 0,1% de les cotitzacions que, a partir de 2035, s'utilitzarà per establir les necessitats de cura de l'anomenada *generació del 'baby boom'*.

II Llei d'enfortiment del sistema de CLD (Pflegestärkungsgesetz, PSG-II)

dimensió 1. Naturalesa i principis del sistema

a) *Reforçament dels principis d'autonomia i prevenció*: la Llei estableix una nova definició de necessitat de cura centrada en la promoció de l'autonomia i el manteniment de les habilitats de la persona. Per això es reforcen i implementen nous programes de rehabilitació que tenen com a objectiu mantenir el màxim de temps possible els nivells d'autonomia de les persones.

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

a) *Millora i ampliació dels criteris d'accés*: s'estableix una nova definició de necessitats de cura amb uns criteris d'accés i barem de valoració nous que tenen en compte les persones amb discapacitats psíquiques i trastorns cognitius o demències. A diferència de l'anterior barem (que només mesurava les limitacions per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària), el nou barem amplia considerablement els nivells de cobertura i el nombre de beneficiaris, tant per a persones que només requereixen assessorament o adaptacions de la llar, com per a les que pateixen trastorns cognitius, les quals quedaven excloses del sistema amb l'anterior barem (vegeu la taula 20).

Taula 21. Canvis de criteris en el barem de valoració del sistema de CLD alemany.

<i>Llei de l'assegurança social de cura de 1994 (Sozialgesetzbuch SGB XI)</i>	<i>II Llei de reforçament de les CLD de 2016 (Pflegestärkungsgesetz PSG-II)</i>
Tres graus o nivells de necessitat de cura per a la realització de les AVD: cura personal, nutrició, mobilitat, comprar, cuinar, netejar els plats, la roba o planjar, en funció de les vegades al dia i el temps requerit per cobrir-les, centrat bàsicament en la valoració de les discapacitats físiques i fisiològiques.	Cinc graus de necessitat de cura, que inclouen discapacitats físiques, mentals i psicològiques; i el nou barem mesura el grau d'independència en relació amb sis àrees: <ul style="list-style-type: none"> - mobilitat - habilitats comunicatives i cognitives - problemes psicològics i de conducta - autosuficiència - restriccions en la salut i maneig de l'estrès a causa dels tractaments - organització de la vida diària i els contactes socials

Font: elaboració pròpia.

Dimensió 3. Provisió de serveis i prestacions

a) *S'augmenta la quantia de les prestacions*: s'incrementen novament les quanties a percebre tant en prestacions econòmiques com en serveis (vegeu la taula 21). I a més, s'eleva un grau de dependència a les persones amb discapacitats físiques i dos graus a les persones amb discapacitats psíquiques i trastorns cognitius.

Taula 22. Canvis en el sistema de CLD alemany segons el tipus de provisió i grau (2009-2017).

TIPUS DE PROVISIÓ	2009				2017				
GRAUS	G I	G II	G III	C. E.	G I	G II	G III	G IV	G V
Prestacions econòmiques	215	420	675	—	125	316	545	728	901
Serveis comunitaris	420	980	1470	1918	-	689	1298	1612	1995
Serveis residencials	1023	1279	1470	1750	125	770	1262	1775	2005

Font: elaboració pròpia.

b) *S'amplia i augmenta la cobertura de l'assegurança per als cuidadors familiars*: s'amplia l'assegurança per malaltia i atur als cuidadors que tinguin cura d'un familiar almenys 10 hores setmanals distribuïdes, com a mínim, en dos dies a la setmana. També s'incrementa el pagament de l'assegurança en un 25% als cuidadors de persones amb dependències elevades. Els cuidadors que deixen de treballar poden, a partir d'ara, cobrar l'atur mentre duri la necessitat de cura del familiar i no s'incorporin al mercat laboral.

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Millora del sistema d'informació*: es crea un punt d'informació i assessorament municipal per a persones amb necessitat de CLD. Els fons d'assegurança de CLD estan obligats a oferir cursos gratuïts per a cuidadors i voluntaris.
- b) *Increment de les contribucions*: les contribucions dels treballadors a l'assegurança de CLD passa del 0,2% al 2,55% i al 2,8% per a les persones sense fills.
- c) *Limitació del cost dels serveis*: a les persones ingressades en residències que siguin revaluades amb un grau més elevat de necessitats de suport no se'ls incrementarà el copagament, però han d'abonar el cost del menjar, allotjament i inversions per a l'equipament.

6.1.3. Percepció social i institucional dels canvis

Dimensió 1. Naturalesa i principis del sistema

Les persones entrevistades consideren que no hi ha hagut canvis significatius en la naturalesa i els principis fonamentals del sistema de CLD alemany, tal com es desprèn de la cita d'una de les persones entrevistades:

L'assegurança de cura va ser establerta entre 1995-1996; des de llavors el sistema és realment el mateix, és a dir, sempre ha estat basat en la família.

L'assegurança social de CLD alemanya continua tenint un caràcter contributiu i ha estat orientada tradicionalment a la cobertura dels nivells bàsics de suport. Pel que fa als serveis d'integració i promoció per a persones amb discapacitat —competència dels serveis socials municipals—, mantenen una naturalesa assistencialista i es proveeixen a partir de la comprovació dels béns econòmics dels usuaris i famílies. Els canvis introduïts en aquesta diensió s'han dirigit bàsicament a reforçar els principis tradicionals familiaristes, la provisió en l'entorn comunitari i la naturalesa contributiva del sistema apujant les aportacions dels treballadors. Així doncs, donen un important impuls a les cures informals en l'entorn familiar i comunitari, justificat sota els principis de prevenció i autonomia personal.

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Ampliació dels criteris d'accés*: un dels canvis més valorats pels entrevistats ha estat l'ampliació de la cobertura a través del nou barem de valoració d'accés. La nova definició de necessitat de cura, centrada en el nivell d'autonomia i funcionament general de la persona, ha suposat una ampliació significativa en els criteris d'accés en incloure-hi tant persones amb discapacitats físiques i psíquiques (trastorns cognitius). Això ha suposat que amb el nou barem les persones amb trastorns cognitius, que amb l'anterior barem quedaven fora del sistema, ara puguin accedir-hi. Com es fa explícit en la cita següent:

Aquest nou barem és millor per a la gent amb discapacitats cognitives [...] el problema era si tu necessitaves ajuda a causa d'una demència o si tenies problemes mentals, però podies rentar-te per tu mateix i menjar per tu mateix, llavors no tenies cap nivell de dependència. [...] L'avaluació ara té més en compte les necessitats de les persones que pateixen trastorns mentals. Ells també estaven en el sistema abans, però potser no rebien realment prou serveis en relació a les seves discapacitats, per tant això ha canviat.

Igualment, l'ampliació de tres a cinc graus o nivells de dependència ha suposat un important increment en el nombre de persones ateses i una millora en el principi de la promoció de

l'autonomia i la prevenció. De fet, això afavoreix que les persones puguin accedir al sistema amb nivells de dependència més baixos, com s'aprecia en la cita textual següent:

[...] però també podem dir que l'entrada en el sistema és més fàcil ara. Potser en el sistema anterior tu podies tenir, per exemple, un home amb discapacitats cognitives sense nivell de dependència de cura d'acord amb el criteri del vell sistema, però en el nou sistema sí que en té, això significa que hi poden accedir més persones, hi ha més persones que poden entrar.

Dimensió 3. Provisió en serveis i prestacions

- a) *Millora en l'accés a prestacions econòmiques*: en els últims anys hi ha hagut una millora en l'accés a algunes prestacions econòmiques per a persones amb discapacitat com, per exemple, l'anomenada *prestació econòmica de pressupost personal* (o *personal budget*):

Ara és més fàcil per als usuaris sol·licitar i accedir a la prestació de pressupost personal, no al sistema en general, però sí a aquesta prestació en concret.

- b) *Retallades en la provisió de serveis socials per a persones amb discapacitat*: paral·lelament a la millora de l'accés a les prestacions econòmiques a les quals s'ha fet menció en el punt anterior. Segons el criteri d'alguns dels professionals entrevistats, ha tingut lloc un major control de la despesa i hi ha hagut retallades selectives en la provisió dels serveis municipals encarregats dels serveis d'integració social per a persones amb discapacitat. Tal com es desprèn del paràgraf següent:

Ells [el Govern] han retallat els serveis socials, perquè els diners provinents de l'asseguradora no són suficients per cobrir el cost total dels serveis. Per això, també s'han de posar diners des de les oficines dels serveis socials, i en aquestes oficines s'ha retallat [...]. Per tant, l'accés per a les persones amb discapacitat no ha canviat, sinó la provisió en els serveis, canvis petits.

- c) *Reducció en la provisió de serveis residencials i prioritització dels serveis domiciliaris*: un dels aspectes més subratllats pels professionals d'atenció directa han estat les dificultats en l'accés als recursos de tipus residencials i la prioritització dels serveis a domicili, sobretot, en l'àmbit de les persones grans. Així doncs, l'augment en els últims anys de la demanda en els serveis residencials (resultat de l'increment de les necessitats de cura) no

s'ha traduït en una ampliació de l'oferta de serveis. Aquest fet ha ocasionat un increment important de les llistes d'espera, com queda explícit a continuació:

No hi ha suficients places, aquest és el problema. Les necessitats s'han incrementat però els serveis són els mateixos. No hi ha diners per als serveis de cura, per tant les llistes d'espera s'han incrementat.

Aquesta manca de serveis residencials s'ha traduït igualment en un enfortiment dels criteris d'accés, ja que en la majoria de casos l'accés només és possible quan la persona es troba en una situació de risc o greu deteriorament del seu estat de salut físic o mental:

Ara és més difícil estar en una residència, tu només pots anar a una residència en cas que tinguis un nivell alt de necessitat.

Com a resultat d'això, la provisió es focalitza en els serveis de menor cost, és a dir, els de tipus comunitari o de proximitat. Tal com s'apunta a continuació:

L'any passat el Govern va dir que el primer era la comunitat; per tant, si cerques plaça residencial, no hi ha lloc; tu pots cercar i cercar, no hi ha places.

- d) *Increment de les llistes d'espera dels serveis residencials:* una altra de les conseqüències de la manca de polítiques orientades a la provisió de serveis residencials és que les persones que hi sol·liciten plaça han d'esperar anys per poder accedir-hi, com s'aprecia en la cita següent:

I has d'esperar durant anys. Això va començar fa aproximadament 10 o 12 anys. Jo vaig treballar en un gran centre de 160 residents, on els propietaris volien ampliar les places, però no ho podien fer. Haurien d'haver tancat algunes de les places existents per poder obrir-ne més. Ells no podien fer més places, només els permetien repartir-les entre els diferents centres; ja que hi ha un límit de places residencials perquè el govern vol mantenir la cura a casa. No vol tenir grans centres residencials. Llavors, tu tens una llista d'espera enorme per accedir als serveis residencials.

- e) *Increment del mercat de cura informal:* en els últims deu anys, en el sector d'atenció a domicili, ha emergit un mercat de cura informal ocupat per treballadores immigrades provinent dels països de l'Est d'Europa. S'ha construït una veritable xarxa de transport internacional organitzada amb la finalitat de desplaçar les treballadores que venen a

Alemanya a cobrir les necessitats de cura de les persones grans. Aquestes treballadores sovint es troben exposades a una forta desprotecció per la manca de drets laborals, jornades extensives de treball i baixes remuneracions salarials:

S'ha donat clarament un increment de cuidadors immigrants als domicilis. Moltes famílies porten cuidadores des de Polònia i els donen 1000 € mensuals per una atenció de 24 hores. Aquestes cuidadores viuen al mateix domicili que la persona dependent, no disposen de Seguretat Social, ni res de res. Moltíssimes! Perquè moltes persones amb demència romanen al domicili. Això és una reacció al fet de no poder obtenir una plaça residencial. Si tens el teu pare o la teva mare amb demència i has de treballar [...]. Això s'ha convertit en una institucionalitzada i ben organitzada transferència de dones provinents de Polònia o Romania. Aquestes dones no són professionals, les transporten i venen en autobusos, no parlen alemany, es troben aïllades als domicilis, no disposen d'assegurança.

La cura informal proveïda per aquestes treballadores immigrants és vista per les famílies com una oportunitat per cobrir les necessitats de cura dels familiars dependents a baix cost quan aquestes famílies no poden cobrir-les, ja sigui per motius laborals o per l'elevat cost dels serveis:

Pots anar a l'asseguradora i pagar pels serveis de cura; la curadora tindrà el seu temps lliure, vacances, etc. però això és força car. Si contractes una cuidadora professional has de pagar molts diners, i els diners que es perceben de l'assegurança no s'han incrementat gaire en els últims anys.

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament del sistema

a) *Millora en el sistema d'informació:* el desplegament de les oficines d'informació i assessorament de cura en els municipis s'ha percebut per part dels professionals com a molt positiu, perquè contribueix a millorar la informació dels ciutadans i l'accés als recursos:

Ara es pot obtenir informació i orientació a través dels centres d'informació de cura. Els drets han canviat. Cada mes venen per dues hores i es pot parlar amb ells i obtenir tota la informació necessària. Des d'aquest últim any, treballen millor, et dediquen més temps, contacten amb tu; per tant el sistema d'informació ha millorat.

- b) *Manca de professionals de cura*: en els darrers anys, s'ha incrementat la manca de professionals qualificats com a conseqüència de les males condicions laborals i les elevades exigències professionals del sector. Aquesta situació es pot interpretar —tal com ho han anomenat alguns dels autors estudiats en l'apartat teòric— com una crisi de cura o *crisi del model informal de la cura*, com s'aprecia en la cita següent:

Ara els professionals, els treballadors són menys. Si el teu col·lega marxa perquè està malalt o qualsevol cosa, si vols tenir un nou treballador o estudiant no trobés a ningú, tenim menys treballadors; per això els cerquem en altres països. El problema és que ningú vol treballar en això. Els joves no volen tenir aquest treball, perquè aquesta professió és força dolenta, el salari és baix..., no podem cobrir les nostres pròpies necessitats per això necessitem que vinguin treballadors de fora.

6.1.4. Factors explicatius dels canvis

Un dels principals factors apuntats pels entrevistats a l'hora d'explicar els canvis en el sistema de CLD alemany, en els últims deu anys, ha estat el substancial increment de les necessitats de cura de la població. És a dir, el sorgiment de *nous riscos socials* associats a la hipòtesi dels *problemes de pressió interna* dels països, segon l'escola neofuncionalista. Els canvis sociodemogràfics i el progressiu envelliment de la població (impulsat pels avanços científics i mèdics de les últimes dècades) haurien propiciat que les persones visquin més anys malgrat el patiment de malalties cròniques altament invalidants, entre elles, els trastorns cognitius. Així doncs, des d'aquest punt de vista, els canvis són el resultat d'adaptació dels sistemes de CLD a les noves necessitats en societats cada cop més envellides. Com queda reflectit en la cita textual següent:

[...] els canvis demogràfics, el canvi en la societat. Cada cop hi ha més gent gran, per tant, tenim més persones que necessiten ajuda, que necessiten cura, i també més i més persones amb malalties cròniques i problemes de salut mental com la demència. Però el sistema estava basat en les discapacitats físiques, i les persones amb demència estan físicament bé; poden fer-ho tot per elles mateixes, però necessiten ajuda, aquest és un nou risc, aquesta és la raó principal.

Per aquesta raó assenyalada anteriorment, lligada a l'increment de les necessitats de cura de la població, els canvis en el barem de valoració han estat percebuts pels entrevistats com a molt positius i necessaris, i un gran avenç per al sistema; atès que en el barem anterior les persones

amb trastorns cognitius o altres patologies mentals en quedaven excloses. A banda dels factors demogràfics i mèdics esmentats, les transformacions en les estructures familiars i les actuals exigències del mercat laboral —que fan que els fills hagin de treballar lluny del lloc habitual de residència dels pares— també han estat assenyalades com factors que expliquen la incapacitat de les famílies per atendre les necessitats de cura dels seus membres dependents. A més, la integració de la dona al mercat laboral, tradicionalment encarregada d'assumir la cura dels membres familiars dependents, ha canviat radicalment l'estructura dels suports informals tradicionals i ha originat el que s'ha anomenat la *crisi del model informal de cura*. La importància de les variables socioculturals i laborals es perceben en la cita següent d'una de les persones entrevistades:

[...] també, a causa dels canvis demogràfics i laborals, com la mobilitat. Per exemple; els meus pares viuen a 500 km d'aquí. El meu germà viu a [...], la meva germana viu a [...]. Aquesta és la realitat actual. [...] A Alemanya tenim un canvi demogràfic dramàtic, molt dramàtic... I ¿a casa? ¿Qui s'està a casa? Aquí a Alemanya la dona era la qui estava normalment a casa cuidant els pares, tenint cura dels membres familiars, però ara, ara aquestes no volen estar per més temps cuidant la gent gran.

Les persones entrevistades pertanyents al sector associatiu i no lucratiu han remarcat igualment la importància de l'associacionisme, els col·lectius d'usuaris o persones afectades i les pressions de determinats grups com a factors que determinen les fites aconseguides en aquest sector de les polítiques socials en els últims deu anys, segons s'aprecia en la cita textual següent:

Els grups de pressió per la lluita de les polítiques socials. Nosaltres hem estat lluitant durant els últims vuit o deu anys, lluitant pels canvis en el sistema [...]. Hi ha hagut molta influència per part dels mateixos usuaris, organitzacions, per part dels lobbies, pressions per part dels familiars i professionals. A Alemanya existeix una organització molt forta de proveïdors de benestar, els quals hem format part de les comissions en el Ministeri per desenvolupar les lleis que s'han implementat recentment.

Les reivindicacions i pressions apuntades en el paràgraf anterior han coincidit en aquests últims anys, segons els entrevistats, amb la voluntat política necessària per tirar endavant les millores socials que s'han produït en el sistema de CLD, tal com es fa explícit en la següent cita textual d'una de les persones entrevistades:

Aquests canvis que trobem ara el 2017 han estat preparant-se durant molt de temps. El primer estudi que van realitzar va ser fa deu anys. Tots van començar abans de la crisi econòmica, les coses van començar a preparar-se llavors. Hem tingut diversos ministres de Salut, els quals, realment, no han volgut abordar el tema. Però l'actual ministre, tan aviat va entrar, va posar el tema sobre la taula i va iniciar totes les reformes fetes fins ara.

Pel que fa a l'impacte de la crisi econòmica en les polítiques de CLD, la percepció general dels entrevistats coincideix en el fet que la crisi econòmica a Alemanya ha estat comparativament menor que en altres països de l'entorn europeu. I això explicaria el seu menor impacte sobre el sistema de CLD. Tanmateix, l'elevat nivell de protecció del sistema Alemany (a causa del seu fons de reserva) el podria haver salvaguardat de les contingències econòmiques inesperades que pugui haver ocasionat la crisi econòmica:

No hi ha hagut massa influència per la crisi econòmica comparat amb Europa. Crec que Alemanya no ha estat tan colpejada per la crisi econòmica com ho han estat Espanya o Grècia. Igualment, el sistema de CLD alemany disposa de tres milions d'euros per a temps dolents. Per tant, si hi ha menys diners, es pot pagar durant un any. Això és per llei. Aquest sistema està molt regulat i protegit pel Govern.

Un altre dels aspectes assenyalats pels entrevistats en referència a la singularitat de la naturalesa del model de cura alemany —i que podria explicar el perquè tant de l'expansió del sistema de les CLD com de l'escàs ressò de la crisi econòmica en aquest— és el fet que, a diferència d'altres sistemes de protecció social, l'assegurança de CLD es nodreix de les cotitzacions fetes pels treballadors i empresaris. És a dir, aquest sistema no es finança a través d'impostos, sinó de cotitzacions, la qual cosa el podria haver salvaguardat de les possibles contingències econòmiques. Tal com es menciona en la cita següent:

Els sistemes de salut i de CLD són finançats per les mateixes persones i per l'assegurança, no per l'Estat com és el cas dels serveis socials, els quals són finançats a través de taxes. Per tant, si tu tens una crisi, les taxes disminueixen, l'Estat té menys diners i intenta retallar alguna cosa; això no és possible en aquest tipus d'assegurança.

Les reformes del mercat laboral aplicades per Alemanya en el període precrisi han fet possible mantenir igualment uns nivells baixos d'atur en el període postcrisi. Això podria explicar

l'estabilitat econòmica mantinguda per Alemanya durant la crisi i la seva prompta sortida d'aquesta. Com s'assenyala a continuació:

A Alemanya el 2005 va haver-hi una gran reforma del mercat laboral pel qual l'economia és més forta. Això també significa que nosaltres no haguem sofert el mateix que altres estats europeus pel que fa a la crisi econòmica. Jo crec que Alemanya va sortir bastant bé de la crisi, la qual cosa significa que hi havia diners per a les reformes. Si mires el sistema des del 2008, jo conec molt bé el sistema, no s'ha produït cap retallada sinó una extensió dels serveis.

En síntesi, es pot afirmar que l'increment de les necessitats de cura de la població pels factors descrits, la particular naturalesa del model de CLD alemany, juntament amb la voluntat política i l'escàs impacte de la crisi econòmica, són les principals variables que expliquen, segons la percepció dels entrevistats, l'expansió soferta pel sistema de CLD alemany en els últims deu anys.

6.2. El cas d'Anglaterra

6.2.1. Anàlisi de la provisió en els serveis de CLD

Evolució del nombre de cuidadors no professionals en el sector formal

Les dades relatives al sector formal de les CLD en el cas anglès inclouen tot el RU, ja que l'OCDE no disposa de dades disgregades per països, i fan referència només als cuidadors personals, definits per l'OCDE com el personal cuidador no qualificat que realitza tasques de cura personal rutinàries. Entre el període 2000-2009, les dades només recullen els cuidadors no professionals en el sector formal d'Anglaterra i Gal·les, mentre que a partir d'aquest últim any s'incorporen Escòcia i Irlanda del Nord, com s'evidencia per l'increment del nombre de places. El 2012 canvia la recollida de les dades d'alguns serveis, que passen de considerar-se residencials a domiciliaris. D'altra banda, les dades que fan referència al Nord d'Irlanda i Escòcia per a l'any 2014 i 2016 són estimades. Les dades inclouen el personal cuidador de serveis a domicili, serveis comunitaris i serveis residencials. A la taula 23 s'observa el nombre total de cuidadors personals en el sector formal de la cura en els serveis residencials i domiciliaris. El nombre total de cuidadors formals, en nombres absoluts, en el període 2000-2008 —i abans d'ampliar-se la comptabilitat a la resta del RU— passa de 145.419 a 99.061; és a dir, 46.357 cuidadors o un 31,9% menys de cuidadors. Entre el 2010 (després de

l'increment de cuidadors a conseqüència del canvi en la comptabilitat) i el 2016, la reducció total és del 22,6%.

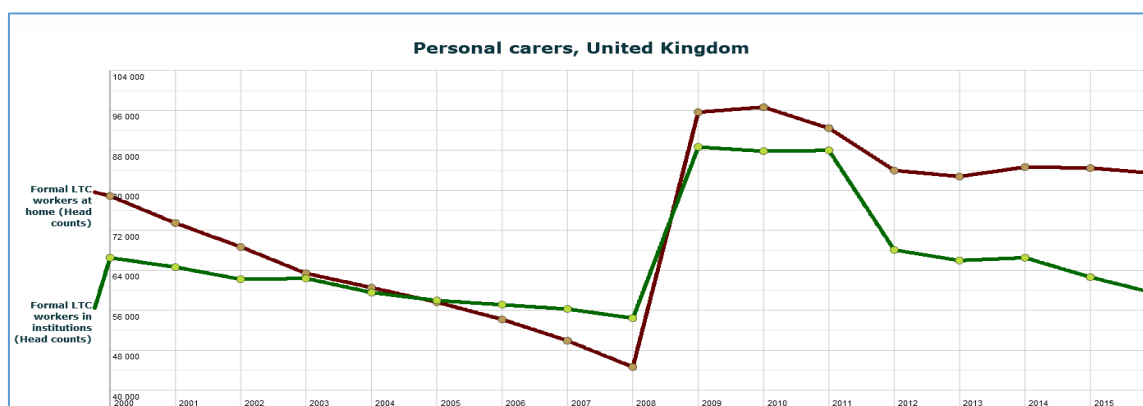
Taula 23. Evolució del nombre total de treballadors en el sector formal de la cura domiciliària i institucional al RU entre 2000-2016.

Any	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016																
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																
Treballadors SAD	78,894	73,469	-5.4	68,701	-6.5	68,701	0.0	60,350	-11.9	57,632	-4.8	54,185	-6.0	49,933	-7.8	44,642	-10.6	95,664	114.3	96,686	1.1	92,447	-4.4	84,000	-9.1	82,793	-1.4	84,678	2.3	84,494	-0.2	83,411	-1.3
Serveis Residencials	66,525	64,646	-1.9	62,215	-3.8	62,388	0.3	59,369	-4.5	57,960	-2.7	57,120	-1.4	56,242	-1.5	54,419	-3.2	88,684	63.0	87,854	-0.9	88,011	0.2	68,091	-22.6	65,976	-3.1	66,530	0.8	62,636	-5.9	59,394	-5.2
TOTAL	145,418	138,115	-5.0	130,916	-5.2	131,089	0.1	120,119	-8.4	115,992	-3.8	111,305	-3.7	106,175	-4.6	99,061.0	-6.7	184,348	86.1	184,540	0.1	180,458	-2.2	152,091	-16.0	148,769	-2.2	151,208	1.6	147,130	-2.7	142,805	-2.9

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD.Stat. 2013-1016: dades estimades.

En el gràfic 48 es visualitza clarament la reducció del personal cuidador a partir de l'any 2000 en ambdós tipus de serveis, a domicili i residencials, tot prenent en consideració l'increment el 2009 ocasionat pels canvis en la recollida de dades. Aquesta davallada continua a partir de 2010, sobretot en el sector de serveis residencials.

Gràfic 48. Evolució del nombre total de cuidadors en el sector formal de la cura domiciliària i institucional al RU entre 2000-2016.



Font: Database and Utilisation. OCDE. Data de consulta el 28 d'octubre de 2017.

Evolució del nombre de places en equipaments residencials amb finançament públic

Les dades següents cobreixen la totalitat de serveis residencials de cura al RU. En el període 2003-2016 hi ha una reducció total del 0,2% del nombre de places residencials; en el període

2003-2007, la reducció és de l'1,4%; mentre que del 2007 al 2016 les places s'incrementen un 1,2% (vegeu la taula 24).

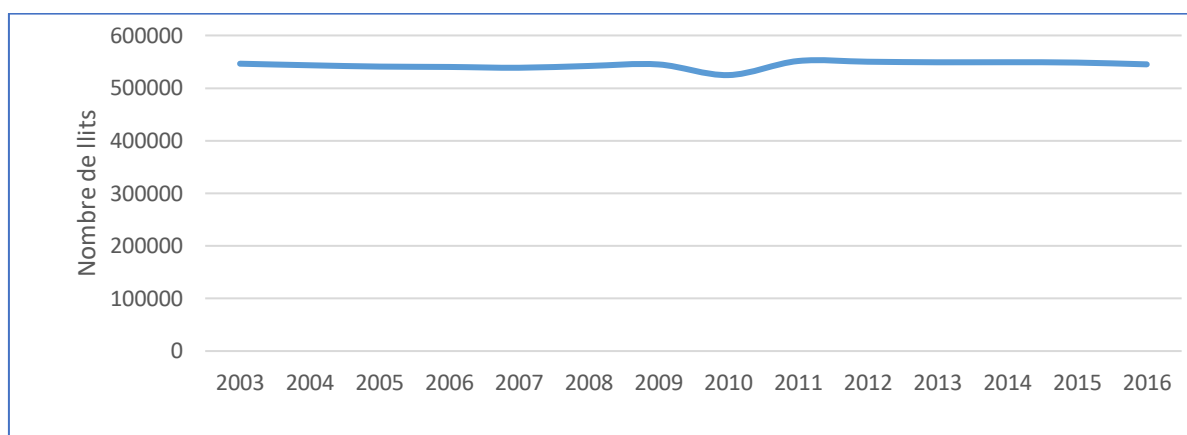
Taula 24. Evolució del nombre total de places residencials al RU en el període 2003-2016.

any	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016													
Variable		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%													
Llits de CLD en Ser. Residencials	546273	543285	-0.5	540821	-5.0	540102	-0.1	538570	-0.3	541978	0.6	544842	0.5	524609	-3.7	551363	5.1	550005	-0.2	548973	-0.2	549089	0.0	548397	-0.1	545010	-0.6

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD.Stat. (milers).

El gràfic 49 mostra com la reducció de llits en el total del període és gairebé inapreciable, tot i la lleugera davallada entre 2009 i 2011.

Gràfic 49. Evolució del nombre total de places residencials al RU entre 2003-2016.

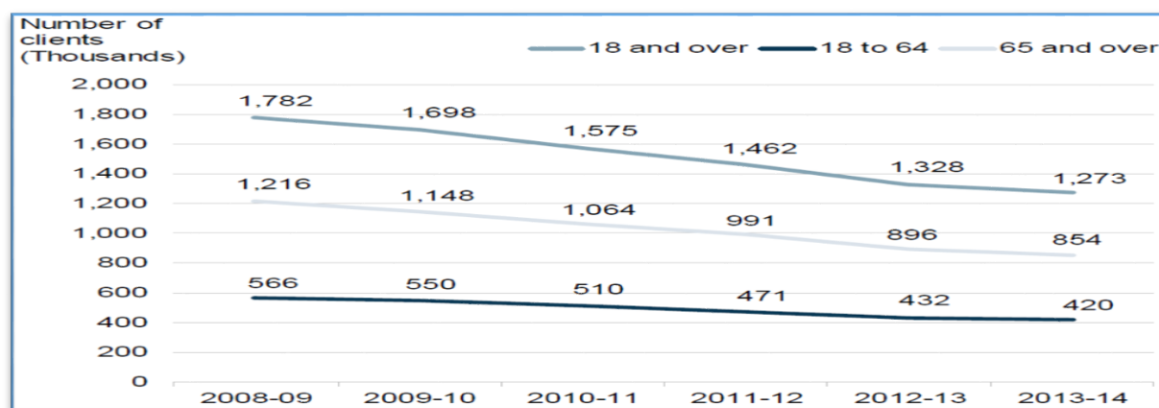


Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'OCDE.

Evolució del nombre total de beneficiaris a Anglaterra segons el tipus de servei

A continuació s'analitzen les dades aportades pel *Health & Social Care Information Centre* pel que fa a l'evolució del nombre total de beneficiaris atesos i que han rebut serveis socials municipals de cura d'adults en el període 2008-2014. Les dades d'aquest apartat, a diferència de l'anterior, fan referència exclusivament a Anglaterra. En termes generals, l'evolució anual indica una reducció progressiva d'usuaris atesos, segons mostra el gràfic 50. Durant el període 2008-2014, un total de 509 mil persones (el 28,56%) han deixat de rebre serveis. El fet més cridaner és que la retallada afecta sobretot el grup de persones de més de 64 anys (el grup més vulnerable), el qual es redueix en 362 mil beneficiaris, una davallada de gairebé el 30% en relació amb el 2008.

Gràfic 50. Evolució del nombre total de beneficiaris a Anglaterra entre 2008-09 i 2013-14.



Font: Referrals, Assessments and Packages of Care Return. Community Care Statistics: Social Services Activity. Health & Social Care Information Centre.

Evolució del nombre total de benefici segons el tipus de provisió

A la taula 25 s'aprecia el predomini de serveis domiciliaris en la provisió. L'any 2008 el nombre total de beneficiaris de serveis era de gairebé 1,8 milions de persones, dels quals el 86% rebien serveis domiciliaris i un 14% eren atesos en residències. Entre 2008-2014, el nombre total de persones que reben serveis a domicili es redueix en 480 mil persones (un 31% menys) i el nombre de persones que rebien serveis residencials també descendeix en 29 mil (un 11,6%) en el mateix període, cosa que evidencia una davallada global de beneficiaris en el sistema.

Taula 25. Nombre de beneficiaris per serveis de cura a Anglaterra entre 2008-13.

Tipologia de servei	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Serveis a domicili	1532	1464	1340	1231	1102	1052
Serveis residencials	250	234	235	231	226	221
TOTAL	1782	1698	1575	1462	1328	1273

Font: elaboració pròpia a partir de Referrals, Assessments and Packages of Care Return. Community Care Statistics: Social Services Activity. Health & Social Care Information Centre, England. (en milers).

6.2.2. Anàlisi dels canvis normatius

Com s'aprecia a la taula 27, els canvis normatius introduïts en el sistema de CLD anglès en el període 2008-2017 en l'àmbit de la gent gran són: el *Green Paper (Shaping the Future of Care Together)*, l'informe Dialnot (*Caring for our Future: Progress Report on Funding Reforms*) i

la nova Llei de cura (*Care Act, 2014*). I en l'àmbit de la discapacitat: la Llei del Departament de Treball i Pensions de la Reforma de Benestar del 2012 (*Welfare Reform Act*). Els informes corresponents a l'àmbit de gent gran no constitueixen lleis, sinó que fan recomanacions i propostes de millora. L'informe Dialnot, *Caring for our Future: Progress Report on Funding Reforms (HM Government 2012)* assenyala la necessitat de: (a) limitar el pagament del cost de la cura durant el cicle vital a una quantia màxima (entre 25.000 i 50.000 lliures); (b) ampliar el sostre econòmic d'accés a suport públic (de 23.500 lliures actuals a 100.000); i (c) unificar els criteris d'accés dels beneficiaris per tal de garantir la consistència i coherència del sistema. La Llei de reforma de benestar (*Welfare Reform Act*) de 2012 afecta sobretot les prestacions econòmiques, en modificar els criteris d'accés i determinar l'avaluació periòdica de les persones amb discapacitats. La *Care Act* de 2014 unifica la gran dispersió normativa existent fins al moment en matèria de CLD i intenta crear un marc normatiu comú que doni resposta a les actuals necessitats de la població dependent. Vegem, a continuació, els canvis més significatius aportats per les dues últimes lleis en cadascuna de les dimensions d'anàlisi de la recerca des del 2008.

Llei de cura de 2014 (Care Act)

Dimensió 1. Naturalesa i principis del sistema

- a) *Reforçament del principi de prevenció i promoció del benestar*: la nova llei fa especial èmfasi en la prevenció i en la promoció del benestar i el deure de les entitats locals de garantir la cobertura de les necessitats de cura de tota la població.
- b) *Obligatorietat de respectar la lliure elecció*: la llei obliga els ens locals a respectar la tria entre rebre un servei o el pagament de prestacions econòmiques (o el *personal budget* o el *direct payment*).

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Ampliació d'accés als cuidadors*: s'amplia l'accés als cuidadors creant-los un barem de valoració específic. Els curadors passen a tenir dret a ser valorats i a rebre per escrit un pla d'atenció amb el nivell de suports i serveis que necessiten. Els criteris d'elegibilitat per als curadors inclouen els aspectes següents: tenir un deteriorament de la seva salut física o mental; tenir capacitat per dur a terme responsabilitats de cura d'un infant o adult; mantenir un ambient familiar adient; gestionar i mantenir la pròpia nutrició; desenvolupar i mantenir

relacions familiars o personals; participar en activitats laborals, formatives, educatives o de voluntariat; fer ús d'instal·lacions i serveis de la comunitat; o participar en activitats recreatives.

- b) *Ampliació de l'accés*: la llei unifica els criteris i amplia l'accés als graus més baixos en referència amb el barem anterior (*Fair Access to Care Eligibility bands 2002*). Amb els nous criteris d'accés (o nou barem), les persones no han de trobar-se en una situació crítica, substancial o moderada per accedir-hi, sinó que poden fer-ho a partir de nivells de necessitat de cura menys elevats (vegeu la taula 26 amb l'anàlisi comparativa dels canvis en els criteris d'accés o barem). A la taula s'observen les diferències entre els criteris d'accés de les dues normatives. La *Fair Access to Care Eligibility Bands* donava un ampli marge a les entitats locals a l'hora de decidir en quina banda situaven el suport i l'accés, i això produïa fortes desigualtats territorials. La nova llei estableix un únic criteri, que es correspon amb la banda més baixa de la normativa anterior, la qual cosa vol dir que s'amplia la cobertura als nivells de necessitat més baixos i s'incideix, per tant, en la prevenció.

Taula 26. Canvis en els criteris d'accés o barem a Anglaterra fins al 2017.

criteris d'accés	<i>Fair Access to Care Eligibility bands 2002</i>	<i>The Care Act 2014</i>
Crítica	<p>Es dona o pot donar-se:</p> <p>La vida està (o pot estar) amenaçada. Problemes importants de salut. No control de l'entorn immediat. Situacions d'abús o negligència. Incapacitat de realitzar la cura personal bàsica o rutines domèstiques. Incapacitat de desenvolupar activitats laborals, educatives o formatives. Manca dels sistemes de suport i de relacions socials. Manca de capacitat per mantenir els rols familiars i socials.</p>	<p>La necessitat de suport és conseqüència d'un deteriorament físic, mental o d'una malaltia que té com a conseqüència que la persona no pugui realitzar sense ajuda dues o més de les activitats socials o personals següents, cosa que produeix un fort impacte en el seu benestar: Gestionar i mantenir una bona nutrició. Mantenir la higiene personal. Gestionar la necessitat de la utilització del WC. Vestir-se de forma adequada. Mantenir la seguretat en el seu entorn i mantenir les condicions d'habitabilitat en el domicili.</p>
Substancial	<p>Es dona o pot donar-se:</p> <p>Un control parcial de l'entorn immediat. Abús o negligència. Incapacitat de dur a terme la majoria d'activitats de cura personal o rutines domèstiques, o de participar en activitats laborals, educatives o formatives. Manca dels sistemes de suport social i de relacions personals, i de capacitat per desenvolupar els rols familiars o socials.</p>	<p>Desenvolupar i mantenir relacions familiars o altres relacions personals. Accedir i dur a terme activitats laborals, formatives, educatives o de voluntariat. Fer ús d'instal·lacions o serveis comunitaris que incloguin el transport públic o serveis d'esbarjo i lleure. Dur a terme responsabilitats de cura d'adults o nens.</p>
Moderada	<p>Hi ha o pot haver-hi:</p> <p>Incapacitat per dur a terme algunes de les activitats de cura personal o rutines domèstiques. Manca de capacitat de realitzar activitats laborals, educatives o formatives. Manca d'alguns dels sistemes de suport social i relacional. Incapacitat de realitzar alguns dels rols familiars i socials.</p>	

Baixa	<p>Hi ha o pot haver-hi:</p> <p>Una incapacitat de dur a terme una o dues de les activitats de cura personal o rutines domèstiques. Activitats relacionades amb el treball, l'educació o l'aprenentatge. Manca d'un o dos dels sistemes de suport social i de relacions personals, i manca de capacitat per desenvolupar una o dues responsabilitats socials o familiars.</p>	
-------	---	--

Font: elaboració pròpia a partir de la legislació consultada.

Dimensió 3. Provisió de serveis i prestacions

- a) *Creació dels serveis d'assessorament i suport legal (advocacy):* els serveis municipals han de proveir d'un suport legal gratuït a les persones que ho sol·licitin quan creguin oportú recórrer les decisions dels ens locals perquè no s'ajusten a les seves necessitats.
- b) *Obligatorietat de protecció en situacions de vulnerabilitat:* els ens locals estan obligats a iniciar un procediment legal d'incapacitació en situacions d'especial vulnerabilitat cap aquelles persones exposades a negligència o abús, per tal de vetllar per la salvaguarda dels seus drets.

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Creació de mecanismes de control de la despesa:* es crea una comissió comunitària de cura (*Care Community board*) en els municipis, que té com a finalitat supervisar els plans de suport de cura realitzats pels treballadors socials, per tal de garantir l'eficiència econòmica del sistema.
- b) *Millora del finançament i ajornament del pagament:* s'amplia de 23.500 a 72.000 lliures el sostre econòmic a partir del qual es pot accedir a finançament públic. La Llei estableix un topall o quantitat màxima del cost dels serveis per evitar que les persones amb dependències severes en quedin excloses perquè no poden afrontar el pagament. Aquesta mesura, però, no es farà efectiva fins a l'abril de 2020 a causa dels problemes de finançament del sistema. Pel que fa al pagament dels serveis, les persones passen a poder optar que el Govern ajorni el cobrament de les despeses originades per la seva cura fins després de morir, la qual cosa les allibera de l'obligatorietat de vendre la llar en vida per fer front a aquestes despeses.

Llei de reforma de benestar de 2012 (Welfare Reform Act)

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Enfortiment dels criteris i la condicionalitat en l'accés a les prestacions econòmiques per a persones amb discapacitat*: per poder tenir accés a la nova prestació econòmica — la *Personal Independent Payment (PIP)*, que substitueix la *Disability Living Allowance (DLA)*—, les persones amb discapacitats han de sotmetre's a una revisió del seu estat de salut. Aquesta avaluació té com a finalitat actualitzar els nivells d'afectació. Igualment, el pas de la prestació *Severe Disability Premium (SDP)* a *Universal Crèdit (UC)* o a *Employment and Support Allowance (ESA)* suposa l'obligatorietat de ser revisades i estan condicionades a la realització d'activitats de millora de l'ocupabilitat i d'inserció laboral.

Dimensió 3. Provisió de serveis i prestacions

- a) *Retallada de la quantia de les prestacions per discapacitat*: el canvi de la DLA pel PIP i de l'SDP i ESA per l'UC, també pot suposar una retallada en la quantia de la prestació si en la valoració es considera que les necessitats de suport han variat.

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Introducció d'un sistema sancionador*: la llei estableix un règim de penalització econòmica de tres nivells per a les persones que infringeixin la normativa.

Taula 27. Síntesi dels principals canvis legislatius en el sistema de CLD anglès entre 2008-2017.

Dimensions d'anàlisi	<i>Welfare Reform Act 2012</i>	<i>Care Act, 2014</i>
1. Naturalesa i principis del sistema		a) Reforçament de la prevenció i promoció del benestar
2. Procediment d'accés i reconeixement del dret	a) Enfortiment dels criteris d'accés i condicionalitat de les discapacitats	a) Ampliació de l'accés als cuidadors b) Unificació i reducció dels criteris d'accés
3. Provisió de serveis i prestacions	a) Retallades de la quantia de les prestacions per discapacitat	a) Obligtorietat de respectar el dret de lliure elecció (ens locals) b) Obligtorietat d'informar, orientar, valorar dependents i curadors c) Creació d'un servei de suport legal independent d) Obligtorietat de protecció a la població vulnerable (ens locals)

4. Organització, gestió i finançament	a) Introducció d'un sistema sancionador	a) Creació de mecanismes de control de la despesa b) Millora del finançament i ajornament del pagament
---------------------------------------	---	---

Font: elaboració pròpia.

6.2.3. Percepció social i institucional dels canvis

Dimensió 1. Naturalesa del sistema

En general les persones entrevistades atribueixen un valor positiu als principis d'autonomia, benestar i prevenció que encapçalen la Llei de cura de 2014. Tot i així, creuen que a la pràctica la Llei no aconsegueix amb les expectatives generades al no fer-se efectius molts dels seus principis, els quals han quedat en pura retòrica, segons es fa palès en la cita següent:

Així doncs, es dona una completa discordança entre la retòrica política, tota aquesta estructura jurídica i després la realitat de les ajudes que reben o poden obtenir les persones i, en general, aquestes són molt poques, de mala qualitat i només es poden aconseguir quan la persona està en una absoluta crisi [...]. Una altra part de la nova Llei de cura és l'estratègia de prevenció; és a dir, si se suposa que hi ha d'haver una estratègia de prevenció i, tanmateix, només ofereixes serveis a les persones que estan en crisi ¿com funciona això? ¿On entra l'element de prevenció? Per tant, si observem on estan els serveis de prevenció en el sistema, veiem que aquests són bastant inexistents.

Igualment, malgrat que la Llei estableix el dret universal d'accés a totes les persones a ser valorades, informades i a rebre un pla d'intervenció, la realitat és que el principi d'universalitat no es fa efectiu. En realitat, els serveis socials no poden assumir el volum de feina que suposa l'acompliment d'aquest dret, perquè no disposen de suficient personal, tal com es fa explícit en la cita següent:

En realitat, els cuidadors no estan sent valorats. Això és un fet. Perquè no hi ha suficient personal per dur a terme les avaluacions. No se'ls fan quan se'ls haurien de fer.

Així, tot i que la Llei cerca fomentar el principi de prevenció i benestar, no desenvolupa ni estableix cap ajut orientat a aconseguir aquests objectius. Les persones continuen sense tenir dret a cap suport públic si sobrepassen el sostre econòmic prefixat. D'això es dedueix que, en realitat, el sistema continua mantenint la seva naturalesa assistencialista, orientada al suport de les persones sense recursos econòmics i sense suports socials. L'atenció queda supeditada a l'estricta comprovació de la capacitat econòmica dels usuaris i continua donant-se una alta

desinformació i confusió dels circuits d'accés, similar a la que hi havia abans de la promulgació de la Llei. Les escasses repercussions de la nova Llei de cura fan pensar que en el sistema de CLD anglès hi ha un fort *path dependence* assistencialista, tal com queda reflectit en la següent cita textual, que tot i els esforços legislatius no s'aconsegueix superar:

Jo penso que els serveis socials originàriament eren una xarxa de seguretat per als pobres. Així, aquí tenim el sistema de salut que és universal, però l'atenció social és només una xarxa de seguretat.

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Increment de les llistes d'espera*: alguns dels professionals dels serveis socials municipals entrevistats consideren que hi ha hagut un augment de les llistes d'espera, com a resultat de les retallades en la contractació de personal i de les noves responsabilitats atribuïdes als ens locals a partir de la nova Llei de cura (valoració i suport dels cuidadors o casos de protecció legal).
- b) *Restriccions i enfortiment dels criteris de valoració*: un dels canvis assenyalats com a més rellevants ha estat les restriccions i enfortiment dels criteris d'accés a les prestacions econòmiques per a persones amb discapacitat i als serveis per a persones grans. El principal criteri d'atenció en els serveis és la urgència o gravetat en l'atenció; només aquelles persones que són valorades com a prioritàries hi accedeixen de forma ràpida, en la resta de casos hi ha una llista d'espera que varia segons els municipis. D'altra banda, l'accés als serveis de tipus residencial per a persones grans està limitat a les afectacions més severes i a les persones amb requeriments de suport més elevats. A més, a partir de 2012 diverses prestacions econòmiques per a persones amb discapacitat han estat reemplaçades per unes altres. Per poder accedir a aquestes noves prestacions, les persones interessades estan obligades a sotmetre's a una nova valoració que determini si les quanties econòmiques que perceben es corresponen amb els actuals criteris de necessitat. Aquestes valoracions són dutes a terme per personal extern, contractat pel Departament de Treball i Pensions. I són tan estrictes que, a moltes persones amb discapacitat psíquiques, els han retallat o perdut l'ajuda per haver-los rebaixat o tret el nivell de discapacitat, tal com queda reflectit en la següent cita textual d'una de les persones entrevistades:

Algú pot pensar que té una discapacitat, però, realment, per a ells només tens una mica de discapacitat. Per ser discapacitat no has de ser capaç ni de rentar-te, anar al lavabo,

alimentar-te per tu mateix, parlar o caminar. Si tu no pots fer totes aquestes coses, llavors reps la prestació completa, si només tens dues o tres coses d'aquestes llavors en reps la meitat.

Dimensió 3. Provisió de serveis i prestacions

- a) *Retallades en els serveis públics:* d'acord amb els professionals que treballen en els serveis socials municipals, la provisió de serveis públics ha estat un dels sectors més afectats per les retallades en els últims anys.

L'ajuntament disposava de serveis de respir a casa i d'assistència domiciliària. Ara tot això s'ha acabat, els van tancar fa dos anys, de manera que ara tots els serveis són privats. Pel que fa a atenció residencial, fa anys, almenys vuit, que van desaparèixer les residències propietat del municipi, però fins fa dos anys teníem serveis residencials de descans. Des de fa dos anys les van tancar, per tant, ara tot depèn del sector privat i d'on hi hagi un llit.

Segons la percepció dels professionals entrevistats, a partir de l'any 2012 les retallades s'intensifiquen i s'estenen als serveis comunitaris: transport municipal per al desplaçament a equipaments diürns; menjars a domicili; centres d'atenció diürna o respirs familiars domiciliaris. Les entitats socials tampoc han estat alienes a aquesta situació. Molts dels serveis comunitaris que eren proveïts per organitzacions voluntàries han desaparegut o s'han reduït dràsticament per la manca de suport econòmic per part de l'Administració. Això ha provocat que molts dels àmbits de provisió coberts tradicionalment per entitats socials estiguin actualment proveïts per empreses privades. L'esvaïment de moltes d'aquestes entitats dedicades a serveis d'esbarjo, associacions culturals i lúdiques en el sector de la discapacitat ha suposat una pèrdua significativa per al teixit social i el suport comunitari.

Ja no disposem d'autobusos per dur les persones a centres de dia, per tant elles han de pagar un taxi o els ha de dur la família. Abans teníem molts autobusos que recollia la gent a casa, els duïa al centre i els retornava després al domicili. Ara tot això s'ha acabat, fa aproximadament dos anys es va acabar. ¿què mes? Els serveis de dia també han estat retallats dràsticament. I la pitjor cosa, el sector voluntari. Sempre havíem confiat moltíssim en el tercer sector voluntari per prestar serveis que no complien els requisits d'accés públic. Però l'Estat n'ha retallat el finançament, per tant ja no hi són, cada parell de mesos

tanca una entitat sense afany de lucre amb la qual nosaltres treballàvem, això és una llàstima.

- b) *Priorització dels serveis de menys cost:* darrere dels principis de prevenció, autonomia i de promoció d'una vida independent hi ha l'estalvi econòmic com a última finalitat. Una altra de les estratègies utilitzades pels serveis municipals per reduir costos ha estat mantenir les persones el màxim de temps possible en el domicili i poder estalviar així l'elevat cost dels serveis residencials, com expressa un dels entrevistats:

Jo crec que un altre dels canvis és amb els serveis residencials. Majoritàriament en l'atenció residencial els criteris d'ingrés s'han endurit. Realment s'ha de ser incapaç d'anar al lavabo per poder entrar en una residència. Si pots anar al bany per tu mateix, llavors pots estar-te a casa. Això ha anat canviant amb els anys. Això s'ha endurit. Ara tenim moltes més persones a la comunitat que fa uns anys haurien estat en una residència, però ara és molt més difícil obtenir-hi finançament, molt més difícil.

- c) *Reducció general de l'oferta privada de serveis:* les retallades també han afectat el sector privat de la provisió. Segons es desprèn de la conversa amb una de les persones entrevistades, en els últims anys, s'ha produït una davallada important en els preus de compra de serveis del sector públic al privat. En contra, han augmentat considerablement les necessitats de cura de les persones. Aquest conflicte d'interessos econòmics entre proveïdors privats i el sector públic ha derivat en un creixement de la precarietat laboral del sector i han fet que molts dels proveïdors privats instal·lats en les àrees rurals hagin desaparegut. L'abaratiment dels preus en la compra de serveis també ha donat pas a una important pèrdua de la seva qualitat, com a resultat de la recerca d'abaratiment de costos i maximització de beneficis per part de les empreses. Aquesta manca de provisió estaria contribuint alhora a la sobrecàrrega d'altres serveis. Això queda reflectit en la cita següent:

A la comunitat, com he dit, és més difícil trobar serveis de cura i obtenir una atenció de bona qualitat [...]. Especialment a les zones rurals, com més rural és la zona on vius més difícil és trobar serveis de cura. Les persones grans que ingressen a l'hospital, es queden a l'hospital molt més temps del que haurien de ser-hi, cosa que succeeix a escala nacional. He escoltat històries de persones que s'han quedat a l'hospital perquè no poden aconseguir cura a casa.

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Reducció en les ràtios de professionals i augment de les càrregues de treball*: la percepció dels professionals que treballen en l'atenció directa és que, en els últims quatre anys, s'han produït importants retallades de personal en els equips de treball, per la manca de cobertura de les baixes per jubilació o finalització de contracte. Això estaria provocant una sobrecàrrega important en els equips i un alentiment de la feina: «tot va més a poc a poc». A la vegada, les exigències generades per la nova Llei de cura han fet que les càrregues laborals no es corresponguin amb la capacitat real dels equips de treball. Això ha motivat que els professionals s'hagin vist obligats a incrementar la seva jornada laboral de forma involuntària per poder tirar endavant l'excessiu volum de feina. Una de les càrregues percebudes com a més punyents ha estat la tramitació per via judicial dels casos d'incapacitació legal per abandonament, abús o negligència. La percepció dels professionals és que el nombre de casos de protecció (*safeguarding*) i de persones amb necessitats severes de cura s'ha incrementat exponencialment en els últims anys, i això estaria provocant una incapacitat real de donar-los resposta, com s'evidencia a continuació.

Això generalment significa que els professionals treballen molt més intensament, moltes més hores per fer la feina. Aquesta oficina obre a les 7 del matí fins a les 7 de la tarda. Jo normalment marxo al voltant de les 7 i encara hi ha treballadors socials als qui he de dir “vinga necessites marxar cap a casa” perquè hi ha massa feina i no hi ha suficients professionals, i jo diria que això es dona en tot el país.

- b) *Introducció de nous mecanismes de control*: la introducció de la Comissió de Cura a finals de l'any passat ha estat percebuda pels professionals més com un mecanisme de control, dirigit a procurar l'eficiència econòmica del sistema i evitar el malbaratament dels recursos públics, que com un suport professional.
- c) *Retallades en el finançament dels ens locals*: els professionals dels Serveis Socials d'Adults, encarregats de les valoracions i de la gestió de la compra dels serveis, han vist reduir el finançament públic any rere any, sobretot en els últims cinc anys. Els municipis han estat obligats a aplicar una política d'austeritat i d'estalvi justificada per la necessitat de l'eficiència del sistema que els ha suposat l'aplicació d'importants retallades, com ja s'ha fet esment en la compra de serveis externs.

Hi ha hagut una considerable retallada en la despesa dels serveis municipals, i això ha produït una retallada de la despesa en serveis socials, particularment en els adreçats a la gent gran.

- d) *Increment del copagament dels usuaris:* un altre dels canvis detectats ha estat l'increment de les quotes o aportacions de l'usuari per accedir als serveis. Anteriorment, la quantia que pagaven els usuaris es calculava tenint en compte les despeses personals, i se'ls deixava una quantitat mínima per a despeses personals, anomenada *diners de butxaca*, al voltant d'un 30% dels seus ingressos. En els últims anys, l'usuari ha de pagar gairebé el 100% dels seus estalvis, cosa que li suposa no disposar de diners de butxaca per a despeses personals.

L'únic altre canvi que s'ha produït en els últims quatre anys és el relacionat amb l'increment en els copagaments dels serveis, ara carreguem molt més pels serveis que abans [...]. El sistema de cura ha canviat per l'increment de les càrregues, sí. Abans solíem mirar els ingressos de les persones i les despeses i els deixàvem alguna cosa, els carregàvem un 70%, ara és el 100%, això és un gran canvi en el sistema.

6.2.4. Factors explicatius dels canvis

En el sistema de CDL anglès es poden distingir dos conjunts de factors que explicarien els canvis i reformes en el sistema. D'una banda, els factors relacionats amb l'ampliació i millora del sistema i que haurien impulsat la promulgació de la Llei de cura del 2014. I, de l'altra, el conjunt de factors relacionats amb l'enfortiment dels criteris d'elegibilitat; amb la reducció de la protecció envers les persones amb discapacitat; amb les dificultats en la implementació de les reformes legislatives de la nova Llei de cura; i amb les retallades i la reducció del sistema. El conjunt de factors que explicarien l'ampliació i millora del sistema —a partir de les reformes legislatives implementades per la nova Llei de cura— es podrien definir de llarg recorregut, ja que tenen a veure amb les desigualtats territorials preexistents, les arbitrarietats en l'accés i la provisió de serveis. També formarien part d'aquest conjunt de factors, la intensificació del debat polític i social en els últims anys arran de les crítiques cap al model i el seu finançament. Model orientat bàsicament al suport dels més pobres, altament assistencialista i exclouent, que deixa fora una bona part de la població; expulsa sobretot les classes mitjanes, que es veien obligades a vendre el seu patrimoni en vida per costejar-se la cura en el mercat.

En la cita següent queden reflectides, segons un dels entrevistats, les desigualtats territorials i l'arbitrarietat en la implementació dels criteris d'elegibilitat descrites anteriorment:

Les preocupacions sobre les desigualtats eren conegudes com la loteria del codi postal. Atès que unes persones podien viure a un costat del carrer i obtenir una atenció bastant generosa i, a l'altre costat, amb una altra autoritat local, no estar cobert i no tenir cura. O si algú es traslladava a viure d'una zona a una altra, podien perdre la seva atenció, i això s'havia tornat molt controvertit, de manera que va ser el motiu principal de la reforma al voltant dels criteris d'elegibilitat.

Tal com s'ha fet esment en el paràgraf anterior, les controvèrsies sorgides a partir de qüestions com la justícia o l'equitat en l'accés al sistema o la qualitat dels serveis haurien constituït pressions significatives, de llarg recorregut, que explicarien les reformes legislatives implementades. Aspectes que queden reflectits en la cita següent:

La qüestió sobre l'equitat en la comprovació de la capacitat econòmica i si les persones havien d'estar obligades a vendre casa seva per pagar-se la cura, havia estat una de les principals preocupacions des de feia més de 20 anys. Per tant, els problemes que motiven els canvis legislatius no eren quelcom nou, tenien un llarg recorregut; i, de tant en tant, el tema era motiu d'un considerable debat polític. La qualitat tant en l'atenció sanitària com en les cures socials va convertir-se en un gran problema, hi va haver grans escàndols en algunes residències de gent gran i també en hospitals.

Entre els factors de llarg recorregut que podrien explicar l'ampliació del sistema de CLD es trobarien igualment els de caràcter sociològic i demogràfic, lligats a l'increment de les necessitats de cura per l'envelliment i sobreenvelliment de la població.

Això és causa del creixement demogràfic en gent gran, un enorme, enorme... Aquí [en el centre], si algú tenia 100 anys, era, ual·la! Ara, ja no en fem cas; 104, 105... Això ha estat un canvi increïble. Això té a veure amb la tecnologia mèdica, expandeix la vida de les persones.

Des d'aquest punt de vista, les reformes serien el resultat de l'augment de les necessitats de cura d'una societat cada cop més envellida i sobreenvellida per la millora de les condicions de vida i dels avanços tecnològics i científics dels últims anys. Aquests canvis —que permeten a les persones de viure més anys, tot i patir malalties cròniques i invalidants— obligarien els governants a incrementar els suports de cura, per tal de poder donar resposta a les noves necessitats (o *nous riscos socials*) sorgides en societats del benestar cada cop més envellides.

Altres factors apuntats en les entrevistes que podrien explicar les retallades en el sistema o la incorrecta implementació de la nova Llei de cura del 2014, estarien vinculats, d'una banda, a l'elevat impacte de la crisi financera en l'economia anglesa i, de l'altra, a factors de tipus polític. Pel que fa al primer, l'extensió del sector financer hauria causat una minva important dels ingressos públics via impostos i un fort increment de la despesa governamental com a resultat del rescat i la compra d'alguns dels principals bancs del país. Això explicaria el substancial augment del dèficit i l'elevat endeutament públic anglès, inclús molt després de la crisi. I així queda reflectit en el que expressa una de les persones entrevistades:

Les retallades s'han produït perquè el Govern estava tenint un dèficit enorme després de la crisi econòmica. L'acumulació del dèficit en el finançament públic i la despesa pública és el que està darrere de la decisió de les retallades; perquè part de l'economia era en el sector financer, en el qual la Gran Bretanya era forta. I aquest va ser particularment colpejat per la crisi econòmica i el motiu pel qual els ingressos fiscals van caure considerablement deixant un dèficit que no era sostenible a llarg termini.

L'anàlisi temporal sobre l'impacte de la crisi i la implementació de les reformes deixa entreveure el segon dels factors explicatius apuntat en el paràgraf anterior. De fet, la percepció dels entrevistats és que les repercussions de la crisi econòmica no es deixen sentir de forma immediata, sinó que més aviat les reformes s'implementen de forma progressiva i es troben relacionades amb factors de caràcter polític i ideològic. Com s'aprecia en la cita que segueix, el principal objectiu del programa polític del nou Govern l'any 2010 va ser la reducció del dèficit públic a través de polítiques d'austeritat de tall neoliberal; polítiques que es tradueixen en retallades importants en els serveis públics i, entre ells, els serveis de cura social:

El govern va pensar que havia de fer alguna cosa per aquest dèficit, això incloïa retallar les finances del govern local. Vull dir que, originalment, el Govern que va entrar el 2010, el govern de coalició, pretenia tancar completament la bretxa entre els ingressos fiscals i les despeses per al 2020, però com que l'economia creixia més lentament del que havien previst, van allargar-ho fins al 2022 i així successivament, i ara ja no hi ha una data establerta per a assolir l'equilibri pressupostari, així que la situació ha estat... I continua difícil.

Les persones que defensen aquest punt de vista creuen que, en la creixent precarització dels serveis públics anglesos, hi ha tingut molt a veure la càrrega ideològica dels governs conservadors i les seves conviccions sobre la necessitat de reduir el sector públic. Per a aquests, la crisi econòmica hauria servit com a excusa per acabar de desmantellar els serveis

públics, retallant tot allò que feia temps que es volia eliminar. Aquesta estratègia formaria part d'un procés i d'una ideologia que es va iniciar anys enrere amb el nou laborisme i que hauria culminat amb les mesures d'austeritat implementades per David Cameron amb l'excusa d'eixugar el dèficit públic. Com s'assenyala a continuació:

El govern conservador sempre ha sigut antiserveis, en l'últim govern conservador sota el mandat de Margaret Thatcher, ella va retallar tots els serveis públics. Això forma part de la manera de fer les coses dels conservadors.

L'últim dels factors explicatius assenyalats per les persones entrevistades guarda relació amb la teoria del *path dependence* i la resistència dels ajuntaments a l'hora d'implementar la nova Llei de cura, tal com queda palès a continuació:

La Llei de cura obliga els ajuntaments a prestar una diversificada i sostenible oferta de serveis de cura. Però el problema és que ningú controla els ajuntaments. Et podria ensenyar molts ajuntaments arreu del país que no presten serveis i, francament, no els passa res. Per tant, si hi ha una llei que diu que s'ha de fer alguna cosa, però ningú et crida l'atenció si no ho fas, millor no tenir-la.

Així doncs, tot i que hi ha una llei que obliga els ajuntaments a cobrir les necessitats de cura de les persones dependents, les arbitrarietats i la manca d'unificació de criteris en la provisió per part dels ens locals continuaria existint. El sistema continua mantenint les antigues problemàtiques i disfuncionalitats que van motivar la promulgació de la Llei, les quals no ha pogut corregir.

6.3. El cas de Suècia

6.3.1. Anàlisi de la provisió en els serveis de CLD

Evolució del nombre de treballadors i cuidadors no professionals en el sector formal

En aquest apartat s'analitza el nombre total de treballadors en el sector públic de CLD a Suècia. Igual que a Alemanya s'hi inclouen els professionals d'atenció i cura personal i els d'infermeria en tots els àmbits d'atenció (gent gran, convalescents o persones amb discapacitats) i dels serveis (atenció a domicili, centres d'atenció diürna o nocturna i serveis residencials). Les dades provenen de l'OCDE i de la base de dades de l'Associació Sueca d'Autoritats Locals i Regionals (SALAR), Estadístiques de Personal. En el període 2000-2015

el nombre de treballadors públic en les CLD suec passa de 211.764 a 237.583, un increment total del 12.2% (vegeu la taula 28). Quant a la variació del nombre de treballadors interanual, es destaca la minsa variabilitat soferta pel sector i la lleugera retallada en el tram intermedi de l'interval, el període 2006-2009.

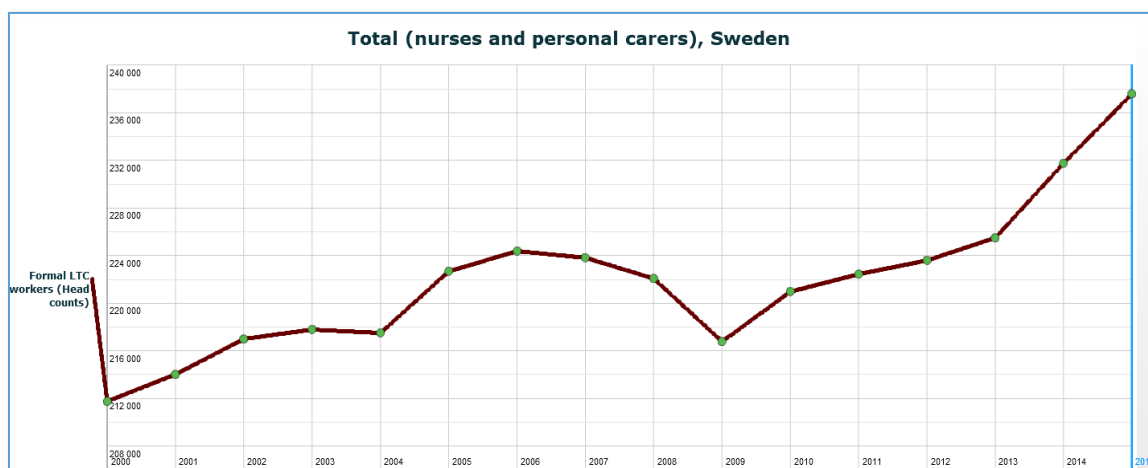
Taula 28. Evolució del nombre total de treballadors en el sector públic de les CLD a Suècia entre 2000-2015.

Year	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015															
Variable		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%															
Treballadors en el sector formal de les CLD	211764	214030	1.1	217002	1.4	217785	0.4	217502	-0.1	222686	2.4	224378	0.8	223821	-0.2	222080	-0.8	216785	-2.4	220975	1.9	222446	0.7	223597	0.5	225504	0.9	231765	2.8	237583	2.5

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD.Stat. (milers).

El gràfic 51 mostra la davallada de treballadors soferta en el període 2006-2009, reducció que arriba a gairebé el 3,5%. Tot i això, el saldo total del període resulta positiu, atès que hi ha un increment de treballadors del sector en xifres absolutes. En el període 2000-2007, l'increment és del 5,7% i entre 2007-2015, del 6,15%.

Gràfic 51. Evolució del nombre de treballadors en el sector públic de CLD a Suècia entre 2000-2015.



Font: Database and Utilisation. OCDE. Data de consulta el 28 d'octubre de 2017.

Evolució del nombre de places en equipaments residencials amb finançament públic

A la taula 29, veiem l'evolució del nombre total de places en serveis residencials públics (*nursing homes* i *care homes*) entre l'any 2000-2015 per a persones de 0-64 anys amb algun tipus de discapacitat i per a persones majors de 65 anys, a partir de les dades obtingudes per

l'OCDE de la Direcció Nacional de Salut i Benestar i la Federació de Consells Regionals Sueca. En les dades s'inclouen els llits o places residencials tant de curta com de llarga estada, i tant els d'un major suport sanitari com els adreçats bàsicament a l'atenció de les AVD. Entre l'any 2000 i el 2015 el sistema de CLD passa de tenir 150.939 places en serveis residencials a 125.386: una reducció de 25.553 places, és a dir del 17%. La davallada en places residencials s'inicia a partir de 2001 i, no obstant una petita remuntada l'any 2008, continua progressivament fins al 2015, any en què s'incrementa un 1,3%.

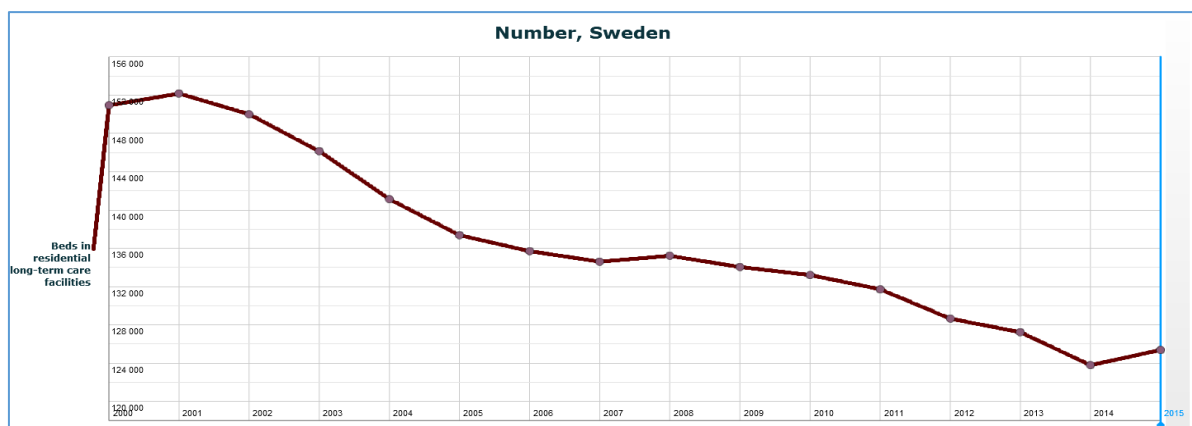
Taula 29. Evolució del nombre total de places públiques en centres residencials a Suècia entre 2000-2015.

Any	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015															
Variable	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%															
Places en residències	150939	152172	0.8	150004	-1.4	146134	-2.6	141128	-3.4	137371	-2.7	135698	-1.2	134603	-0.8	135214	0.5	134046	-0.9	133204	-0.6	131722	-1.1	128651	-2.3	127230	-1.1	123791	-2.7	125386	1.3

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD.Stat.

En el gràfic 52 pot visualitzar-se la corba que dibuixa una retallada significativa en la prestació de serveis residencials a partir de l'any 2001. Entre el 2000-2007 es produeix una davallada del 10,8% en el nombre de places residencial i entre el 2007-2015 la reducció és del 6,8%.

Gràfic 52. Nombre total de places públiques en centres residencials a Suècia entre 2000-2015.



Font: Database and Utilisation. OCDE. Data de consulta el 28 octubre de 2017.

Evolució del nombre de beneficiaris segons el tipus de servei

En aquest apartat s'analitzen la variabilitat i evolució del nombre total de beneficiaris de serveis de CLD d'atenció a domicili i residencials finançats públicament. En el còmput

s'inclouen els beneficiaris de serveis públics de totes les edats: els majors de 65 anys i els de 0-64 anys amb algun tipus de discapacitat i que reben serveis d'acord amb la Llei de serveis socials (SOL), la Llei de suport i de serveis a persones amb certes discapacitats funcionals (LSS) i la Llei de salut i serveis mèdics (HSL). Des de l'any 2000 fins al 2015, el nombre total de beneficiaris de serveis residencials disminueix en 28.052 persones, gairebé un 20%. La davallada continua durant tot l'interval analitzat, tret d'una petita recuperació l'any 2008. D'altra banda, pel que fa al nombre de beneficiaris de serveis a domicili es dona justament la situació contrària; en el període 2000-2015, hi ha un increment de 135.669 beneficiaris, és a dir, un increment del 70,2% (vegeu la taula 30).

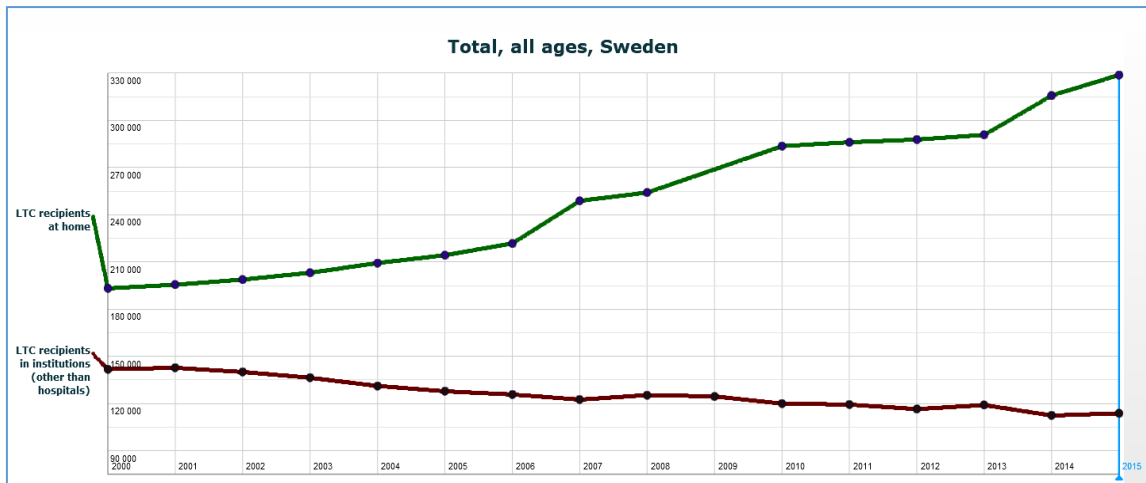
Taula 30. Nombre total de beneficiaris de serveis a domicili i residencials a Suècia entre 2000-2015.

Year	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015															
Variable	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%															
Beneficiaris de CD en institucions	141850	142691	0.6	140080	-1.8	136413	-2.6	131205	-3.8	127797	-2.6	125763	-1.6	122525	-2.6	125391	2.3	124575	-0.7	120009	-3.7	119341	-0.6	116485	-2.4	119046	2.2	112404	-5.6	113798	1.2
Beneficiaris de serveis a domicili	193189	195545	1.2	198791	1.7	203136	2.2	209337	3.1	214280	2.4	221822	3.5	248836	12.2	254137	2.1			283633	11.6	286091	0.9	287767	0.6	290767	1.0	315818	8.6	328858	4.1

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD.Stat. Nota: no hi ha dades disponibles dels serveis a domicili l'any 2009. Els anys 2007 i el 2014 es produeix un canvi en el mètode de recollida de dades.

El gràfic 53 mostra clarament el canvi de tendència en el tipus de provisió de serveis a partir de l'any 2001: mentre que els serveis a domicili s'incrementen de forma progressiva, els serveis residencials mostren una reducció continuada. L'aspecte més rellevant és l'espectacular enlairament dels serveis comunitaris i a domicili a partir de 2005. Així doncs, entre 2000-2007 i 2007-2015, els serveis residencials disminueixen un 13,6% i un 7,1%, respectivament; i els serveis a domicili i comunitaris augmenten en un 28,8% entre el 2000- 2007 i un 32,2% entre el 2007-2015.

Gràfic 53. Evolució del nombre total de beneficiaris de serveis a domicili i residencials a Suècia entre 2000-2015.



Font: Database and Utilisation. OCDE. Data de consulta el 28 octubre de 2017.

6.3.2. Anàlisi dels canvis normatius

La reforma legislativa més significativa promoguda en els últims anys pel Govern suec en l'àmbit de les CLD ha estat la Llei del sistema d'elecció en el sector públic de 2008 (LOV, en suec), introduïda el 2008 i que modifica la Llei de contractació pública de 1992. L'1 de juliol de 2009 també es reforma la Llei de serveis socials, amb l'objectiu que els cuidadors puguin gaudir de suport per part dels ens locals. Altres desenvolupaments normatius interessants han estat el desenvolupament del Programa de Millora de la Coordinació entre l'Atenció Social i la Salut dirigit a la millora de l'atenció a les persones grans amb necessitats de cures especials (atenció sociosanitària) i l'avantprojecte del Pla de Millora de la Qualitat de l'Atenció a les Persones Grans, pendent encara d'implementació (vegeu la taula 31).

Llei del sistema d'elecció del sector públic

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Implementació de la lliure elecció de proveïdor*: aquesta llei introdueix el principi de lliure elecció de proveïdor, que permet a l'usuari d'escollir entre provisió pública i privada (*customer choice model*). Aquesta normativa regula les condicions que han de regir la contractació privada de serveis per part dels municipis i els usuaris. El principal objecte de la Llei és facilitar la lliure concurrència d'empreses privades en el sector de la cura, sobretot el de gent gran. A partir de la implementació de la Llei, els usuaris poden escollir entre els serveis municipals o empreses externes proveïdores de serveis. En aquest model de gestió, el sector públic estableix els estàndards de qualitat, els preus dels serveis i les

regulacions i inspeccions dels proveïdors. Els serveis als quals es pot optar són la totalitat de serveis a domicili i residencials inclosos a la Llei de serveis socials, la Llei referent al suport i serveis per a persones amb deterioraments funcionals i la Llei de salut i serveis mèdic (HSL), aquesta última dintre de l'àmbit sanitari. A diferència de la Llei de contractació pública (LOU, 1992), aquesta nova regulació no acota un nombre màxim de proveïdors. És a dir, tots els proveïdors que compleixin amb les condicions de l'oferta pública tenen dret a concórrer-hi. Els ajuntaments han de facilitar la màxima concurrència d'empreses.

Reforma de la Llei de serveis socials

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Millora del suport als cuidadors*: la reforma de la Llei de serveis socials obliga els ens locals a millorar el suport als cuidadors de persones amb dependència.

Programa de Millora de la Coordinació entre l'Atenció Social i la Salut

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Millora de la integració i la coordinació sociosanitària*: aquesta iniciativa s'orienta a dotar de suport econòmic els municipis i governs regionals, per part del Govern central, amb la finalitat de posar en marxa programes que millorin la integració i la coordinació entre els serveis de salut i els serveis socials municipals, en l'àmbit de persones grans amb necessitats severes de cura o problemes complexos de salut.

Pla Nacional de Millora de la Qualitat per a les Persones Grans

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Millora de la qualitat*: aquest pla s'orienta a millorar la qualitat i l'efectivitat de la salut i la rehabilitació; la contractació i manteniment del personal de cura; la revisió de l'atenció residencial per a persones grans; la flexibilització de les valoracions de les necessitats de cura i la implementació de l'ús de tecnologia en l'àmbit de la cura per a les persones grans.

Taula 31. Principals canvis legislatius en el sistema de CLD suec entre 2008-2017.

Dimensions d'anàlisi	Llei del sistema d'elecció del sector públic 2009	Reforma de la Llei de serveis social 2009	Programes/Pla de Millora de la Qualitat i Coordinació 2010-2015
2. Procediment d'accés i reconeixement del dret		a) Ampliació d'accés als cuidadors	
4. Organització, gestió i finançament	a) Implementació lliure de l'elecció del proveïdor de serveis		a) Millora de la qualitat b) Millora de la integració i la coordinació sociosanitària

Font: elaboració pròpia a partir de la literatura especialitzada consultada.

6.3.3. Percepció social i institucional dels canvis

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

a) *Enfortiment dels criteris d'accés*: les restriccions de l'accés als serveis en els últims deu anys ha estat, segons la percepció de les persones entrevistades, un dels canvis més rellevants en el sistema. L'enfortiment en els criteris aplicats pels treballadors socials municipals a l'hora d'avaluar les necessitats s'ha donat tant en la franja dels nivells de necessitat més baixos com en els més elevats. El sistema només permet l'accés als serveis residencials a aquelles persones que viuen en el domicili i es troben en una situació de risc social, a conseqüència dels alts nivells de necessitat de cura (malalties cròniques greus, cures paliatives o demències). Les persones que ingressen en un centre residencial són les que es troben al final de la vida o aquelles en què la gravetat del seu estat de salut no els permet continuar vivint en el domicili. Si no és aquest el cas, s'intenta que la persona romangui el màxim temps possible en el domicili amb serveis de suport. Això ha motivat que la mitjana d'estades a centres residencials s'hagi reduït considerablement en els últims anys, segons queda reflectit en la cita següent:

El sistema no és tan bo com era fa deu anys. Deu anys enrere, tu podies tenir només un petit problema i... Sí, t'era permès viure aquí en aquesta residència. Però ara, has d'estar realment malalt o patir demència. Si tens demència, encara que estiguis en bones condicions físiques pots ingressar; però si no tens demència, has d'estar realment, realment, realment malalt, i pot ser que només visquis dos o tres mesos. Per tant, ara la gent viu en una residència set o vuit mesos i després es mor, perquè està realment malalta i vella. Deu anys enrere la mitjana de temps que les persones vivien en una residència

era de dos o tres anys [...], per tant, en aquest sentit, no tothom pot viure en una residència. En lloc d'això algú va a casa de la gent i els ajuda.

Les restriccions en l'accés als serveis es fan igualment paleses en les dificultats a l'hora d'obtenir serveis de tipus comunitari (com ara l'assistent personal o la persona de contacte) per al suport a les persones amb discapacitat. Tal com refereix una treballadora social dels serveis per a persones amb discapacitat municipals:

La forma en què apliquem la Llei és diferent ara. Som molt més forts i trobem maneres d'argumentar com podem dir que no a les sol·licituds [...]. Crec que ara és més difícil aconseguir serveis socials com l'atenció a domicili o la persona de contacte, perquè el que intentem argumentar és que la persona no té necessitat d'això. Però deu anys enrere potser estariem argumentant que la persona en té necessitat. La llei és la mateixa, però la forma en què l'apliquem i la forma en què nosaltres veiem les necessitats que la persona té és diferent.

Les restriccions i enfortiment en l'accés als serveis es troben modulades per la disponibilitat pressupostària dels serveis municipals. Quan el pressupost s'esgota, les ajudes tendeixen a reduir-se o denegar-se fent al·lusió a motius diversos, la qual cosa comporta que es deixen de cobrir les necessitats reals de les persones sol·licitants. L'enfortiment en els criteris d'accés als serveis s'ha acompanyat d'una mercantilització del sistema. Es tendeix a deixar en mans del sector privat la prestació de serveis a domicili, utilitzant fórmules orientades a encoratjar la compra de serveis (com ara la bonificació directa d'impostos). En síntesi, l'enfortiment dels criteris d'accés als serveis ha estat un dels principals mecanismes utilitzats per l'Administració per reduir-los progressivament. La recerca de la reducció de costos i de l'eficiència econòmica del sistema públic ha donat pas a la provisió privada o mercantilització; i alhora, tal com es fa explícit a continuació, hi ha una tendència generalitzada a la prestació de serveis de tipus comunitari:

La meva experiència és que l'accés als serveis és més difícil avui en dia, amb això el que vull dir és que la ciutat d'Estocolm té contractes amb moltíssims proveïdors de serveis diferents. I està ple de places residencials lliures, però l'avaluació que nosaltres fem, en la meva opinió, restringeix l'accés. Passa sovint que nosaltres rebutgem les sol·licituds per anar a una residència si les necessitats poden ser ateses pels serveis a domicili.

O també en aquesta altra cita:

Un dels grans canvis en els últims anys ha estat el fet que la gent tendeix a rebre la cura a la pròpia llar, en lloc de fer-ho en una residència. El 21% de persones majors de 80 anys vivia en una residència l'any 2000; el 2015 el nombre que hi vivia era del 13%. Al mateix temps, les persones que requereixen un nivell elevat de suport i el reben en el propi domicili, en lloc d'una residència, ha passat del 67% el 2008 al 74% el 2013.

Dimensió 3. Provisió de serveis i prestacions

- a) *Reducció en la provisió de serveis:* tal com s'ha subratllat en l'eix anterior, l'enfortiment dels criteris d'accés als serveis (tant els domiciliaris com els residencials), ha estat un dels principals mecanismes utilitzats per reduir-los. En els serveis a domicili s'ha retallat en els casos que requereixen menys suport; s'ha tendit a cobrir els nivells de suport més elevats i mantenir la persona el màxim de temps possible en el domicili:

Ara és menys comú obtenir poques hores de serveis domiciliaris. Normalment, ara, quan es reben serveis a domicili, se'n reben més hores, la qual cosa indica que la persona té un nivell de necessitat més elevat.

Igualment, com ja s'ha fet esment anteriorment, també s'han reduït els serveis residencials:

La gent gran està vivint a casa, avui en dia, inclús encara que necessitin molta ajuda, assistència, per tant, això és un gran canvi.

Aquestes restriccions en la provisió de serveis s'han traduït en una pèrdua de qualitat dels serveis i en un increment de les responsabilitats familiars de cura, com es pot apreciar a continuació:

En realitat, hi ha hagut un increment de la proporció de persones grans que reben ajuda de familiars, filles, fills i altres membres de la família que no hi conviuen, aquest és el major increment que s'ha donat.

Un dels aspectes negatius assenyalats resultat de la tendència d'aquest «comunitarisme» en l'atenció, ha estat la pèrdua en l'autonomia i de qualitat de vida de les persones amb problemes de mobilitat. Pèrdua derivada del fet que viure a casa els suposa quedar-se

«atrapades», sense opció a poder sortir al carrer per la manca d'accessibilitat dels habitatges més antics que no disposen d'ascensor.

- b) *Introducció d'incentius per a l'encoratjament de la compra privada de serveis*: el consum privat o compra de serveis de cura a proveïdors privats ha estat un dels aspectes més encoratjats en els últims anys. Això s'ha donat a través de mecanismes com la reducció directa de taxes fiscals o la introducció de la lliure elecció de proveïdor (com es veurà en la diensió 4). Aquests mecanismes han facilitat que les persones amb baix nivell de necessitat i nivell econòmic alt puguin comprar els serveis de cura a la meitat de preu de forma ràpida i sense necessitat de cap valoració per part dels serveis socials. Aquest aspecte ha contribuït a una certa polarització en la provisió (pública-privada i persones benestants-pobres), ja que les persones que no poden pagar-s'ho acudeixen als serveis socials mentre que les que disposen de nivells de renda elevats accedeixen als serveis privats de forma ràpida.
- c) *Medicalització dels serveis residencials*: la prioritització de l'ingrés als centres residencials dels casos més greus ha comportat un canvi en el perfil dels usuaris d'aquest tipus de servei. I els centres residencials han hagut d'adaptar-se a un perfil d'usuari cada cop més envellit i amb més necessitats sanitàries. Aquest fet ha propiciat que hagin acabat convertint-se en un recurs de curta-mitja estada sociosanitària, adreçat gairebé a cobrir les atencions de cura en l'última fase de la vida. El perfil de les persones que ingressen actualment als centres residencials són les anomenades *the oldest old*. És a dir, les que tenen al voltant dels noranta anys, amb dependències elevades i malalties cròniques greus. Com veiem en la següent cita, extreta de la conversa mantinguda amb una de les professionals d'atenció directa:

Hi ha moltes més persones grans i malaltes quan venen a viure a la residència. Fa deu anys, quan jo vaig començar a treballar com a infermera, a la residència, podien cuinar per ells mateixos, o només els ajudàvem a dutxar-se o a prendre la medicació. Ara és com si fóssim un hospital, requereixen una atenció molt més especialitzada: catèters intravenosos, transfusions de sang, etc. Nosaltres no fèiem això deu anys enrere.

Això apunta a un canvi en el perfil dels usuaris resultant de l'increment de l'esperança de vida i l'envelliment de la població, que juntament amb l'enfortiment dels criteris d'accés han provocat una major especialització i medicalització dels serveis residencials.

- d) *Pèrdua de qualitat, seguretat i individualitat en els serveis*: altres canvis assenyalats pels professionals entrevistats han estat la progressiva reducció de la qualitat, el sentiment d'inseguretat o desconfiança, i la pèrdua d'individualitat dels serveis domiciliaris. Fenòmens que s'han explicat a partir de la progressiva privatització de la gestió dels serveis, la qual ha anat lligada a la precarització laboral del sector, un increment de les mancances organitzatives i l'alta rotació de personal cuidador en l'atenció directa, tal com es reflecteix a continuació:

Tu pots rebre atenció domiciliària sis cops al dia o vuit cops al dia. El problema és que no es percep com a segura. Els membres de la família estan preocupats perquè hi hagi tantes persones entrant i sortint del domicili en tan poc temps i tenen por que s'oblidin d'alguna cosa, i se sentenangoixats per això.

Aquesta mateixa percepció és compartida pels usuaris de serveis per a persones amb discapacitat, com es pot interpretar a partir de la cita següent:

El nostre punt de vista és que la Llei actual i els serveis proveeix, tenen una qualitat molt inferior de la que tenien a l'inici.

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament

- a) *Canvis en el model públic de provisió i gestió dels serveis*: la implementació de la *LOV* i la *RUT* tenen per objecte promoure la lliure elecció de proveïdor i incentivar, a través de la reducció de taxes, la compra de serveis a domicili; i això marca un abans i un després en el model públic suec de provisió. Malgrat que l'inici del procés d'externalització dels serveis socials a Suècia es remunta a la Llei de 1992, la promulgació de la *LOV* l'any 2008 configura un veritable mercat privat de cura allà on s'ha desenvolupat. Els aspectes d'aquesta legislació assenyalats com a positius, d'acord amb alguns dels entrevistats, rau en el fet que ha suposat un cert apoderament dels usuaris. En el sentit que els ha ofert la possibilitat de triar entre una major varietat i nombre de serveis, sobretot als que mantenen millors nivells d'autonomia. En contraposició, les visions més crítiques apunten que l'espectacular creixement de proveïdors privats ha obligat els poders públics a invertir importants recursos per revertir els efectes adversos provocats per les problemàtiques organitzatives i la pèrdua de qualitat dels serveis. Aquestes són les principals crítiques a les quals s'enfronta l'actual sistema de CLD suec i que podrien tenir el seu origen en la

monopolització del mercat per part de grans empreses privades orientades bàsicament als guanys econòmics, tal com es posa en evidència a continuació:

Però el resultat també és que aquestes grans empreses obtenen molts beneficis. Per tant, tenim aquest debat a Suècia des de fa potser cinc o sis anys.

A més, els canvis en la qualitat s'han vinculat a la pèrdua de l'atenció personalitzada derivada de l'alta rotació del personal cuidador. És a dir, una mateixa persona és atesa durant un mateix dia per un nombre de cuidadors creixent que supera, de bon tros, els límits recomanats per les normatives, tal com menciona la cita següent:

[...] però la persona que va al domicili, l'apartament o casa, no és una única persona, és potser, durant un mes poden ser 70, 80, 90 persones diferents. Sí. Això és molt. I el nostre objectiu és que no siguin més de 10 en un mes. Però ens queda molta feina per assolir aquest objectiu. L'objectiu és 10 persones diferents, i jo he vist informes que hi ha gent que té de 70 a 90 cuidadores diferents [...]. Això és moltíssim, i això genera ansietat tant al personal com a les persones que cuiden. «On vaig avui?», «¿A qui cuidaré avui?» o «Qui em vindrà a cuidar avui?». I la qualitat està baixant.

A més, les entrevistes deixen entreveure altres interrogants sobre la idoneïtat del nou model de provisió en relació amb les dificultats que tenen els potencials usuaris a l'hora de discernir la idoneïtat d'un servei o altre entre un gran nombre de proveïdors, com s'expressa en la cita següent:

No crec que una persona gran tingui l'habilitat d'escollir entre 80 proveïdors de serveis diferents. No veig que això sigui d'ajuda per a ells, perquè resulta molt difícil escollir el proveïdor de servei, perquè no hi ha massa diferència entre ells i... a nosaltres no ens està permès... Oficialment, nosaltres no estem autoritzades a recomanar o ajudar [...].

Per a algunes de les professionals d'atenció directa entrevistades, el nou model de provisió i gestió ha fet emergir una nova forma de relació professional-usuari-client. Les persones que atenen han passat de ser «usuaris» —en el sentit d'algú al qual s'acompanya i aconsella des d'una vessant professional—, a convertir-se en «clients consumidors» —en el sentit d'algú que compra un servei. Tal com expressa una de les treballadores socials dels serveis municipals entrevistades:

Potser abans eren usuaris i ara són clients. Per tant, ens hem convertit gairebé en una empresa privada.

En aquest mateix sentit, la percepció que es transmet és que el model de provisió actual resulta molt més estricte, més semblant al d'una empresa privada que a un sistema públic de provisió. I això perquè la introducció dels principis de la «nova gestió pública» fan que els objectius organitzatius i de gestió s'orientin més cap a l'eficiència econòmica i l'estalvi de recursos, que no pas cap a l'assoliment del benestar de les persones. Com es veu a continuació:

Jo diria que això té molt a veure amb «la nova gestió pública». El que nosaltres veiem és que una organització com aquesta, social i pública, no hi ha cap necessitat de ser eficaç. Parlem moltíssim sobre ser eficaços, que els serveis socials i l'estat necessiten estalviar diners, estalviar del pressupost, etc. Jo penso que no pot ser, que no hi ha necessitat de ser eficient, ser eficaç. Però, ho estem aplicant, estem fent-ho com una empresa privada, sí. Com una empresa privada, sí.

- b) *Precarització laboral del sector:* un altre dels canvis considerats ha estat la progressiva precarització de les condicions laborals del sector de la cura i la proliferació d'un perfil professional poc qualificat (integrat bàsicament per treballadores d'origen migrant amb escasses competències i alternatives laborals en altres sectors). Aspectes que s'han relacionat directament amb la privatització dels serveis i la davallada en la seva qualitat:

Les conseqüències de la privatització són que les empreses estan treient beneficis de les necessitats de la gent i hi ha aquest resultat alarmant... Que els serveis privats estan mal pagant el seu personal i que ells no tenen prou personal en els serveis. I per suposat això afecta la qualitat de la cura.

Els treballadors socials dels serveis socials municipals apunten que els baixos incentius laborals i l'alta rotació professional han fet que el sector s'hagi convertit en un camp poc atractiu per a la pràctica professional, raó per la qual molts professionals ja no hi volen treballar. Com s'aprecia en el fragment següent:

Quan hi ha retallades en els recursos o més pressions sobre els beneficis de les empreses, això afecta les condicions dels treballadors, i, a més, això fa que les condicions laborals siguin més estressants i la gent no esculli aquesta carrera tan

fàcilment. A Suècia també tenim la tendència que cada cop més i més treballadors assistencials són immigrants o inclús són contractats des de fora. Així doncs, les persones que estan disposades a treballar en aquestes condicions laborals són reclutades per al sector de cura de persones grans. I, evidentment, això afecta la gent gran, atès que molts dels treballadors tenen dificultats amb l'idioma, la comunicació; i potser també els manca qualificació, o estan molt estressats, i això afecta molt la gent gran. Aquesta és la situació actual del treball de cura aquí.

- c) *Crisi de cuidadors professionals qualificats*: el procés de devaluació i precarització descrit del sector de les CLD a Suècia ha fet que hi hagi una carència general de professionals qualificats que s'hi vulguin dedicar: personal sanitari o d'infermeria, cuidadors, treballadors socials, metges, etc. Segons l'opinió d'experts i professionals, l'escàs reconeixement social i econòmic del sector ha fet que s'hagi convertit en un sector laboral poc engrescador i mancat d'incentius perquè els professionals vulguin dedicar-s'hi. Així, els alts nivells d'estrès laboral al qual estan sotmesos els professionals —per les altes exigències emocionals que requereix l'atenció directa de cura a les persones— i la manca d'incentius han estat assenyalats com els motius principals d'aquesta carència de professionals qualificats. I això, com s'ha vist en el punt anterior, ha contribuït a la davallada de la qualitat en els serveis.
- d) *Increment de la descoordinació i manca de cooperació*: l'increment de les necessitats socio sanitàries de la població i l'espectacular augment del nombre de proveïdors privats han ocasionat descoordinació entre els diferents nivells d'atenció dels serveis i dificultats de col·laboració publicoprivada:

Jo crec que una part del problema és la coordinació entre les diferents organitzacions, perquè abans, quan tenies només un proveïdor de serveis a domicili i un altre d'atenció primària de salut, llavors ells cooperaven [...]. Però ara en els municipis on tenim empreses privades ja no és possible. Per exemple, aquí a Estocolm, on tens 200 empreses, no és possible tenir aquest tipus de cooperació, estàs més encaixat, aquest és el problema [...]. Tenim un gran problema amb moltes organitzacions diferents, no ens comuniquem les unes amb les altres.

6.3.4. Factors explicatius dels canvis

Els canvis introduïts en el sistema de CLD suec en els últims anys no és vist pels entrevistats com quelcom recent o immediat, sinó més aviat com un procés de llarg recorregut. És a dir,

un procés continuat i incremental en el temps que es va iniciar en la dècada dels anys noranta del segle passat i que acaba consolidant-se amb la implementació de la Llei de la lliure elecció de proveïdor. De forma similar al cas alemany i a diferència dels casos anglès i espanyol, la percepció de l'impacte de la crisi del 2008 a Suècia és més aviat escassa, si es compara amb la soferta als anys noranta per aquest país. És en aquest moment quan s'inicià l'arrelament de les grans corporacions privades de serveis que compten actualment amb un alt nivell d'influència social i política en el país, tal com es fa palès en la cita textual següent:

Jo no crec que l'última crisi econòmica hagi tingut massa impacte a Suècia. Per tant, crec que la por a l'envelliment demogràfic o la crisi econòmica a principis dels anys 90, sí que van obrir la porta a la lliure competició, es va invitar les grans empreses, les quals van rebre el suport i ara elles poden afectar inclús a la política. Això és una forma de pensar, però jo no diria que hàgim estat massa afectats per la recent recessió, diria.

Però, tot i que la llavor del procés de privatització a Suècia s'introdueix molts anys enrere, segons les opinions expressades, alguns dels canvis més recents apuntats mantenen una estreta relació amb les decisions preses per l'últim govern conservador. Aquest govern semblaria haver aprofitat el context de crisi econòmica global a Europa per aprofundir en el procés de privatització i implementació del model de provisió i gestió privada de serveis; justificant-lo a partir d'una presumpta millora de l'eficiència global del sistema, necessària per fer front a l'increment de les necessitats de cura d'una població cada cop més envellida. Com s'aprecia en la cita següent:

I també durant aquesta crisi, nosaltres hem tingut un govern més de dretes, i ha fet tots aquests canvis, ha obert el sistema a més companyies privades, etc.[...]. Potser tot aquest discurs sobre la crisi i l'obertura perquè en un context així les empreses privades són més efectives, més barates, més eficients, això ha quallat en el pensament de la gent, que podria ser una bona forma de fer-ho [...].

Les polítiques de caire liberal s'haurien adreçat a afavorir la introducció de mecanismes orientats a l'eficiència i l'estalvi econòmic a través de la privatització del sistema: amb polítiques de lliure concurrència privada, a través dels concursos públics municipals, i l'encoratjament del consum privat de serveis, mitjançant la reducció directa d'impostos. D'altra banda, les restriccions en el finançament dels serveis municipals també s'explicarien per la baixada d'impostos i l'augment de les necessitats de cura, que

haurien derivat en un enfortiment dels criteris d'accés als serveis, com veiem a continuació:

El principal canvi va ser de política el 2006. Quan les taxes a Suècia es van reduir. Per tant, ara, els municipis tenen molts menys diners per gastar en serveis, mentre que el sector privat té molts diners, però les institucions públiques no en tenen gaires.

Tanmateix, l'afany d'estalvi per part de l'Administració i la progressiva davallada de la inversió pública i dels preus en la compra de serveis al sector privat n'ha afavorit la pèrdua de qualitat, segons es reflecteix en la cita següent:

Gastem menys i menys diners dels impostos en serveis socials. La privatització ha tingut un efecte en la reducció de preus, perquè aquells que tracten amb això miren els preus i no pensen en la qualitat [...]. Qualsevol que està disposat a fer-ho més econòmic, perfecte, t'escollim. Per tant, el paper dels municipis ha canviat dintre del sistema, i és a l'arrel dels canvis que nosaltres veiem.

Altres crítiques que se li fan a la gestió municipal són la manca d'estratègies per controlar i avaluar el nou model de provisió privada per garantir la qualitat i el correcte funcionament del sistema. Per a alguns, l'excessiu marge d'actuació que s'ha deixat a les empreses en la inversió de nous equipaments ha derivat en una forta dependència pública vers al sector privat; sector que compta actualment amb un ampli suport polític i que ha contribuït a la desinhibició de les responsabilitats públiques envers la ciutadania. Aquestes responsabilitats han estat dipositades sobre el sector privat amb afany lucratiu sense tenir en compte que la finalitat última d'aquest sector és el guany econòmic i no pas el benestar social, tal com expressa un dels entrevistats:

Tenim aquesta idea en el Parlament. Ells estan en contra de restringir els beneficis. I això significa que ells tenen moltíssimes places en el Parlament. Està molt clar que hi ha un lobby dintre. I també hi ha partits populistes, ja que ells, tu ja saps... Per tant, aquesta és part de l'explicació; que la majoria al Parlament no volen restringir-ho, ells creuen que és una bona idea tenir empreses privades en el sector.

Els canvis també han estat explicats a partir de l'impacte ideològic de la crisi econòmica en el context internacional, la pèrdua d'interès en les polítiques socials i l'anteposició dels interessos econòmics per sobre dels socials. Com expressa un dels entrevistats:

El que penso és que inclús en països que no han estat directament afectats per la crisi financera, la crisi econòmica també ha tingut un impacte en la manera de pensar, a Suècia i internacionalment. Vull dir que els governs, avui en dia, s'han de centrar en les finances públiques, primer, i en segon lloc com construir el suport social per a la població. Per tant, crec que hi ha una tendència internacional on poden dir que les ambicions per fer una política social progressiva ha retrocedit.

Al costat dels factors assenyalats, l'increment de les necessitats derivades dels canvis demogràfics pel progressiu envelliment i sobreenvelliment de la població han estat altres dels factors explicatius més anomenats, com veiem a continuació:

Tenim un augment de persones grans, les quals necessiten cada vegada més ajuda i el govern no pot tenir cura de tots ells perquè cada cop en tenim més, els vells dels vells, ells van néixer el 1920, els més grans tenen 105 anys. Això és el que veiem, i ells tindran múltiples patologies... El que nosaltres veiem també són més demències, això és el que tenim i haurem d'afrontar.

6.4. El cas d'Espanya

6.4.1. Anàlisi de la provisió en els serveis de CLD

Evolució del nombre de treballadors en el sector formal de la cura

En la taula 32 s'aprecia l'increment del nombre total de treballadors del 2009 fins al 2016 afiliats a la Seguretat Social, d'acord amb les dades de l'OCDE i la Tresoreria de la Seguretat Social. Treballadors que realitzen una activitat laboral en l'àmbit d'atenció a les persones del SAAD en equipaments residencials o comunitaris, d'atenció a persones amb discapacitat o persones de la tercera edat amb dependència. Entre l'any 2010 i el 2011, també es fa palesa una davallada del 0,5% i 0,6%, respectivament. Però, el nombre de professionals ha seguit incrementant-se fins a assolir el 21,7% en el total del període.

Taula 32. Evolució del nombre total de treballadors en el sector formal de les CLD a Espanya entre 2009-2016.

ANY	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016							
Variable	%		%		%		%								
Treballadors en el sector formal de les CLD	321688	339891	5.7	338120	-0.5	335929	-0.6	345557	2.9	357169	3.4	373521	4.6	391589	4.8

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD Stat. Consulta el 28 d'octubre de 2017.

Evolució del nombre de places en equipaments residencials amb finançament públic

En aquest apartat no s'han inclòs les dades referents a equipaments residencials, atesa la manca de fiabilitat (segons l'OCDE) en la recollida de dades a nivell territorial.

Evolució del nombre de beneficiaris segons el tipus de provisió

D'acord amb les dades de l'OCDE, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, i l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials, entre el període 2009 i 2016 el nombre total de beneficiaris de serveis residencials a Espanya passa de 117.346 a 208.108 mil; és a dir, un increment del 77,3% de beneficiaris (vegeu la taula 33). I pel que fa al nombre de beneficiaris de serveis a domicili, aquest augmenta un 126,8%, en passar de 379.564 a 860.859 mil. Pel que fa a la variació interanual, els primers anys d'implementació de la LAPAD el nombre de beneficiaris de serveis residencials s'incrementa gairebé un 40%; a partir de l'any 2011, però, es manté gairebé congelat amb un petit repunt el 2015. Aquesta tendència en la variació interanual es repeteix en el primer període en relació amb els serveis a domicili. Fins al 2011, l'increment del SAD arriba quasi al 50%, moment en què s'inicia una reducció important que assoleix un 2% negatiu el 2013, per tornar a recuperar-se els anys posteriors.

Taula 33. Nombre total de beneficiaris en serveis a domicili i residencials a Espanya entre 2009-2016.

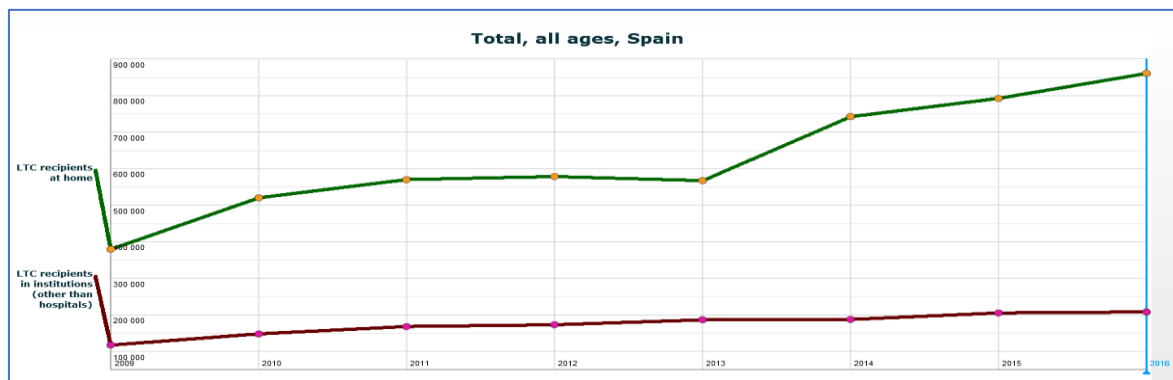
Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016								
Variable	%		%		%		%									
Beneficiaris de CLD en institucions	117346	148057	26.2	168265	13.6	172937	2.8	186491	7.8	187512	0.5	205352	9.5	208108	1.3	77.3
Beneficiaris de CLD de serveis a domicili	379564	520521	37.1	570321	9.6	578613	1.5	567351	-1.9	742461	30.9	742461	0.0	860859	15.9	126.8
	641782	641782	63.3	641782	23.2	641782	4.3	641782	5.9	641782	31.4	641782	9.5	641782	17.2	

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades: Database and Utilisation a OECD Stat. Consulta el 28 d'octubre de 2017.

Les dades anteriors mostren clarament l'expansió del SAAD espanyol des de l'aplicació de la LAPAD i la predominança en la provisió de serveis comunitaris i domiciliaris enfront de la

provisió en serveis residencials. Segons el gràfic 54, els serveis residencials mostren un minso i continuat ascens i, tal com s'ha vist, els serveis a domicili descendeixen lleugerament entre 2011 i 2013, per enlairant-se significativament a partir d'aquest darrer any.

Gràfic 54. Evolució del nombre total de beneficiaris en serveis a domicili i residencials a Espanya entre 2000-2016.



Font: Database and Utilisation. OCDE. Data de consulta el 28 d'octubre de 2017.

6.4.2. Anàlisi dels canvis normatius

A Espanya el SAAD s'inicia amb el desplegament de la LAPAD a finals de 2006. Aquesta Llei representa un gran canvi en la naturalesa del sistema: es passa d'un sistema de cura assistencialista i limitat només a les persones sense recursos econòmics, a un sistema universal de cura de dret subjectiu. Els principals canvis legislatius a partir de la crisi econòmica de 2008 han estat: el Reial Decret Llei (RDL) 8/2010, en què s'adopten mesures extraordinàries per a la reducció del dèficit públic; el RDL 20/2011 de mesures urgents en matèria pressupostària, tributària i financera per a la correcció del dèficit públic i; el RDL 20/2012 de mesures per garantir l'estabilitat pressupostària i de foment de la competitivitat que suposa una forta contracció en el sistema de CLD. En el RDL 20/2012 es justifiquen les retallades pels desequilibris econòmics generats per la recessió econòmica iniciada el 2008 i la posterior recaiguda del 2011. Les mesures adoptades s'integren en el Programa d'Estabilitat i Creixement 2012-2015, que té com a objectiu que Espanya compleixi amb els compromisos assolits en el marc del dèficit excessiu fixat pel Consell Europeu i l'ECOFIN — marc que situa la correcció del dèficit públic per sota del 3% del PIB l'any 2013. Les mesures restrictives i canvis introduïts pels canvis normatius assenyalats que afecten el sistema de CLD espanyol són els que s'exposen a continuació.

Reial Decret Llei 8/2010 de mesures extraordinàries per a la reducció del dèficit públic

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Ampliació del termini per resoldre la sol·licitud:* a partir de l'1 de juny de 2010 el termini obligatori per resoldre les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència passa de ser de tres a sis mesos des de la data de la sol·licitud.
- b) *Ampliació de la data de generació del dret:* el reconeixement del dret passa a ser des de la data de resolució, no des de la data de registre de la sol·licitud, com havia estat fins llavors. En el cas que no hi hagi resolució, el dret passa a ser efectiu a partir dels sis mesos de la sol·licitud.

Dimensió 3. Provisió de serveis i prestacions

- a) *Ajornament del pagament de la retroactivitat:* les quantitats econòmiques pendents de pagament en concepte d'efectes retroactius s'ajornen per un període màxim de cinc anys i passen a abonar-se en pagaments anuals únics.

Reial Decret Llei 20/2011 de mesures urgents per a la correcció del dèficit públic

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Endarreriment del calendari de desplegament del SAAD:* s'ajorna el desplegament del SAAD i es modifica el calendari d'aplicació per als graus I i nivell 1 i 2 de dependència; els nivells 2 no poden accedir-hi fins al 2013 i els nivells 1, fins al gener de 2014 (en lloc de 2013). En la taula 34 es pot apreciar l'allargament del calendari d'aplicació de la Llei abans i després del RDL de 2011.

Taula 34. Canvis en el calendari de desplegament del SAAD abans i després del RDL de 2011.

ABANS DE 2011			DESPRÉS DE 2011		
ANY	GRAU	NIVELL	ANY	GRAU	NIVELL
2007	III	1 i 2	2007	III	1 i 2
2008-2009	II	2	2008-2009	II	2
2009-2010	II	1	2009-2010	II	1
2011-2012	I	2	2011-2013	I	2
2013	I	1	>20 gener 2014	I	1

Font: elaboració pròpia a partir de la normativa consultada.

Reial Decret Llei 20/2012 de mesures per a l'estabilitat pressupostària i la competitivitat

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Endarreriment del calendari de desplegament del sistema*: a partir de 2012 es torna a endarrerir el desplegament del SAAD. El reconeixement del dret de les persones amb grau I nivell 1 i 2, que no tenen reconegudes les prestacions abans de l'1 de gener de 2012, passa a ser a l'1 de juliol de 2015.
- b) *Modificació del barem i enfortiment dels criteris d'accés*: eliminació dels nivells de dependència, la qual cosa (tal com es veurà a la dimensió 3) comporta una reducció en la quantia de les prestacions en alguns graus.

Dimensió 3. Provisió de serveis i prestacions

- a) *Suspensió i endarreriment del pagament de la retroactivitat*: s'amplia el termini de suspensió de la retroactivitat de les prestacions econòmiques a 30 mesos i s'augmenta el termini a 8 anys per fer efectiu el pagament a les persones que ja han generat el dret.
- b) *Condició suspensiva i reducció de les prestacions econòmiques per a cuidador no professional (PECNP)*: les PECNP queden subjectes a un termini suspensiu de 2 anys. També queda suspès el conveni especial per als cuidadors no professionals subscrits a la Seguretat Social a càrrec del Govern. La modificació del barem i la corresponen eliminació dels nivells va lligada igualment a una reducció del 15% a partir de 2012 de la quantia de les PECNP (vegeu la taula 35). Aquesta reducció afecta tant els beneficiaris antics del sistema, als quals es modifica la prestació, com als nous beneficiaris. Les CCAA també poden aplicar una reducció complementària.

Taula 35. Reducció de les PCNP als nous i antics beneficiaris després del RDL de 2012.

Import beneficiaris antics entre 2007-2012			Import nous beneficiaris a partir del RDL-2012	
GRAU/NIVELL	IMPORT ANTIC	NOU IMPORT	GRAU	IMPORT
III/2	520,69€	442,59 €	III	387,64 €
III/1	416,98€	354,43 €		
II/2	337,25€	286,66 €	II	268,79 €
II/1	300,90€	255,77 €		
I/2	180,00€	153,00 €	I	153,00 €

Font: elaboració pròpia a partir del RD 2012.

- c) *Reducció de la intensitat del servei a domicili (SAD)*: es redueixen les hores mensuals en funció del grau de dependència i queda com mostra la taula 36.

Taula 36. Hores mensuals de SAD abans i després del RDL 2012.

Marge d'hores de SAD mensuals abans del RDL-2012		Marge d'hores de SAD mensuals després del RDL-2012
GRAU III	55-90	46-70
GRAU II	30-55	21-45
GRAU I	21-30	Màxim 20

Font: elaboració pròpia a partir del RDL 2012.

- d) *Ampliació de la prestació d'assistent personal*: la prestació d'assistent personal s'amplia a tots els graus. La Llei deixa competències a les CCAA per regular els serveis.
- e) *Eliminació de les compatibilitats entre serveis*: s'elimina la compatibilitat entre els serveis a excepció de la teleassistència i el SAD.

Cal destacar altres reformes relacionades amb l'organització, gestió i finançament del sistema (dimensió 4) entre el 2010 i 2014 en algunes CCAA. En el cas de Catalunya, la Generalitat, mitjançant ordres del Departament de Benestar Social, incrementa el copagament i inclou el patrimoni de l'usuari en el càlcul. Alhora, posa un topall sobre la capacitat econòmica per rebre les prestacions econòmiques vinculades. Per damunt d'aquest topall la persona no té dret a percebre la prestació: 19.000 € per als graus II i 24.000 € per als graus III. Cal dir que això no ha estat aplicat en totes les CCAA i denota la carència d'homogeneïtzació pel que fa al desplegament del SAAD entre les CCAA. Un altre aspecte significatiu relacionat amb aquesta dimensió és la reducció progressiva dels nivells mínims de finançament per part de l'Estat. A la taula 37 s'aprecien les reformes legislatives més significatives del període estudiat.

Taula 37. Reformes legislatives període 2008-2017 en el cas espanyol segons les dimensions d'anàlisi.

Dimensions d'anàlisi	RDL 8/2010	RDL 20/2011	RDL 20/2012	Altres reformes territorials
2. Procediment d'accés i reconeixement del dret	<p>a) Ampliació del termini per resoldre la sol·licitud de 3 a 6 mesos</p> <p>b) Ampliació de la data de generació del dret, que passa del dia de la</p>	a) Endarreriment del calendari de desplegament del sistema	<p>a) Endarreriment del calendari de desplegament del sistema</p> <p>b) Modificació del barem de valoració (eliminació dels nivells)</p>	

	sol·licitud a la data de resolució			
3. Provisió de serveis i prestacions	a) Ajornament del pagament de la retroactivitat a pagaments anuals per un període màxim de 5 anys		<ul style="list-style-type: none"> a) Suspensió (30 mesos) i endarreriment del pagament de la retroactivitat b) Condició suspensiva (2 anys) i reducció de les PECNP c) Reducció del servei SAD d) Ampliació de la prestació d'assistent personal e) Ajornament de la retroactivitat f) Reducció de prestacions lligades al canvi de barem g) Ampliació de prestació d'assistent personal h) Eliminació de la compatibilitat entre serveis 	
4. Organització, gestió i finançament				<ul style="list-style-type: none"> a) Increment del copagament a través del patrimoni de l'usuari b) Topall econòmic per a rebre prestacions vinculades c) Reducció dels nivells mínims de finançament per part de l'Estat cap a les CCAA

Font: elaboració pròpia a partir dels RDL consultats.

6.4.3. Percepció social i institucional dels canvis

Dimensió 1. Naturalesa i principis del sistema

En el cas espanyol, la LAPAD suposa una conquesta important pel que fa a l'assoliment de drets socials envers la protecció de les persones en situació de dependència. La nova Llei permet passar d'un sistema de naturalesa assistencialista a un de naturalesa universal de dret subjectiu en què tota la població en situació de dependència pot accedir-hi, com s'aprecia en la cita següent:

El que sí que sé és que quan va sortir la LAPAD realment va ser un impacte molt fort per tots. Perquè per a mi el més important és el reconeixement de dret subjectiu que té la persona i això va obrir les portes al fet que hi hagués moltíssima gent que en un moment determinat no podien accedir-hi [...] podien accedir a tenir un ajut per poder ser atesos en la seva dependència, i això va marcar un punt d'inflexió molt gran.

Tot i l'avanç que va suposar la LAPAD per al sistema de CLD espanyol. En realitat, i a conseqüència de les reformes posteriors a la seva implementació, la universalitat no s'arriba a fer efectiva. Segons els entrevistats, s'ha produït una falta de cobertura real de les necessitats de les persones dependents i una excessiva lentitud en l'accés als drets, que ha impedit que la universalitat proclamada per la Llei es fes efectiva. Tot i l'increment dels recursos, continuen sent del tot insuficient per cobrir les necessitats de les persones amb dependències. El retorn al vell sistema assistencialista després de les retallades implementades es podria interpretar com un *path dependency*, tal com s'entreveu en l'afirmació feta per una de les persones entrevistades:

Quant als serveis, s'ha retallat molt, quant a l'accés al servei públic el comparo amb l'antiga AR (anterior sistema d'atenció), el que passa és que, el que sí és veritat, que en els últims anys s'han concertat i acreditat moltes més places, això és veritat, cada cop hi ha més places públiques, però que tampoc donen resposta a tota la demanda que hi ha; ni la donaven, ni la donen.

Una altra de les crítiques fetes pels professionals a la Llei és que no cobreix les necessitats reals de les persones quan realment ho necessiten. En realitat l'accés queda restringit a conseqüència de les llargues llistes d'espera per accedir-hi, les restriccions en les valoracions i la manca de consideració de les situacions sociofamiliars dels dependents. Com s'aprecia en la cita següent:

El sistema està molt focalitzats en les problemàtiques físiques. Bueno això és un problema perquè jo crec que el sistema el que no està fent és cobrir les necessitats que les persones tenen, en el moment que les tenen, val? Per exemple, lo més fragant, la valoració de dependència. Quan es va idear no es va pensar mai que contingués un aspecte social a tenir en compte. El barem valora la funcionalitat de la persona, com la persona es manega en la vida diària, en activitats molt bàsiques, però no té en compte volgutament, eh? No té en compte cap aspecte social, si té suport, o no, si l'habitatge està en condicions, si la persona viu sola, si és una persona fràgil [...].

També en relació amb la naturalesa i principis de la Llei, si s'analitzen en detall els principis del SAAD, veiem que hi ha dos principis fonamentals: un és la «promoció de l'autonomia» i l'altre «l'atenció a les persones en situació de dependència». Doncs bé, en realitat, el sistema s'ha focalitzat en l'atenció a les situacions de dependència i ha descuidat els aspectes de promoció de l'autonomia i prevenció, tal com s'aprecia en les cites següents:

[...] és una Llei que s'anomena d'atenció per a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Però jo crec que aquesta Llei per a l'autonomia personal ha fet molt poc i allò que ha fet ha estat convertir-se en una llei atorgadora de recursos econòmics. L'atenció a la dependència és un aspecte però l'atenció global a la persona amb discapacitat ha de ser molt més que això... I aquest aspecte és una falla d'origen de la Llei.

Les omissions en el principi d'autonomia han estat un dels aspectes més reiterats pels entrevistats, sobretot per aquells que treballen en l'àmbit de la discapacitat:

Llavors, crec que és una llei que ha desenvolupat tota la part de dependència però gens la part d'autonomia, que a la Llei hi havia els dos conceptes, i no és perquè sí. I que quan sintetitzem només diem llei de dependència, perquè ha sigut així, i creiem que encara falta molt en tot [...].

Dimensió 2. Procediment d'accés i reconeixement del dret

- a) *Canvis en el barem i enfortiment dels criteris de valoració:* l'eliminació dels nivells de dependència a partir de l'any 2012 suposa un fort impacte per al sistema i els usuaris. Segons els entrevistats, l'eliminació dels nivells en les valoracions va anar lligada a una copiosa reducció de les prestacions econòmiques i dels serveis; al mateix temps que es produeix un enfortiment dels criteris de valoració. En el primer barem es valoraven les tasques que una persona podia (o no podia) fer i el suport que necessitava per dur-les a terme. Amb el canvi de barem s'introdueix la freqüència. Si la freqüència és baixa, l'ítem no puntua, la qual cosa redueix la necessitat; tal com es fa palès en la cita textual següent:

Els barems es van modificar [...] el van fer més acurat, més «pare punyetes». Una mica perquè a veure en el primer barem lo que es valorava era si una persona podia fer, hi havia tota una sèrie de tasques de les AVD [...]. I amb el nou barem es va afegir en quina freqüència aquesta necessitat de suport es dona, de manera que si la freqüència de necessitat de suport és molt baixa, no puntua. Llavors està la visió general, que el canvi de barem el 2011 va ser per a excloure a la gent, o en tot cas baixar-los el grau a les persones; perquè aquest factor de la freqüència feia que canviessin algunes de les valoracions.

D'alguna manera, l'eliminació o unificació dels graus i nivells va suposar un augment de les desigualtats en les valoracions i una claríssima restricció de l'accés als serveis, sobretot als residencials, atès que només les persones amb grau II-III podien accedir-hi. Com es menciona a continuació:

Què passa? Que una persona, per exemple, que la valoris amb 25 punts no té res a veure amb una persona que la valoris amb 49 punts, i tots dos tenen grau I; però les seves necessitats de suport són molt diferents. Llavors això jo crec que és una manera d'excloure bastant la gent en el sentit que, què passa? Que com els accessos a les residències només es poden fer amb grau II, què passa, que molta gent amb un grau I, però un grau I de molta puntuació (45-46 punts), que realment, a lo millor, per la seva situació social necessiten un accés a residència no el poden tenir, val? Va ser una manera de restringir l'accés, claríssim, claríssim [...].

Els entrevistats perceben que en els inicis del desplegament del sistema, les valoracions eren molt més laxes —és a dir, es tendia a valorar molt més a l'alça— i que, a poc a poc, els criteris es van anant enfortint, com s'aprecia seguidament:

Nosaltres tenim la sensació que així com al principi valoraven molt a l'alta, que dius, que rar que aquesta persona li hagin donat un grau III. Ara ens estan arribant molts casos de persones amb una situació de dependència important, la valoren molt baix. [...] ara tenim aquesta sensació que cada vegada ens arriben més queixes, en casos que dius, és molt clar, i no els valoren, o els valoren amb no grau o grau I, en situacions de dependència realment importants.

Els canvis en el barem i en els criteris de valoració van anar units igualment a modificacions en els criteris de revisió de les situacions permanents de dependència i a una reducció dels graus i retalls en les prestacions i serveis després de fer les revisions:

[...] abans, una persona que s'havia valorat i es donava la valoració com permanent, quedava permanent, i si demanava revisió no baixava, ara pot baixar. Ara, si té una revisió en estat permanent i surt provisional, baixa de grau, es considera provisional, es torna a valorar d'ofici i si coincideix amb el nou grau li baixen el grau. Diguem-ne que ara per treure la màxima puntuació i treure un grau III s'ha d'estar molt pitjor que amb el primer barem.

Les restriccions en el barem també van ocasionar que s'incrementin les revisions de grau en certs períodes. Les persones que no poden accedir a un recurs, perquè no arriben al grau de dependència requerit, sol·liciten revisions de grau contínuament amb l'objectiu d'assolir-lo, com menciona una de les persones entrevistades:

Nosaltres creiem que moltes vegades, o les mateixes famílies, o els mateixos professionals, promouen que es facin valoracions de dependència, quan moltes vegades són persones que encara no donen el perfil perquè no arriben al grau, això està passant, i després també, perquè les persones amb grau que tenen molta necessitat d'atenció i que no accedeixen a recursos residencials, lo que es dona molt són demandes de sol·licituds de revisions, constantment. Allò de voler arribar al grau II, i la gent va demanant revisions.

- b) *Endarreriment de l'accés dels graus I:* la reducció en els nivells de protecció i l'enfortiment dels criteris d'accés ha tingut com a resultat que aquelles persones valorades amb un grau de dependència baix (graus I) s'hagin vist excloses durant anys del sistema a l'espera que aquest grau fos incorporat. De fet, l'accés es va anar endarrerint des del 2010 en endavant i això ha implicat que els graus I de dependència no hagin pogut accedir als serveis de centres de dia fins a l'any 2017. Tot i la urgència d'algunes persones, per la manca de suport familiar o condicions de vida dignes, s'han vist abocades a romandre fora del sistema durant anys, en el supòsit que finalment hagin pogut accedir-hi. Així doncs, un altre dels efectes de l'endarreriment en el desplegament del SAAD ha estat que moltes persones valorades com a dependents estiguin ocupant places en altres sistemes de protecció de forma inadequada (centres socio-sanitaris) o hagin de mantenir-se en el domicili patint un deteriorament del seu estat de salut per manca de recursos. O que, fins i tot, hagin mort abans de ser valorades i de rebre les prestacions que els pertocaven.
- c) *Endarreriment de l'accés per les llargues llistes d'espera per a ser valorat:* les llistes d'espera per a l'accés al SAAD han estat fluctuants, tant per a les valoracions com per a la realització del pla individualitzat d'atenció (PIA), sense el qual no es poden percebre les prestacions. El retard en l'accés al sistema, a conseqüència de les llargues llistes d'espera, ha anat de la mà del seu desenvolupament global i ha estat influenciat, en un inici, pels problemes de planificació i organització en el seu conjunt i, posteriorment, per les particularitats organitzatives de cada territori. Encara ara no es compleixen els terminis establerts per la Llei, com queda reflectit a continuació:

Què notem nosaltres? Notem unes grans, grans, grans llistes d'espera, per tot, per tot, o sigui. Tu en el moment que un associat nostre, parlo dels nostres associats, als qui recomanem que vagin a tramitar, o els ajudem a tramitar, o que vagin a tramitar els papers de la Llei, passa mig any perquè rebin una primera resposta. Clar passen 3-4 mesos, mig any. El tema és que triguen uns 4 mesos en fer la valoració, després de la valoració tenim una mitja de 5-6 mesos en la que reben la carta on se'ls hi dona el grau i a partir d'aquí

des de que l'ajuntament els truca per fer el PIA poden passar fàcilment 2 mesos més. Ens en anem a un any en global, val?. Comencem el PIA [...].

Pel que fa a Catalunya, veiem que les llistes d'espera per motius organitzatius es redueixen a partir de 2011-2015, però que a partir d'aquest últim any tornen a incrementar-se, sobretot en la part d'elaboració del PIA, com es veu a la cita següent:

La Llei diu que entre que una persona sol·licita i entre que una persona rep el recurs, o el servei, han de passar com a molt 6 mesos [...] Quina és la realitat? En els primers inicis d'implementació de la Llei, bueno, un desborde total, una gestió caòtica, que bueno... les coses fetes que no tenien pràcticament ni sistema informàtic, llavors unes cues tremendes, i tardaven 7-8 mesos. Des l'any 2011 al 2014-2015, jo crec que la llista d'espera per la valoració la van baixar bastant i van arribar a aconseguir que a tot Catalunya no passés de 3 mesos, però ara tornen a estar col·lapsats; perquè hi ha molta demanda i tornem a estar col·lapsats, el tema ve, no per l'organització, que el tema ja el tenim més lligat, sinó per la molta demanda que hi ha.

Alhora, els endarreriments en l'accés no són homogenis sinó que més aviat depenen dels territoris, com es fa explícit a continuació:

Les diferències estan territorials, per exemple hi ha zones que els equips de valoració estan complint a "raja tabla" lo de valorar en tres mesos, la majoria estan sobre 4, i en alguns casos, com per exemple, Barcelona ciutat que és on està el drama, i bueno, en el Baix Llobregat també entre 6-7 mesos i en alguns casos han arribat a 8 mesos, clar, això és exagerat. Això per una primera part que és la valoració de grau, després, la segona part també és un drama, perquè no s'està tardant 3 mesos, s'està tardant en alguns llocs més d'un any. No de tot, eh? Des de que tenen el grau fins que se'ls fa el PIA i tenen el recurs un any, molt endarreriment [...].

Dimensió 3. Provisió en serveis i prestacions

- a) *Manca generalitzada de serveis i llistes d'espera per accedir-hi (sobretot als residencials):* una de les principals carències, àmpliament sentida i expressada pels entrevistats, ha estat la manca de disponibilitat de serveis per a la cobertura de les necessitats de les persones dependents i els endarreriments en l'accés a causa de les llargues llistes d'espera. Així doncs, les llistes d'espera han estat i continuen sent quelcom habitual a l'hora d'accedir (un cop acabat tot el procés de valoració i l'elaborat el PIA) a qualsevol tipus de servei, sobretot

als residencials. El resultat d'això és que moltes vegades quan l'ajut arriba ja no és efectiu, perquè la persona ha empitjorat o perquè ja no el necessita perquè ha mort; tal com expressa una de les persones entrevistades:

La gent que agafa el SAD triguen uns 4 mesos a rebre l'ajuda i després esta el tema del CD que si que hi ha una llista d'espera mitjanament curta, 3-4 mesos, però les residències estem parlant de 3-4 anys de llistes d'espera. Doncs realment l'ajuda no és efectiva. Jo crec que la Llei generalment és molt bona i que cobreix molt les necessitats, el problema és que la realitat no és aquesta i que les ajudes arriben moltes vegades quan ja no es necessiten.

El dèficit històric de serveis en el model de protecció social espanyol va generar que en els inicis del desplegament del SAAD es produís una clara desviació cap a la provisió generalitzada d'ajudes econòmiques de cuidador no professional en l'entorn familiar (PCNP). Aquest fet suposa, d'una banda, un encoratjament de la cura en l'entorn familiar i la refamiliarització del sistema; i, de l'altra, l'increment generalitzat de la capacitat econòmica de les famílies va promoure el sorgiment de noves formes de cura dintre del mercat informal, atesa la mancança de serveis formals (és a dir, la remercantilització del sistema). Un exemple d'aquesta refamiliarització es reflecteix a continuació:

Jo recordo els inicis de PRODEP i de la Llei, totes les expectatives que va crear, i una era, per exemple, treure del treball negre a totes les cuidadores que estan en els domicilis, i poder-les dignificar, i poder professionalitzar-les, tot això s'ha quedat en no res, en absolutament res. En lloc de professionalitzar. En lloc de donar els serveis, lo que s'ha fet és el contrari, no? Donar els diners i ficar les dones, perquè majoritàriament són les dones cuidadores, les tinguis cuidant i mal cuidant [...].

La concessió generalitzada de PCNP també ha estat explicada pels professionals a partir de la minsa provisió de serveis a domicili (SAD) a causa de la minsa capacitat dels ens municipals en el finançament dels serveis i l'insuficient suport per part de les administracions autonòmica i estatal.

Les administracions locals, al donar serveis, en lloc de prestacions econòmiques, s'estaven enfonsant, era de locos, era una mala quadratura, jo ho entenc; o sigui, tu li dius als ajuntaments que han de fer la tramitació dels PIA i els hi recomanes que l'excepcionalitat ha de ser la prestació de cuidador no professional i per tant els hi estàs recomanant que tindran que gastar diners en prestació de serveis i no els hi dones una partida de diners per pagar aquests serveis. Per això, des de les entitats locals, el que s'ha donat de forma

prioritària és la PCNP. La Generalitat no ha dotat econòmicament els ajuntaments perquè aquests puguin pagar i oferir serveis domiciliaris [...].

Davant l'escassetat de serveis i l'augment de les llistes d'espera, una de les estratègies utilitzades per l'Administració ha estat l'acreditació d'entitats privades i la concessió de prestacions vinculades per a la compra generalitzada de serveis a aquestes entitats; i ha incrementat així la mercantilització del sistema. Segons explica la gerent d'un centre residencial de gent gran:

Pel que fa als serveis, la demanda de centres residencials és un drama, perquè les llistes d'espera són llarguíssimes. Es va arribar a un acord l'any 2013-2014 en què es van acreditar, podien donar serveis, havien de complir uns determinats requisits. Primer, havien d'estar concertades, després es van fer col·laboradores, i va arribar un moment que si una residència estava registrada i el servei d'inspecció l'acreditava, ja se li permetia que pogués tenir persones amb prestacions vinculades a residència [...] A partir de de l'any passat es va incorporar l'ajut econòmic per a SAD, ara, en aquests moments, les persones que no poden accedir al SAD públic poden accedir a determinats serveis privats amb ajuts econòmics a l'ajut domiciliari [...].

Com s'ha vist, un altre exemple d'aquesta mercantilització del sistema és la introducció de la prestació econòmica vinculada (PEV) al SAD, el qual era gestionat pels municipis. La poca voluntat pública per millorar i ampliar el SAD fa que, el 2016, s'introdueixi la concessió d'aquesta prestació econòmica que incrementa la remercantilització del sistema, com es fa palès a continuació:

Però el que passa és que la PEV al SAD, inicialment era donar el recurs, el servei, jo amb això soc molt crítica, perquè penso que és un abandonament del Departament respecte a incrementar i millorar el SAD. I en lloc de dir tinc un problema, necessito més hores, i en lloc de donar un bon servei públic... És a dir, bueno, va, ho soluciono donant diners perquè la gent pugui anar al privat, a mi no m'acaba d'agradar [...].

- b) *Retallades en les prestacions econòmiques i el pagament de la retroactivitat:* a partir de 2012 es produeix un període suspensiu màxim de 2 anys de les PCNP; la suspensió del pagament de la Seguretat Social als cuidadors que rebien PCNP; l'endarreriment del pagament de la retroactivitat (per a les persones que ja havien generat el dret); i l'eliminació del dret a rebre la retroactivitat a les persones que accedeixen de nou al SAAD. Aquestes retallades suposen una important pèrdua de drets per a les cuidadores,

les quals es veuen obligades —en aquells casos en què havien deixat de treballar per fer-se càrrec del seu familiar dependent— a reincorporar-se al món laboral i a assumir la doble funció de treballadores cuidadores. Amb el consegüent augment de sobrecàrrega física i emocional que pot suposar tenir una activitat laboral i al mateix temps haver de fer-se càrrec de la cura d'una persona dependent. La suspensió de les PCNP també va associat a un augment de les demandes del SAD públic que incrementa la pressió econòmica sobre els ajuntaments i allarga les llistes d'espera.

- c) *Canvis en el model assistencial*: un altre dels efectes dels canvis en el barem i els criteris d'accés seria l'impacte directe que això té per al model assistencial o prestacional; en el sentit que els serveis es veuen obligats a atendre cada cop persones amb graus de dependència més elevats. Els serveis de CD; que tenen una tasca bàsicament rehabilitadora i preventiva i que haurien d'atendre persones amb perfils baixos i moderats de dependència, s'han vist abocats darrerament a atendre persones amb nivells alts de dependència, com a resultats de l'enfortiment del barem i de les llistes d'espera. Això també ha suposat un important increment de la pressió econòmica per a les entitats prestadores de serveis, que han hagut d'adaptar-se a aquest perfil de persones que requereixen una atenció més generalitzada amb els mateixos recursos econòmics. Fet que expressa una de les persones entrevistades:

Aquest canvi de criteris impacta directament sobre el model assistencial. De cop i volta totes aquelles persones que nosaltres teníem com a grau III de dependència, ara es valoren com a grau II. Això vol dir una percepció d'ingressos menor d'aquella persona que abans hagués estat valorada com a grau III, de cop i volta te la valoren com a grau II. Què vol dir? Que si aquella persona ocupa una plaça com a grau II, la Generalitat paga com a grau II. Però la complexitat assistencial d'aquesta persona és de nivell 3. [...] Aleshores, quins perfils tenim dintre del CD? Tenim perfils de grau III de dependència, quan no hauria d'haver-hi graus III de dependència en un CD. I tal com es valoren els graus II tampoc n'hi hauria d'haver-hi. Nosaltres hauríem d'estar treballant amb els graus I de dependència, que tot just han entrat aquest any. Aleshores, què vol dir? Que amb el perfil que nosaltres hauríem d'estar treballant, fent una tasca rehabilitadora, fins i tot, que et diria, de detenció del deterior, nosaltres no podem treballar-ho [...].

- d) *Predomini d'un model de provisió centrat en les prestacions econòmiques*: tal com ja s'ha fet esment, la manca generalitzada de serveis en el model de benestar espanyol provoca, ja des dels inicis de la implementació del sistema, una desviació cap a la provisió de les

prestacions econòmiques. En un principi, enfront d'aquesta carència de serveis, el que s'ofereix de forma generalitzada són les PCNP. I a partir del 2012, quan aquestes prestacions se sotmeten a un període suspensiu de 2 anys per la manca de pressupost, comença a donar-se un augment en la provisió de PEV a serveis. Com s'aprecia seguidament:

És a dir, en el moment en què es va idear i es va començar a planificar es parlava que, excepcionalment, les PCNP serien una excepció, i què ha passat? Que el 80% del que s'ha donat han estat prestacions econòmiques, perquè en aquell moment no hi havia suficients serveis, perquè el volum va ser brutal i perquè es va fer com es va fer [...]. Després quan es van suspendre les PCNP es van introduir les PEV.

En conseqüència, primer, l'efecte de l'encoratjament de la cura en l'entorn familiar a través de les PCNP incrementa la tendència a la refamiliarització del sistema i l'augment del mercat de cura informal dintre de l'economia submergida. És així perquè les famílies que no poden cuidar els seus familiars dependents dediquen els diners que perceben de l'Administració a comprar la cura en el mercat informal, on la mà d'obra resulta més barata que en el sector formal. Després, quan les PCNP se suspenen, la introducció de les PEV als serveis produeix una remercantilització del sistema com a conseqüència de la concertació privada mercantil per part de l'Administració pública.

Dimensió 4. Organització, gestió i finançament del sistema

- a) *Manca de recursos, de previsió i planificació en la posada en marxa del sistema:* tot i que l'organització ha anat millorant amb el temps, un dels trets característics en el desenvolupament del SAAD en els seus inicis va ser la seva precària organització i planificació. La manca de previsió de les necessitats de la població dependent, juntament amb la carència de recursos materials i tècnics per gestionar-les, van ocasionar una forta desorganització en els serveis que molts professionals han titllat de situació caòtica, que es va perllongar fins a gairebé l'any 2012. Com evidencia una de les caps entrevistades dels equips de valoració:

[...] el sistema és súper burocràtic, i el que ha millorat! Veus aquelles caixes d'allà? Doncs, tot això eren caixes d'expedients. Nosaltres vam començar a fer els expedients amb paper, fèiem fotocòpies del barem i escrivíem amb paper i amb una calculadora a mà, anàvem

sumant el que valia cada pregunta i posàvem una puntuació, això ho fotocopiàvem, ho escanejàvem, i ho enviàvem per correu, “correo físico ¿eh?” i allà agafàvem el nom del senyor, la seva puntuació i fèiem els seu expedients. Després d'això ens van arribar les puntuacions ens les van deixar arribar via CD, fèiem Excels i CD, i llavors ho escanejàvem, i després ja va arribar informàticament. Hem passat per 3 fases, la fase CD, la fase paper i ara la fase telemàtica. Però l'ICASS és qui rep totes les valoracions de tot Catalunya, és clar a mi em fa molta por això, mira les caixes, de la gent que vam fer en paper el 2007, perquè si aquesta gent demana una revisió que tinguem una base de com estava en el 2007 i 2008, ja veus és tot paper, ens vam passar un estiu escanejant però a tope, mira (m'ensenya l'expedient) paper, paper, paper... una feina totalment administrativa. Edat de piedra, de bronce i de oro.

- b) *Reducció progressiva del finançament del sistema i desequilibris territorials: un altre dels canvis assenyalats durant la implementació del SAAD ha estat la reducció progressiva del finançament per part de l'Administració general de l'Estat envers les CCAA. Reducció que es produeix principalment a partir de l'any 2010, any en què es decreten les primeres retallades vinculades a les mesures de contenció del dèficit públic. Aquest fet va abocar les CCAA a l'endeutament, perquè van haver de suportar gairebé tot el pes del finançament del SAAD. L'escassetat en el finançament també va contribuir a un desenvolupament territorial del SAAD força heterogeni. Moltes CCAA no van comptar amb suficients diners per a la cobertura dels serveis; inclús van haver de congelar els preus públics de les places concertades o disminuir els preus de concertació amb detriment de la qualitat dels serveis. Aquesta falta de finançament del Govern autonòmic ha afectat igualment els ens locals, que no han comptat amb prou capacitat econòmica per oferir, tal com s'ha vist anteriorment, els serveis comunitaris que els són propis, com queda reflectit seguidament:*

A nosaltres en el nostre sector el que són les quotes les tenim congelades; el que ens paga la Generalitat per una plaça ho tenim congelat des de 2010. Excepte el grau II que ara, aquests any, l'han modificat, i l'any que ve també el modifiquen i l'incrementen, però fins ara no s'havia incrementat. L'Estat tenia que posar el 50% i la Generalitat tenia que posar el 50%. S'ha augmentat l'aportació de la Generalitat i s'ha retallat la de l'Estat. L'Estat no està enviant els diners que s'havia compromès a enviar per atendre la dependència [...]. Imagina't a l'inici de la Llei de la dependència, lo que diu la Llei és que el govern assumeix el 60% del finançament d'aquesta Llei i el 40% les CCAA. En aquest moment, jo no sé molt bé les xifres, però l'Estat està finançant el 17% aproximadament i les CCAA estan pagant el 80% i la part que falta és el copagament que fan les persones. El problema greu d'aquesta

lleï és l'infrafinançament que ha tingut des del principi, i que el RD del 2012, el que va voler va ser, bueno, anem traient-li finançament de totes bandes [...].

Al costat dels problemes de finançament també trobem els desequilibris territorials en la distribució dels recursos o les diferents prioritats polítiques en la distribució dels recursos que fa cada CCAA, com s'aprecia seguidament:

Doncs clar, és que el sistema està força desajustat. Hi ha CCAA que la gent percep bastant més que en altres, i per tant, jo tinc la sensació que s'està afavorint a aquelles CCAA on hi ha menys prestacions, menys recursos. Depèn també de l'orientació política de cada CCAA. És a dir, i ho dic pejorativament en aquest cas "es un reino de taifes" [...]. És paradoxal que una persona amb un nivell 3 de dependència tingui majors prestacions a Navarra, Euskadi [...]. I llavors, ve el debat entre el Govern central i les CCAA. És a dir, que jo ja he posat el meu i tu no has posat el teu [...]. I altres vegades succeeix que no hi ha recursos suficients per a la dependència però s'estan posant ordinadors en totes les aules d'Extremadura. Doncs, és clar, és una qüestió de prioritats.

- c) *Increment de la contractació privada de serveis:* en els últims anys, s'ha evidenciat una tendència a l'externalització de la gestió i de la substitució del concepte «xarxa i oferta pública» pel de «xarxa de serveis de finançament públic». En l'àmbit de la gestió de serveis a la gent gran hi ha hagut un canvi important, ja que estan guanyant terreny les entitats o empreses mercantils. Això s'està produint amb la complicitat de l'Administració, en concertar les places sense tenir en compte la qualitat dels serveis, prenent només en consideració criteris de caràcter econòmic. Això ocasiona que moltes entitats veteranes en la prestació de serveis del tercer sector social, que han estat gestionant un servei durant anys, el perdin quan surt a concurs públic perquè les entitats mercantils ofereixen preus molt més competitius, malgrat que comporti una important davallada en la qualitat de l'atenció a les persones, tal com exposa una gerent:

També crec que aquí "nos vendemos al major postor" i aquí ja entrem en temes de qualitat, eh? Aquí tot val, saps? Llavors hem passat de tenir unes bones residències públiques, amb uns molt bons serveis, i que amb el temps han d'entrar en concurs de qui les gestiona, i aquí no gestiona qui té un millor programa, sinó el que més econòmic ho fa, i al final fer-ho més econòmic vol dir, no tenir el personal adequat, ni suficient i per tant no poder cobrir les necessitats de la gent que tu tens en aquesta residència o que hauries de tenir per places [...]. Ha passat bastant això, en l'atenció del SAD hi ha bastants concursos que els han guanyat ara les mercantils i que abans els teníem entitats sense afany de lucre.

En aquest sentit, també cal tenir present que l'Administració ha afavorit l'entrada del sector privat a través del mecanisme de les acreditacions i les prestacions vinculades a serveis, com ja s'ha vist, amb les quals les persones podem comprar serveis privats al mercat davant la carència generalitzada de places públiques.

- d) *Increment del copagament dels usuaris*: l'increment del copagament en els serveis a partir de l'any 2012 a Catalunya va afectar de forma molt especial el col·lectiu de persones amb discapacitat. Les persones entrevistades que treballen en aquest sector veien molt injust que els copagaments que han de fer les persones amb discapacitat fossin tan alts i poc ajustats a les seves necessitats. Fins al punt que els suposés no poder disposar de suficients diners per gaudir d'una vida normalitzada, tal com assenyala una treballadora social d'una entitat que treballa amb persones amb discapacitats:

El copagament hauria de ser igual depenent al teu projecte de vida, dels teus ingressos i de les teves despeses, s'hauria de parlar de quin copagament tu pots fer, no? No fer-ho així, igualitari, i no tenir en compte que una persona de 30-35 anys que pot estar en una residència, que a part de viure allà té vida i depèn de quin copagament posis és una cosa totalment injusta. Van pujar el copagament moltíssim una persona que estava en una residència gairebé tenia que pagar el 100% dels seus ingressos, el que pretenien és que la gent visqués amb 130 €.

- e) *Sorgiment d'un mercat informal de cura dintre l'economia submergida*: un altre canvi que s'ha produït en el sistema, pel predomini de PCNP, ha sigut l'augment de les contractacions de cuidadores informals dintre de l'economia submergida. Aquest fet s'ha encoratjat inclús des dels mateixos professionals (és a dir, els treballadors socials) dels serveis comunitaris, que veien aquest tipus de recurs com l'única possible solució davant la urgència de cobrir les necessitats de cura i la carència de serveis:

Moltes prestacions de cuidador no professional han anat a parar a l'economia submergida. Jo personalment crec que ha estat, això és un joc pervers, però que bueno, penso que, o "quiero creer", que en els casos que ens han passat per davant, sí que, la veritat, valia la pena, que aquests casos fossin d'economia submergida perquè no tenien un altra solució, perquè sobretot han estat famílies o fills o cosins o família llunyana del dependent que l'única sortida que han tingut era aquesta. Ja estava el servei posat sense contracte, una persona que cuidava en el domicili sense contracte, i que, això del cuidador no professionals els hi ha donat la possibilitat de mantenir-ho, però la veritat és que aquests casos no han estat de risc, s'han contingut gràcies a això [...].

6.4.4. Factors explicatius dels canvis

En l'anàlisi del cas espanyol s'ha de tenir en compte que el procés d'implementació i desenvolupament del SAAD s'encavalca amb l'esclat de la crisi econòmica del 2008 i les mesures pressupostàries decretades pel Govern espanyol orientades a la contenció de la despesa i a la reducció del dèficit públic. Aquest aspecte posa de manifest la necessitat d'analitzar el cas espanyol des d'aquesta doble perspectiva d'implementació i reforma del SAAD. Així doncs, en el seu desenvolupament trobem dues fases: la primera, que aniria des de l'inici del sistema, l'any 2007, fins a l'any 2010; i la segona, que se situaria a partir d'aquest últim any fins al 2017. Els factors que explicarien els canvis en el SAAD, en la primera fase, estarien focalitzats en factors de tipus organitzatiu, de planificació i de manca de dotació de recursos del sistema per poder satisfer les necessitats de les persones dependents. Altrament, els factors explicatius dels canvis en la segona fase, és a dir, a partir de 2010, estarien centrats bàsicament en la contracció del sistema lligada, segons la percepció dels entrevistats, a la crisi econòmica i a condicionants més de tipus polític i ideològic.

En el període 2007-2010, primera fase de desenvolupament del SAAD, els factors que expliquen el desenvolupament i canvis en el sistema, d'acord amb els entrevistats, serien la mala organització i planificació, i la insuficient dotació de recursos per cobrir les necessitats de la població amb situació de dependència. Així doncs, tot i que el SAAD es va engegar en un moment d'optimisme econòmic en el qual també hi havia una voluntat política que va possibilitar-ne la posada en marxa, les mancances endèmiques del model de protecció — tradicionalment assistencialista i caracteritzat per una minsa dotació de serveis— van condicionar-ne el desenvolupament. A banda de l'optimisme econòmic del moment, la pressió feta pels col·lectius i plataformes representants del col·lectiu de persones amb discapacitat van propiciar igualment que se'ls inclogués en el sistema. Aquest fet va suposar un increment de la pressió econòmica global del sistema, tal com verbalitzen algunes de les persones entrevistades:

El handicap inicial va ser que la Llei es va fer quan hi havia bonança econòmica, quan encara no se sospitava això de la crisi, i per tant, semblava que hi havia d'haver diners per tothom [...]. Inicialment, la Llei era només per a persones grans, llavors es va produir una pressió important de les organitzacions representatives de persones amb discapacitat, jo penso que legítima, també ¿no? Però és clar, no es va adaptar, és a dir, es va incloure aquest col·lectiu però no es

van ajustar les previsions econòmiques adequadament. Per tant, ens trobem enfront un sistema que no va aguantar; bé, a banda de la crisi [...].

Un altre dels factors assenyalats que va afectar el desenvolupament del sistema va ser la manca d'organització i planificació global en els seus inicis, que l'hauria conduït, segons els professionals d'atenció directa, a una certa situació de caos:

[...] hi havia defectes de tramitació administrativa bestials. Com podia ser atorgar els beneficis econòmics a gent que ja havia mort [...] a l'inici, la mala planificació de la Llei, des de la posada en marxa del sistema, i bé, hi havia també un important retard en els procediments de reconeixement en les valoracions [...]. Eren molts els problemes que veiem al sistema.

Per altra banda, a partir de 2010, s'enceta una segona fase caracteritzada per la contracció i les retallades del sistema explicades pels entrevistats bàsicament pels problemes de finançament agreujats per la crisi econòmica i els condicionants polítics. Ambdós factors han estat els determinants més emfatitzats pels entrevistats a l'hora d'explicar la contracció i les retallades sofertes pel SAAD. Pel que sembla, des de l'inici va haver-hi una mala definició del compromís en el finançament del sistema per part del Govern central que va fer que, a poc a poc i a mesura que avançava la crisi, aquest s'anés retirant i deixés les CCAA amb tota la càrrega financera, tal com s'aprecia a continuació:

[...] perquè el problema que tenim a Catalunya també el tenen a fora a altres comunitats. Potser no hi ha una llista d'espera tan gran, però també hi existeix, saps? Jo crec que lo que realment es diu que es dona, no es dona la quantitat sencera, hi ha una manca de finançament des del Govern central [...]. La crisi econòmica ha agreujat de forma molt important la situació, i a més, l'Estat, si tu revises la Llei i la part de finançament mai va quedar clar quin havia de ser el paper de l'Estat i de les CCAA. I allò que ha passat és que l'Estat s'ha anat retirant gradualment i ha deixat a les CCAA fent-se càrrec d'un finançament, d'una Llei, que neix d'una competència estatal, s'acorda a escala estatal, però després el pes de tot això recau sobre les CCAA.

La crisi econòmica, a banda d'explicar les retallades, també explicaria, segons l'opinió dels experts, l'increment de les demandes d'accés al sistema a conseqüència de la pèrdua de poder adquisitiu de les famílies, com s'aprecia seguidament:

Els canvis són bàsicament els produïts per una qüestió econòmica i els canvis són... És que és molt primària la situació, és molt primària. Els canvis són reducció econòmica i punto:

reducció de serveis, reducció de prestacions econòmiques perquè no hi ha diners per sufragar. No hi ha serveis, no hi ha prestacions econòmiques, reducció de prestacions econòmiques que ja es donaven [...]. L'increment en el volum de peticions que t'he comentat a partir de 2014-2015, nosaltres creiem que té a veure amb la crisi econòmica. Les persones que han d'atendre persones dependents tenen una despesa extra que pràcticament no poden assumir i el tema de poder tenir un ajut econòmic és el que tothom pràcticament vol. Bueno en moments de crisi econòmica per a les famílies és molt important [...].

Un altre dels factors explicatius assenyalats determinant dels canvis, a partir d'aquesta segona fase, ha estat el polític. La falta de voluntat política per tirant endavant el sistema de CLD per part de l'actual Govern central, atès que no va ser una política defensada ni pactada per l'actual govern del Partit Popular, tal com es reflecteix a continuació:

Bé, tampoc va haver-hi un pacte d'estat en el moment de la Llei, és a dir, el PP es va abstenir, la va treure el PSOE amb la seva pròpia majoria. Però, veritablement no hi havia una filosofia compartida per part de tots dos [...]. Jo crec que hi ha hagut un tema econòmic, la crisi econòmica, però, a més a més, que hi ha hagut un partit molt de dretes que ha permès això. Jo crec que no hi havia gens interès a tirar endavant unes polítiques més progressistes i més properes a la ciutadania, crec que hi ha hagut un partit que ha retallat molt, que de fet a les seves CCAA la dependència no tirava endavant, no s'ha desenvolupat com al País Basc o a Catalunya ¿val? També la crisi econòmica ha acompanyat, i jo penso que el Govern en el seu moment va aprofitar per fer la retallada [...]. Després de l'impacte de la crisi, no hi ha hagut un interès per reforçar, per millorar, potser les inversions han anat a una altra banda, però no pas als serveis socials.

Així doncs, el factor ideològic s'ha vist com un detonant, que a banda d'executar les retallades, ha contribuït a la privatització del sistema, afavorint i encoratjant les empreses a entrar en la gestió dels serveis, com es comenta a continuació:

Jo crec que els canvis que s'han donat tenen a veure amb factors econòmics i factors ideològics. Ideològics perquè tu tens quines polítiques s'han de fer en la dependència, tenen una determinada ideologia i una determinada manera com han de ser. Jo crec que a l'inici, la LAPAD tenia un propòsit però els governs posteriors que hi han hagut a Espanya, però també aquí a Catalunya, estan per una altra cosa. Llavors aprofitant que el moment econòmic era dolent. I finançar una llei com aquesta que volia dir abocar-hi molts diners. Pues clar, et va perfecte dir, mira, no tenim calés, i, a més a més, jo no estic disposat a incrementar els serveis

públics, ja m'està bé, un determinat sistema de benestar en què jo com a Administració faig molt poqueta cosa i ho encolomo tot, tot privat ¿no? Doncs, tot privat, va creixent [...].

Com s'ha vist, la ideologia de l'externalització de la gestió és un dels aspecte que es reitera per part dels entrevistats:

En aquests moments, per exemple en els accessos a les gestions dels serveis residencials. Què és lo que està fent la Generalitat? Donar els serveis, acaben concursant i guanyant empreses, o en l'atenció domiciliària, acaben concursant i guanyant empreses que no tenen cap interès social, que la seva finalitat és pura i dura la del benefici. Llavors, jo crec que aquí es va aprofitar el moment econòmic, que és dolent, i tot el que tu vulguis, però ajuntant-ho amb una ideologia en la qual tu no estàs realment a favor de donar serveis públics. Jo crec que és així, bueno és la meva opinió. Sí, és claríssim, el partit popular va entrar a "saco".

Seguint la mateixa línia del discurs anterior, la por al rescat per part del Govern del Partit Popular i la pressió exercida per la Unió Europea perquè Espanya se situés dintre dels límits del dèficit públic marcats per aquesta institució, també tindrien un pes rellevant a l'hora d'explicar els factors que van contribuir a les retallades a partir de la segona fase de canvis:

L'objectiu únic de Rajoy, per descomptat en bona part de la primera legislatura va ser la crisi econòmica i evitar el rescat [...]. I per tant per a evitar el rescat havia que reduir despeses, el cost social [...]. És a dir, jo crec que Europa va jugar un paper amenaçant i amenaçador "no us passeu perquè si us passeu entrem a sac" ¿no? Bé, jo crec que en això Rajoy sí que va tenir un èxit raonable, deixant molts cadàvers en el camí, no físics [...].

L'últim dels factors explicatius dels canvis ha estat la baixa consciència social dels contribuents i la manca de consciència dels serveis com un bé comú, és a dir, de tots, socials i públics. Com es desprèn de l'expressat per un dels experts entrevistat:

També, el que és absurd és tenir bons serveis i rebaixa d'impostos; perquè les coses costen, no hi ha res gratuït, a algú li costa. A Espanya pretenem, escolti, abaixi'm els impostos i a més tindrà un serveis públics collonuts, doncs, no! El que passa és que aquí no hi ha una mentalitat de contribuent. La gent pensa que allò que és de l'Estat no és teu, i això és una barbaritat educativa, ens costa a tots de la butxaca.

6.5. Conclusions del capítol

A Alemanya, en el primer nivell d'anàlisi, la variació del nombre de treballadors i cuidadors —que abasta també els cuidadors informals— apunta a un clar increment del nombre total de persones dedicades a la cura i als serveis comunitaris, i a un decreixement en llits o places en els serveis residencials. Aquest fet fa visualitzar un model de provisió clarament comunitari, tal com s'ha apuntat anteriorment. I, tot i la manca de dades objectives sobre la cura informal, reforça la idea de la refamiliarització del sistema com a resultat de l'augment de la provisió de cura en l'entorn familiar. Sembla que també s'ha produït una reducció o contenció en els serveis residencials. Igualment, s'hauria donat una lleugera recalibració en els serveis en l'àmbit de l'atenció a les persones amb discapacitat. En síntesi, trobem una expansió del sistema partint d'un reforçament dels seus principis i naturalesa tradicional; el comunitarisme i familiarisme, i, a la vegada, una recalibració i retallades en alguns serveis per a persones amb discapacitat.

En el segon nivell d'anàlisi a Alemanya s'observa que els canvis legals i normatius introduïts es dirigeixen sobretot a reforçar i ampliar la cobertura del sistema sobre la base de la seva naturalesa contributiva. Pel que fa a la dimensió 1, no hi ha hagut canvis significatius en la naturalesa contributiva del sistema, ja que la seva expansió i reforçament s'ha dut a terme mitjançant l'increment de les aportacions de les contribucions laborals. Els principis inspiradors del model de CLD alemany continuen sent la subsidiarietat de la cura vers la família i la dimensió comunitària, que inclouen la proximitat en la provisió de serveis i la promoció de la prevenció i l'autonomia, amb actuacions dirigides sobretot a retardar el màxim possible les situacions de dependència. Per tant, es podria afirmar que el sistema de CLD alemany posa l'accent en la promoció de la salut, l'autonomia personal i l'enfortiment dels suports i serveis en l'entorn familiar; i mostra clarament una continuïtat i apuntalament dels principis fonamentals del sistema de base comunitària i familiarista. Les reformes en la dimensió 2, procediment d'accés i el reconeixement del dret, han tingut com a principal objectiu redefinir el perfil dels usuaris i les necessitats d'atenció. S'ha introduït un nou barem que amplia la cobertura a les persones amb trastorns cognitius i altres discapacitats psíquiques, les quals quedaven exclosos amb l'anterior barem. El canvi de barem, que s'amplia de 3 a 5 graus de dependència, fa possible, per una banda, que les persones amb baixos nivells de necessitat (graus I) puguin accedir-hi, reforçant el principi d'autonomia i prevenció; i, per una altra banda, possibilita que les persones amb elevats nivells de dependència psíquica, que fins ara no podien accedir-hi perquè no comptaven amb prou nivell de discapacitat física, puguin fer-ho amb el nou barem. La dimensió 3, relacionada

amb la provisió, veiem que ha estat una de les més reforçades en produir-se un augment generalitzat en les quanties de les prestacions, tan econòmiques com en serveis, i en tots els graus de dependència. No obstant això, també es fa palesa, tal com s'ha mencionat anteriorment, la tendència envers la refamiliarització del sistema i l'enfortiment d'un model d'atenció de base comunitària a través de l'augment del suport als cuidadors amb mesures encaminades a reforçar la utilització de serveis de suport familiar com ara: el respir, els serveis diürns o nocturns, el SAD, l'increment de les prestacions a l'assegurança social per a cuidadors, de conciliació familiar o les ajudes per a adaptació i arranjament de l'habitatge. A la dimensió 4, organització, gestió i finançament del sistema, l'aspecte més cridaner en el cas alemany el constituïria la creació dels fons de reserva que permetrà fer front a les necessitats futures de cura derivades de l'envelliment de la població, cosa que posa de manifest la mentalitat previsor i planificadora alemanya.

En el tercer nivell d'anàlisi, sobre percepció de l'impacte social i institucional dels canvis per part dels entrevistats, en general a Alemanya hi ha una percepció positiva de les millores introduïdes. Sobretot en l'accés (dimensió 2), com a resultat del canvi de barem, que ha possibilitat una expansió de l'atenció a les persones afectades per trastorns cognitius i problemàtiques psíquiques. A la dimensió 3 (canvis en els serveis), la percepció és que s'hauria donat un increment en algunes prestacions econòmiques i, paral·lelament, un major control de la despesa i petites retallades en els serveis per a les persones amb discapacitat. Això es traduiria en una expansió de la provisió i al mateix temps una recalibració en alguns serveis específics. També es podria afirmar que hi ha hagut una reducció significativa en el nombre de places residencials per a persones grans. Aquest fet ha ocasionat un augment considerable de les llistes d'espera en els últims anys, i en conseqüència una clara prioritització de l'atenció comunitària o «comunitarisme», enfront de l'atenció residencial. En aquest mateix nivell d'anàlisi, i pel que fa als canvis en la dimensió 4 (organització, gestió i finançament del sistema), tot i la millora en alguns aspectes organitzatius, cal remarcar la percepció transmesa per alguns dels professionals sobre la manca de mà d'obra especialitzada o professionals en el sector formal de provisió de la cura i l'increment d'un mercat informal de treball de cura desregularitzat compost per persones immigrants provinents de països pobres.

A Alemanya, els factors explicatius pel que fa a l'enfortiment i expansió del sistema —sorgits a partir de les entrevistes realitzades— han estat bàsicament l'increment de les necessitats de

cura. Tesi que engalzaria amb les teories funcionalistes dels EB i la hipòtesi del sorgiment dels nous riscos socials associats als canvis demogràfics, l'envelliment i sobreenvelliment de la població i l'aflorament de les noves necessitats de cura. Segons aquesta teoria, l'EB hauria respost de forma funcional al sistema incrementant els suports institucionals davant el sorgiment de noves necessitats socials. Tanmateix, s'ha fet referència a les pressions ciutadanes i a la voluntat política per als canvis implementats; i al baix impacte de la crisi econòmica en el sistema de cures a conseqüència de la particular protecció del sistema de finançament.

En el primer nivell d'anàlisi, en el cas anglès, cal dir que es dona una reducció significativa en tots els indicadors quantitatius analitzats. És a dir, ha tingut lloc una reducció important del nombre de cuidadors en el sector formal de la cura i el nombre de beneficiaris de serveis s'ha reduït en mig milió de persones, un 28% en el període analitzat. A partir d'aquestes dades es pot afirmar que, en termes generals, hi ha hagut una contracció important del sector de provisió de CLD anglès.

En el segon nivell d'anàlisi, el marc legislatiu que s'introdueix en el període estudiat correspon a la Llei de cura del 2014 (*Care Act*) i la Llei de reforma de benestar de 2012. En relació amb l'anàlisi de la dimensió 1 (canvis en la naturalesa i principis del sistema), la nova Llei de cura posa especial èmfasi en la prevenció i la promoció del benestar. A la dimensió 2 (procediment d'accés i de reconeixement del dret), veiem que aquesta mateixa llei introdueix un important canvi en el barem de valoració; ja que, igual que en el cas alemany, amplia els criteris d'accés per a persones adultes dependents. Però, paral·lelament, amb la promulgació de la Llei de reforma de benestar del 2012, es dona un enfortiment en els criteris i la condicionalitat d'accés a les prestacions econòmiques per a persones amb discapacitats. Això deixaria entreveure una certa expansió del sistema de protecció en alguns àmbits i col·lectius, i al mateix temps una reducció i recalibració en d'altres. L'ampliació de l'accés també afecta els cuidadors, els quals passen a tenir dret a ser valorats i informats dels recursos que necessiten. Igual que en el cas alemany, es reforça el principi de prevenció, atès que la reducció dels nivells de dependència en l'accés permet accedir-hi amb nivells de necessitat d'atenció més baixos.

Pel que fa a la provisió (dimensió 3), la Llei de cura obliga els ens locals a aplicar el principi de lliure elecció en la provisió, que suposa respectar la voluntat dels «consumidors» reforçant la concepció consumidor-client. També dona prioritat a les prestacions econòmiques en lloc

dels serveis, contribuint així a una major presència del mercat, o remercantilització del sistema. La nova normativa crea un nou servei independent d'assessorament i suport legal a càrrec dels serveis municipals que permet recórrer els dictàmens emesos pels serveis socials en cas de desacord. Això igualment podria significar, tal com s'ha fet esment anteriorment, un pas més enllà en la concepció de consumidor-client i el reforçament de la lògica mercantil. Finalment, a la dimensió 4 (organització, gestió i finançament del sistema), en l'àmbit de la gestió es crea la Comissió Comunitària de Cura. La finalitat d'aquesta comissió és supervisar la tasca realitzada pels treballadors socials municipals i assegurar l'eficiència econòmica del sistema. S'implementa també un règim sancionador per controlar les prestacions econòmiques per a persones amb discapacitat. En l'àrea del finançament, la Llei incrementa el llindar econòmic per sota del qual es pot accedir i introdueix un topall màxim en el cost dels serveis, per evitar que les cures més costoses econòmicament quedin excloses per manca de pagament. Aquestes millores econòmiques no s'han fet efectives per culpa de les retallades introduïdes pel govern arran de la crisi econòmica.

En el tercer nivell d'anàlisi, la percepció dels entrevistats quant a les reformes a la dimensió 1, trobem que hi ha una clara percepció que el sistema continua tenint una marcada naturalesa assistencialista. És a dir, el sistema s'orienta bàsicament a la cobertura de les necessitats bàsiques d'aquells que no poden accedir al mercat per manca de recursos econòmics. A la dimensió 2 s'ha destacat una clara tendència a restringir l'accés als serveis residencials, que té com a resultat un increment de les llistes d'espera, depenent de cada territori. La limitació de l'accés només a criteris d'urgència (o situacions realment severes) i la consegüent prioritització de l'atenció en l'entorn comunitari, deixa entreveure una clara voluntat de contenció de la despesa. Aquesta s'implementa a partir de limitar l'atenció residencial i instaurar polítiques de caràcter comunitari («comunitarisme»), les quals resulten molt més econòmiques, i de restringir l'accés a les prestacions econòmiques a les persones amb discapacitats. A la dimensió sobre provisió (dimensió 3), els principals canvis detectats són les retallades en la provisió pública de serveis i la prioritització dels serveis de menys cost. Alhora, es detecta igualment una reducció de l'oferta de serveis privats en alguns territoris, resultat de la desaparició d'entitats sense afany lucratiu i agències privades dedicades a la cura. D'acord amb l'opinió dels professionals, aquest fet s'explica pels minsos preus que l'estat paga al sector privat per la compra dels serveis de cura. Factors que, junt amb els anteriors, ens apropen a una clara tendència a la contenció de costos i una certa crisi en la provisió de cura. Finalment, a la dimensió 4, es tornen a fer paleses les conseqüències de les

retallades en el finançament dels serveis municipals; tal com queda reflectit a partir de les reduccions efectuades en la contractació de personal i l'increment de les càrregues laborals dels treballadors, que, tot plegat, mostra de forma nítida una reducció del sistema.

Pel que fa als factors explicatius assenyalats pels entrevistats a Anglaterra, poden destriar-se dos tipus de factors: aquells que diluciden l'ampliació i millora del sistema que culmina amb la promulgació de la Llei de cura el 2014. I, en oposició, els que explicarien les resistències en la implementació de les millores recollides en aquesta Llei i la contracció general del sistema. En el primer conjunt de factors hi sobresurten les desigualtats territorials en l'accés als recursos i cobertura de les necessitats; resultat de l'arbitrarietat dels ens locals en aplicació de criteris d'accés i dels problemes de finançament del sistema. El segon conjunt de factors explicarien les contraccions a partir de les mesures d'austeritat implementades pel govern. Per una banda, apareix el fort impacte de la crisi en l'economia anglesa per l'amplitud del seu sector financer, que hauria desfrenat el dèficit i deute públic. Per altra banda, per a alguns dels entrevistats, les retallades han dut implícita una forta càrrega política que guarda relació amb la forma de fer de la ideologia de tall neoliberal dels partits conservadors en el govern, els quals haurien aprofitat la crisi econòmica per retallar els serveis públics i els drets socials.

Pel que fa a Suècia, en l'anàlisi quantitativa, primer nivell d'anàlisi, l'evolució del nombre de treballadors en els serveis públics suecs mostra una davallada del 3,5% de la mà d'obra contractada. Igualment, el nombre de places residencials públiques i de beneficiaris dels serveis es redueix en un 17% i un 20%, respectivament; mentre que el nombre de beneficiaris de serveis a domicili s'incrementa en un 70%. L'anàlisi de les dades mostra la disminució del nombre de professionals qualificats en el sector de la cura. A la vegada, es veu clarament la reducció de l'atenció residencial, que és reemplaçada pels serveis d'atenció domiciliaria, els quals, segurament, si s'analitzés amb més detall el tipus de proveïdor, es veuria que pertanyen majoritàriament a empreses privades, malgrat ser finançats amb diners públics.

A Suècia l'atenció a les persones amb necessitat de cura es troba regulada per la Llei de serveis socials, la Llei de contractació pública i la Llei de serveis per a persones amb deterioraments funcionals. Pel que fa al segon nivell d'anàlisi, les reformes més significatives introduïdes entre el període 2008-2017 s'han centrat en les dimensions 2 i 4. A la dimensió 2 (accés i reconeixement de drets), la reforma de la Llei de serveis socials suposa una ampliació de l'accés als cuidadors informals. Els canvis en la dimensió 4 afecten sobretot la qualitat, la coordinació i l'organització general del sistema de provisió. Pel que fa a la provisió, la

implementació de la lliure elecció de proveïdor significa la instauració definitiva d'un model de provisió de gestió privada i finançament públic.

En el tercer nivell d'anàlisi, i la dimensió 1 (naturalesa i principis del sistema), la percepció general és que el model de CLD suec, tot i l'enfortiment dels principis «envellir a casa» i la promoció de la «lliure elecció de proveïdor» continua mantenint la seva naturalesa universal i els seus principis fonamentals. A la dimensió 2 (accés i reconeixement del dret), ha tingut lloc una ampliació de drets envers els cuidadors que, a partir de 2009, passen a ser valorats i a rebre serveis de suport. Si es té en consideració la naturalesa del sistema suec, inspirada en la voluntarietat de cuidar els pares dependents, el fet que es doni suport als familiars cuidadors significa que, d'una manera o altra, han crescut les seves necessitats. I que aquest creixement de les necessitats dels cuidadors ha estat el resultat de les polítiques comunitaristes lligades a l'enfortiment dels criteris d'accés als serveis residencials. Això hauria provocat que més persones amb dependències severes visquin en el domicili de manera que obliguen els familiars a haver de fer-se càrrec de la seva cura. En el mateix nivell, i pel que fa a la dimensió 3 (provisió de serveis i prestacions), en l'anàlisi del discurs, els professionals d'atenció directa entrevistats han fet paleses les restriccions que s'estan donant en les valoracions per accedir als serveis. Aquest fet, segons sembla, ha estat un altre dels instruments utilitzats a l'hora de retallar els serveis públics i encoratjar la compra de serveis privats. I ha creat, així, una certa polarització entre serveis de cura públics i privats. Els primers, per a persones sense recursos econòmics i els segons, de fàcil accés i als quals es pot accedir sense cap valoració professional, a l'abast de les persones econòmicament més benestants. Els canvis assenyalats referents a la dimensió 4 han estat la introducció definitiva dels criteris de la nova gestió pública i la instauració massiva de la gestió privada de serveis en la provisió. Els canvis en la provisió han configurat un nou mercat privat de cura monopolitzat per les grans corporacions, que ha conduït, segons els experts, a una pèrdua significativa de la qualitat, seguretat i individualitat dels serveis; fruit de la precarització laboral del sector i la crisi de professionals qualificats en què es troba immers.

Pel que fa als factors explicatius dels canvis en la gestió i l'organització dels sistemes a Suècia, primerament, caldria dir que la privatització o mercantilització del sistema és vist com un procés continuat i de llarg recorregut que s'inicia amb la primera gran crisi econòmica dels anys noranta. I que es consolida definitivament amb la introducció de la Llei de contractació de l'Administració pública a partir de 2009. Dit això, es pot afirmar que, per a molts dels

entrevistats, un dels principals factors explicatius d'aquest procés de mercantilització del sistema se situa en el terreny polític. És a dir, el canvi de model es pot explicar a partir de l'aplicació de les polítiques socials de caràcter neoliberal implementades amb la pujada al Govern del partit conservador l'any 2006. L'aspecte ideològic seria així la principal hipòtesi explicativa quant a la privatització del model de CLD suec. I explicaria, tanmateix, les restriccions en el finançament dels serveis, la precarització laboral del sector i la consegüent pèrdua de qualitat en els serveis. Altres factors subratllats s'han focalitzat en les pressions sobre el sistema a conseqüència del creixement de les necessitats de cura de la població per l'envelliment i sobreenvelliment. O també els nous reptes als quals ha de fer front l'actual EB, com poden ser els provinents de les necessitats de la immigració i els problemes d'atur, entre d'altres.

L'últim cas estudiat, el sistema de CLD espanyol, ha tingut un desenvolupament relativament recent en comparació a la resta de casos. Aquest cas s'ha d'analitzar sota la llum d'un doble procés: d'implementació i desenvolupament del sistema, i a la vegada de reforma i contracció del sistema. El SAAD espanyol arranca a principis de l'any 2007 després de la promulgació de la LAPAD (2006). La seva posada en marxa coincideix plenament amb l'esclat de la crisi econòmica, l'impacte de la qual es fa notar a partir de 2010 amb tot un seguit de reformes legislatives que aturen i contrauen radicalment el sistema.

Pel que fa als indicadors estadístics, primer nivell d'anàlisi, malgrat que en el cas espanyol no estan disponibles el nombre de places de serveis residencials, trobem un increment significatiu en tots els indicadors analitzats. Es produeix un increment del 21,7% en el nombre total de treballadors i cuidadors, un 77,2% en nombre de beneficiaris de serveis residencials i un 126,8 en el de serveis comunitaris i a domicili, que situa Espanya només per sota d'Alemanya en relació amb l'increment del nombre de treballadors i cuidadors. Segons aquests indicadors, el nombre de treballadors i beneficiaris del SAAD s'incrementa fins al 2010-2011 i es redueix lleugerament fins al 2012, moment de les retallades. I torna a incrementar-se a partir de 2012-2013, cosa que dibuixa una imatge molt més optimista que la transmesa pels entrevistats. En trets generals, a pesar de les retallades, la clara tendència a l'atenció comunitària, les prestacions monetàries i el minso creixement dels serveis residencials, en el seu conjunt, el sistema de CLD ha estat un dels que més ha crescut de tots els casos estudiats.

En el segon nivell d'anàlisi, període 2008-2010, els canvis encara estan orientats al desenvolupament de la Llei i a l'expansió del sistema. A partir de 2010 apareixen els primers

canvis legislatius, centrats bàsicament en la dimensió 2 i 3, consistents en endarreriment de l'accés al sistema amb mecanismes orientats a l'ampliació dels terminis per accedir-hi; reduccions en la quantia de les prestacions; i la restricció de l'accés a partir de la modificació del barem i de l'enfortiment en les valoracions. A més, l'any 2012 se suspèn el pagament de la retroactivitat de les prestacions econòmiques i se n'allarga el pagament efectiu fins a 8 anys; s'elimina la compatibilitat entre serveis; i es redueixen les prestacions econòmiques i els serveis d'atenció a domicili com a conseqüència dels canvis en el barem. També en l'àmbit organitzatiu, gestió i finançament (dimensió 4), s'incrementa el copagament dels serveis incloent-hi el patrimoni personal per al càlcul de les prestacions, segons les CCAA.

En el tercer nivell d'anàlisi, i d'acord amb les opinions recollides (en relació a la dimensió 1), observem que —tot i les expectatives generades per la implantació d'un nou sistema d'atenció a la dependència de naturalesa universal i de dret subjectiu— els problemes organitzatius i la minsa dotació de recursos motiven que, a la pràctica, no es doni una cobertura real de les necessites dels dependents ni es facin efectius els principis proclamats per la Llei. Pel que fa a l'accés (dimensió 2), les persones entrevistades han emfatitzat les estratègies utilitzades per l'Administració amb el propòsit de retardar i restringir l'accés de les persones dependents al sistema el màxim de temps possible amb l'objectiu de l'estalvi econòmic; a través de mecanismes com els canvis en el barem, l'enfortiment de les valoracions, l'allargament dels terminis o de les llistes d'espera per a l'accés. En relació amb la dimensió 3, no obstant, els canvis legislatius i la contracció del sistema no comencen fins al 2010. Tal com s'ha vist, ja des de l'inici de la implementació del SAAD, es posa en evidència l'endèmica dotació de serveis. La qual produeix un biaix cap a la provisió en prestacions econòmiques en lloc de serveis. A partir de 2010 i fins al 2012, els canvis en aquesta dimensió s'orienten a la reducció de costos i la contracció generalitzada del sistema amb l'eliminació del pagament de la retroactivitat; la suspensió de les PCNP; retallades en els serveis de SAD i el consegüent augment de les llistes d'espera per accedir als serveis, sobretot als residencials. A partir de 2012, després d'un període suspensiu breu, torna a donar-se un creixement de prestacions econòmiques vinculades (PEV) orientades a la compra de serveis privats amb una clara orientació mercantilitzadora. Quant als canvis en la dimensió 4, cal assenyalar que la posada en marxa del sistema es caracteritza per la manca de previsió, organització, dotació de recursos materials i financers, i una clara retirada del finançament estatal a partir de 2010. D'altra banda, l'increment de la concertació i acreditació d'entitats privades mercantils i la tendència a la provisió a través de prestacions econòmiques suposaria igualment una tendència a la

privatització del model de provisió. Tendència aquesta última que hauria derivat en la proliferació d'un mercat privat de cura integrat per persones migrades desregularitzat. Alhora, les dificultats financeres i la progressiva retirada de finançament del sistema per part del Govern central hauria produït diferències significatives en la implementació del sistema i desequilibris territorials pel que fa a l'efectivitat del dret a l'atenció en els diferents territoris.

Els factors que poden explicar tots els canvis descrits en el sistema espanyol de CLD, d'acord amb els experts i professionals entrevistats, són, d'una banda: la carència de recursos, els problemes de planificació i organització i la manca de previsió financera, pel que fa a la fase d'implementació del sistema. D'altra banda, trobem els problemes de finançament ocasionats pel fort impacte de la crisi econòmica a Espanya; la manca de voluntat política per desenvolupar el SSAD; i les pressions fiscals i de reducció del dèficit públic exercides per la Unió Europea. En menor mesura, un altre dels aspectes considerats ha estat la minsa consciència ciutadana per fer valdre els seus drets i contribuir a la defensa i salvaguarda dels serveis públics.

CAPÍTOL 7

ANÀLISI I DISCUSSIÓ

Els models de CLD europeus, que tenen com a finalitat cobrir les necessitats de cura de les persones dependents, presenten —tot i les convergències entre ells— marcades divergències en la seva naturalesa i en els principis que els orienten i guien. Com s'ha vist a la taula 16 del cinquè capítol, a Anglaterra, el sistema de CLD només inclou la població adulta (*adult social care*) a partir dels 18 anys. El model té una naturalesa universal-assistencialista. Per una

banda, tothom pot ser atès si ho sol·licita; però, d'altra banda, només accedeixen al suport públic les persones amb nivells de renda per sota d'una quantitat prefixada. Així, les persones són sotmeses a una estricta comprovació del nivell de renda i aquelles que superen aquest sostre econòmic han d'autofinançar-se la cura íntegrament. En el model de protecció suec, l'atenció se situa dins dels serveis socials i abasta tots els ciutadans sense cap mena de restricció; té, per tant, un caràcter universal. El sistema de cura alemany s'organitza al voltant de l'assegurança pública o privada de dependència de caràcter obligatori, subsistema de l'assegurança de salut. La naturalesa del dret és de caire contributiu-assistencialista. Per un costat, l'accés al dret es troba vinculat a les cotitzacions prèvies al sistema fetes pels treballadors i, per l'altre, els serveis socials donen una àmplia cobertura als dependents que es troben fora de les asseguradores (o que, tot i ser-hi, no poden cobrir el cost íntegre dels serveis). Finalment, en el cas espanyol, trobem que el SAAD, creat a partir de la promulgació de la LAPAD l'any 2006, compta amb una curta trajectòria en comparació amb la resta de models analitzats. Igual que en el cas suec —i parcialment l'anglès—, el sistema de cura espanyol té un caràcter universal; però aquesta universalitat no s'ha fet efectiva a causa de les restriccions en l'accés i la infradotació de recursos que prevalen en el sistema, de clara vocació assistencialista.

Un dels aspectes rellevants sobre els principis que inspiren els sistemes de CLD és que en tots els països, a excepció de Suècia, predomina el principi de subsidiarietat familiar; és a dir, la responsabilitat de la cura recau sobre l'esfera familiar. En l'àmbit organitzatiu, tots els models estan dotats d'un complex entramat normatiu, programes i recursos que abasten diversos àmbits i nivells de gestió: serveis sanitaris i socio sanitàries, serveis socials i Seguretat Social, etc. Alhora, tots ells disposen de programes paral·lels específics d'atenció adreçats a la protecció i promoció de les persones amb discapacitats. Tanmateix, tots els sistemes són gestionats pels nivells regionals i municipals, i finançats (segons el cas) per impostos generals, taxes, cotitzacions i el copagament dels beneficiaris.

Pel que fa al **primer objectiu** de la recerca: «analitzar els canvis en els sistemes de CLD a Anglaterra, Alemanya, Suècia i Espanya, a partir de la crisi econòmica del 2008» i si es segueixen els nivells i les dimensions d'anàlisi. En el primer nivell d'anàlisi (vegeu la taula 38), veiem que a Alemanya es dona una expansió generalitzada del sistema. Aquesta expansió ha tingut lloc principalment en el nombre de treballadors i en el nombre de serveis comunitaris i a domicili. Al mateix temps, el creixement en el nombre de places i beneficiaris de serveis

residencials és menor que en el període anterior. Això fa visualitzar un model de provisió clarament comunitarista i desinstitucionalitzador, que promociona i reforça les cures en l'entorn familiar i contribueix així a la refamiliarització i remercantilització del sistema. A l'extrem oposat trobem el cas anglès. A Anglaterra, hi ha hagut una evident contracció del sistema de CLD, ja que s'observa una davallada en tots els indicadors estadístics analitzats, tant en el nombre de cuidadors com en el de beneficiaris de serveis. A Suècia, els indicadors analitzats mostren igualment una franca reducció en el nombre de places i de beneficiaris en centres residencials públics. S'observa un escàs increment en el nombre total de treballadors i beneficiaris de serveis comunitaris i a domicili. En el cas de Suècia, a més de l'escàs increment d'aquests dos últims indicadors, es percep igualment una retallada i el reemplaçament de l'atenció residencial per la comunitària. En el cas espanyol, malgrat que l'OCDE no disposa de dades sobre el nombre total de places en equipaments residencials, les dades analitzades mostren un marcat creixement en la resta de indicadors. El creixement en la provisió, igual que en la resta de països, es realitza principalment en l'atenció comunitària. No obstant això, en el seu conjunt, el sistema de CLD espanyol ha estat sens dubte el que més s'ha expandit de tots els casos estudiats, com a resultat de la implementació a partir de 2007 del SAAD i la LAPAD.

Taula 38. Anàlisi dels serveis amb finançament públic (primer nivell d'anàlisi).

INDICADORS	ALEMANYA	ANGLATERRA	SUÈCIA	ESPANYA
Nombre total de treballadors i cuidadors	2001-2007: 25% 2007-2015: 37,6%	2001-2008: -31,9% * 2010-2016: -22,6%	2000-2007: 5,69% 2007-2015: 6,15%	2009-2016: 21,7%
Nombre de places públiques en equipaments residencials	2001-2007: 18,5% 2007-2015: 16,3%	2003-2007: -1,4% ** 2007-2016: 1,2%	2000-2007: -10,8% 2007-2015: -6,8%	****

Nombre de beneficiaris de serveis residencials	2001-2007: 20% 2007-2015: 13,3%	2008-2014: -11,6%***	2000-2007: -13,6% 2007-2015: -7,1%	2009-2016: 77,3%
Nombre de beneficiaris de serveis comunitaris i a domicili	2001-2007: 9,1% 2007-2015: 39,7%	2008-2014: -31%***	2000-2007: 28,8% 2007-2015: 32,2%	2009-2016: 126,8%

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'OCDE i de l'Oficina Nacional d'Estadística del Regne Unit. (*Les dades fan referència a la totalitat del RU i només inclouen els cuidadors i queden exclosos els professionals en el sector de les CLD qualificats. **Les dades fan referència a tot el RU. *** Únic període disponible, les dades només inclouen Anglaterra. ****No hi ha dades disponibles).

Referent als canvis legislatius (segon nivell d'anàlisi) i a la percepció segons els entrevistats (tercer nivell d'anàlisi), vegeu la taula 39 i la taula 40, respectivament.

Taula 39. Anàlisi dels canvis legislatius (segon nivell d'anàlisi).

DIMENSIONS D'ANÀLISI	ALEMANYA	ANGLATERRA	SUÈCIA	ESPANYA
1. Naturalesa i principis del sistema	a) Reforçament de la naturalesa contributiva i dels principis d'autonomia i prevenció	a) Reforçament del principi de prevenció i promoció del benestar b) Reforçament del principi de lliure elecció		
2. Procediment d'accés i reconeixement del dret	a) Millora i ampliació dels criteris d'accés	a) Ampliació accés als cuidadors b) Unificació i ampliació dels criteris d'accés c) Enfortiment dels criteris i condicionalitat de les prestacions econòmiques per a persones amb discapacitats	a) Ampliació d'accés als cuidadors	a) Ampliació del termini per resoldre la sol·licitud de 3 a 6 mesos b) Ampliació de la data d'accés a la data de resolució c) Endarreriment del calendari de desplegament d) Modificació del barem de valoració
3. Provisió de serveis i prestacions	a) Increment de la quantia de prestacions i compatibilitat b) Reforç SAD per als cuidadors i mesures de conciliació c) Augment de cobertura de les prestacions per als cuidadors d) Increment d'ajudes d'arranjament de la llar	a) Creació d'un servei de suport legal independent b) Obligatorieta de protecció a la població vulnerable c) Retallades discapacitat		a) Ajornament i suspensió del pagament de la retroactivitat i suspensió (2 anys) i reducció de les PECNP c) Reducció de la intensitat de SAD d) Ampliació de la prestació assistent personal e) Eliminació de compatibilitats entre serveis
4. Organització, gestió i finançament	a) Increment de les ràtios de cuidadors b) Creació de fons de reserva c) Millora del sistema d'informació	a) Creació de mecanismes de control b) Introducció sistema sancionador prestacions per a persones amb discapacitats	a) Implementació del principi d'elecció de proveïdor b) Promoció de la qualitat	Segons CCAA: a) Increment del copagament a través del patrimoni de l'usuari

	d) Increment de les contribucions al sistema e) Limitació del cost dels serveis	c) Millora del finançament i ajornament del pagament	c) Promoció de la integració i coordinació socio sanitària	b) Topall econòmic per rebre prestacions vinculades c) Reducció dels nivells mínims de finançament de l'Estat
--	--	--	--	--

Font: elaboració pròpia a partir de la documentació legal consultada.

Taula 40. Anàlisi de la percepció dels canvis segons els entrevistats (tercer nivell d'anàlisi).

DIMENSIONS D'ANÀLISI	ALEMANYA	ANGLATERRA	SUÈCIA	ESPANYA
1. Naturalesa i principis del sistema	a) Millora del principi d'autonomia personal i de prevenció	a) Assistencialista (cobertura només de les rendes baixes) i desigual b) El principi de prevenció no es fa efectiu	a) Increment de les desigualtats i pèrdua de la qualitat b) Introducció dels principis d'eficiència de la Nova Gestió Pública	a) No implementació real de la universalització en l'accés b) No desenvolupament del principi de promoció de l'autonomia i prevenció de la dependència
2. Procediment d'accés i reconeixement del dret	a) Ampliació dels criteris d'accés i cobertura b) Restricció d'accés als serveis residencials c) Increment llistes d'espera residències	a) Restricció i enfortiment dels criteris d'accés als serveis residencials i a les prestacions econòmiques per a persones amb discapacitat	a) Enfortiment dels criteris d'accés als serveis residencials o altres serveis com l'assistent personal amb l'objectiu de reduir-los	a) Canvis en el barem i enfortiment dels criteris de valoració b) Endarreriment en l'accés dels graus I de dependència c) Endarreriment de l'accés per les llargues llistes d'espera per ser valorat i fer el PIA
3. Provisió de serveis i prestacions	a) Millora en l'accés a prestacions econòmiques: personal budget b) Reducció de serveis (discapacitat) c) Reducció en la provisió de serveis residencials, prioritització dels serveis domiciliaris	a) Retallades dels serveis públics b) Priorització dels serveis de menys cost c) Reducció en l'oferta privada de serveis	a) Reducció de la provisió de serveis residencials b) Introducció d'incentius per a l'encoratjament de la compra privada de serveis c) Canvi de perfil dels usuaris i medicalització dels serveis residencials d) Pèrdua de qualitat, seguretat i individualitat dels serveis	a) Manca de serveis i llistes d'espera per a l'accés als serveis (sobretot residencials) b) Retallades en el pagament de les PCNP i la retroactivitat i la provisió de SAD c) Canvis en el model assistencial d) Predomini de prestacions econòmiques
4. Organització, gestió i finançament	a) Millora en el sistema d'informació b) Manca de professionals qualificats de cura c) Increment del mercat de cura informal d) Increment de les cotitzacions	a) Reducció en les ràtios de professionals i augment de les càrregues de treball b) Introducció de nous mecanismes de control c) Retallades en el finançament dels ens locals	a) Canvi del model públic de gestió i provisió pública que ha comportat una pèrdua de qualitat. b) Canvis en la relació professional-usuari c) Precarització laboral del sector	a) Organització caracteritzada per la manca de recursos, provisió i planificació en la posada en marxa del sistema b) Reducció progressiva del finançament i desequilibris territorials

		d) Increment del copagament dels usuaris	d) Crisi de professionals cuidadors qualificats e) Increment de la descoordinació i manca de cooperació	c) Increment de la concertació privada i acreditació de serveis d) Increment del copagament e) Sorgiment d'un mercat informal de cura dintre de l'economia submergida
--	--	--	--	---

Font: elaboració pròpia a partir de la informació recollida en les entrevistes.

Pel que fa a l'anàlisi dels canvis en la naturalesa i principis del sistema (dimensió 1), a Alemanya els canvis s'orienten a reforçar i ampliar el sistema de CLD sobre la seva base contributiva. En aquest país, els canvis legislatius tenen una ferma orientació expansionista. Cerquen apuntalar els principis inspiradors del model alemany, fomentant la responsabilitat de la cura familiar en l'entorn comunitari a través de l'ampliació dels suports informals. A Anglaterra, malgrat l'última reforma legislativa, posa especial èmfasi en la prevenció, la promoció del benestar i la universalització del suport als cuidadors familiars, en realitat la percepció és que els preceptes mencionats no es tradueixen en una ampliació efectiva del sistema i dels drets (de fet, de tots els països analitzats, el sistema anglès ha estat el que més s'ha contret). Per tant, aquest model ha tingut i continua tenint una marcada naturalesa assistencialista orientada a la cobertura de les necessitats d'aquells que no poden accedir al mercat de cura per mitjans econòmics propis. Es percep, igualment, una minsa efectivitat dels principis de prevenció i una franca tendència remercantilitzadora del sistema. D'ençà de 2008, Suècia no ha introduït canvis legislatius significatius en el sistema de protecció de les persones dependents. A pesar que el model suec continua mantenint la seva naturalesa universal, es percep un clar enfortiment dels principis «envellir a casa» i «lliure elecció de proveïdor». El primer se centra en l'atenció en l'entorn familiar i comunitari, mentre que el segon apuntala definitivament el mercat en la provisió i contribueix a la mercantilització o *marketization* del sistema. La implantació del Sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència (SAAD) a Espanya suposa, almenys teòricament, passar d'un sistema de naturalesa assistencialista a un de naturalesa universal de dret subjectiu. A la pràctica, els problemes en el desenvolupament del SAAD i l'escassetat de recursos invertits en el seu desplegament han ocasionat la no efectivitat real dels principis i drets perseguits per la Llei. De tal manera que — malgrat la naturalesa universal teòrica del sistema—, les problemàtiques en el finançament i l'endèmica provisió de serveis han motivat que un gran nombre de població dependent no pugui accedir al dret subjectiu que proclama la Llei; per tant, deixa en paper mullat el dret universal de protecció.

Els canvis a Alemanya quant al procediment d'accés i reconeixement del dret (dimensió 2) es dirigeixen igualment a una ampliació de la cobertura i de l'accés al sistema. Tal com es fa notar en l'anàlisi de la dimensió 3, aquesta millora en l'accessibilitat no es fa palesa en tots els serveis. A Anglaterra, la Llei de cura d'adults unifica i amplia igualment el barem de valoració, que passa a prendre en consideració els graus més baixos, i estableix el dret universal dels cuidadors a ser valorats. Contràriament a això, la percepció dels professionals que es van entrevistar apunta que en aquest sistema s'ha produït un enfortiment general dels criteris d'accés a les ajudes públiques, i un increment de les llistes d'espera en l'accés als serveis residencials, als quals només s'accedeix amb nivells de dependència severa o en situació de risc social. Durant el mateix període, Suècia ha modificat la Llei de serveis socials, la qual obliga els ens locals a valorar i oferir suport públic als cuidadors familiars. Igual que en els casos d'Alemanya i Anglaterra, a la pràctica, els professionals entrevistats perceben una restricció generalitzada en els criteris de valoració i en l'accés als serveis residencials. En el cas del SAAD espanyol, a partir de l'any 2010, les reformes es dirigeixen a l'alentiment de l'accés al sistema, a través d'instruments com l'ampliació dels terminis, l'endarreriment del calendari de desplegament, l'increment de les llistes d'espera, els canvis de barem o l'enfortiment dels criteris de valoració.

Quants als canvis en la provisió de serveis i prestacions (dimensió 3), aquesta dimensió ha estat una de les més reforçades en el cas d'Alemanya. No obstant això, el principal esforç s'ha dirigit al suport de la cura informal en l'entorn familiar i comunitari. D'aquesta manera, s'ha promociat la refamiliarització del sistema a través de l'enfortiment de l'atenció comunitària i la reducció de l'atenció residencial («desinstitucionalització»). Les entrevistes realitzades mostren clarament la tendència del sistema de provisió alemany a fomentar els serveis de tipus familiarista de base comunitària. A Anglaterra hi ha un reforçament dels drets «consumidor-client» a partir de la creació del servei de suport legal per als usuaris, que permet reclamar legalment qualsevol desavinença amb els serveis socials municipals. Segons els professionals entrevistats, els canvis s'han orientat bàsicament a la contenció de costos i a l'aplicació de polítiques d'austeritat mitjançant retallades en la provisió pública de serveis en general, sobretot els residencials; la prioritització dels serveis domiciliaris; i la reducció progressiva dels costos públics en la compra de serveis al sector privat, que ha derivat en el que podria anomenar-se una «crisi de serveis de cura». En el sistema de CLD espanyol, a partir de l'any 2010, els canvis s'orienten bàsicament a la reducció generalitzada del sistema de provisió.

Pel que fa als canvis en la quarta dimensió d'anàlisi (organització, gestió i finançament del sistema), a Alemanya, es dirigeixen a incrementar la sostenibilitat del sistema i a assegurar-ne el finançament. En el mercat laboral, la percepció dels entrevistats apunta a una carència de cuidadors i professionals qualificats en el sector formal de la cura i a un increment d'un mercat informal desregularitzat, integrat per dones migrades. A Anglaterra, els canvis en la gestió s'han encaminat al control pressupostari i a l'estalvi econòmic, a través de la creació de mecanismes de control de la despesa a partir d'avaluacions periòdiques de la situació de necessitat o de penalitzacions per als qui intenten defraudar. No obstant, la Llei de cura anglesa estableix una millora en el finançament que permet l'accés als serveis a les rendes mitjanes, però això no s'ha fet efectiu pels problemes de sostenibilitat financera del sistema. Les retallades generalitzades per part del Govern central en el finançament dels ens locals han generat una forta contracció en els serveis municipals; una davallada de la ràtio de professionals amb la consegüent sobrecàrrega dels treballadors; i un increment en el copagament dels serveis per part dels usuaris.

A Suècia, l'anàlisi que es després de la quarta dimensió apunta envers la introducció generalitzada de proveïdors privats a partir de la Llei de contractació pública —que ha permès la lliure elecció de proveïdor— ha obligat els poders públics a introduir mesures per millorar la qualitat i la coordinació entre els serveis. Alhora, hi ha hagut una precarització laboral en el sector de la cura i una reducció de professionals qualificats en l'atenció directa. En el cas espanyol, els canvis en aquesta dimensió s'han centrat bàsicament en una reducció progressiva del finançament estatal, un increment de les diferències en la implementació del sistema i desequilibris territorials, el creixement de la gestió i concertació privada, i l'increment del copagament dels usuaris en algunes CCAA. Alhora, ha emergit un mercat de cura informal desregularitzat dintre de l'economia submergida, format per dones immigrants provinents de països pobres, el qual s'ha vist alenat per la provisió generalitzada de prestacions econòmiques de cuidadors no professionals.

En relació amb el **segon objectiu** de la recerca: «analitzar les tendències lligades als canvis identificats en els països i el període estudiat quant a la contracció-expansió del sistema, els mecanismes de reestructuració (remercantilització, contenció de costos, recalibració) i la refamiliarització», a la taula 41 s'indiquen les tendències identificades en els sistemes de CLD.

Taula 41. Tendències de canvi identificades segons nivells d'anàlisi i països.

	ALEMANYA	ANGLATERRA	SUÈCIA	ESPANYA
NIVELL 1	a) Expansió treballadors serveis b) Contracció treballadors serveis residencials	a) Contracció en el nombre de treballadors i de serveis	a) Expansió del nombre de treballadors b) Contracció de serveis residencials i expansió de serveis comunitaris	a) Expansió general entre 2008-2010 i contracció 2010-2016 b) Predomina l'atenció domiciliària
NIVELL 2	a) Expansió i enfortiment del sistema de CLD	a) Expansió del sistema i increment de drets b) Recalibració en les prestacions per discapacitat c) Reforçament principi consumidor-client	a) Expansió de drets dels cuidadors b) Principis de qualitat i coordinació c) Implementació principi de lliure elecció	a) Expansió del sistema fins al 2010 i contracció a partir de 2010
NIVELL 3	a) Recalibració: serveis per a persones amb discapacitat b) Contracció de serveis residencials c) Dèficit de professionals de cura i creació d'un mercat informal	a) Contracció serveis residencials a través de l'increment llistes d'espera b) Enfortiment comunitarisme c) Retallades en els serveis a través de l'enfortiment de criteris d'accés als serveis d) Crisi en la provisió de serveis	a) Enfortiment del principi «envellir a casa» i del comunitarisme, i enfortiment de l'accés als serveis residencials b) Mercantilització del sistema, introducció del concepte de consumidor i criteris de la NGP c) Retallades en els serveis a través de l'enfortiment dels criteris d'accés d) Precarització del mercat laboral i crisi de professionals qualificats	a) Universalització limitada i poca efectivitat del dret subjectiu per la manca de recursos b) Predomini de l'atenció a la dependència en lloc de la prevenció i promoció de l'autonomia c) Predomini d'un model de provisió centrat en prestacions econòmiques en l'entorn familiar, tendència refamiliaritzadora i mercantilitzadora d) Creació d'un mercat informal de cura e) Retallades en els serveis a través de l'enfortiment dels criteris d'accés
TENDÈNCIES GENERALS	Ampliació de drets legals Expansió general del sistema Reproducció naturalesa i principis REESTRUCTURACIONS Contracció de serveis residencials Recalibració sector discapacitat Creació de mercat informal-carència de professionals	Ampliació drets legals-inclusió cuidadors Reproducció naturalesa i principis Contracció general del sistema i enfortiment criteris d'accés REESTRUCTURACIONS Contracció de serveis residencials Contenció de costos Carència de professionals i serveis	Ampliació drets legals-inclusió cuidadors Enfortiment dels criteris d'accés REESTRUCTURACIONS Contracció de serveis residencials Contenció de costos Remercantilització Creació de mercat nformal-carència de professionals	Ampliació de drets legals Implementació-contracció Reproducció naturalesa i principis REESTRUCTURACIONS Contracció de serveis residencials Contenció de costos Creació de mercat informal

Font: elaboració pròpia.

Si observem el segon nivell d'anàlisi, una primera tendència identificada és que, amb diferents intensitats, a tots els països s'han implementat reformes legals dirigides a expandir l'accés als drets. A més, en alguns països, com ara Anglaterra i Suècia, s'han inclòs els cuidadors en el sistema de protecció. Espanya podria considerar-se un cas tardà de desenvolupament, en què el sistema integral de CLD comença el 2007, coincidint amb el període d'esclat de la crisi econòmica, cosa que produeix un confrontament entre expansió-

contracció. Aquesta expansió teòrica dels sistemes podria explicar-se, des del punt de vista de les tesis neofuncionalistes, a partir dels anomenats «problemes de pressió interna» (Schwartz; 2001; Ranci i Pavolini, 2013). Tesi que atribueix la implementació de les noves polítiques de CLD al creixement de les necessitats de cura de la població i a l'aparició dels anomenats «nous riscos socials». Aquesta idea quedaria reforçada a partir de l'observació dels indicadors sociodemogràfics estudiats, els quals evidencien l'augment en l'envelliment i el sobreenvelliment de la població en els últims anys. Els «nous riscos socials» (Taylor-Goody, 2004; Bonoli, 2006), vinculats als problemes de pressió interna dels països, defensats per l'escola neofuncionalista, explicarien així una nova estructura de riscos socials associada a les transformacions sociodemogràfiques i econòmiques resultants del pas d'una societat industrial a una de postindustrial. Els canvis en l'estructura demogràfica per l'augment de l'esperança de vida i el progressiu envelliment de la població haurien contribuït al fet que les persones visquin més anys i es trobin exposades al patiment d'un major nombre de malalties invalidants o situacions de dependència i, per tant, a més necessitat de suport de cura. Alhora, els canvis socioculturals i familiars haurien generat una mancança de suports informals de cura en els últims anys que motivaria la socialització del risc de la dependència de la població.

No obstant la tendència expansionista dels sistemes de CLD, motivada per l'increment en les necessitats de cura de la població, els canvis normatius assenyalats no s'han vist acompanyats d'una millora real dels nivells de protecció, més aviat al contrari. De fet, en realitat, només en el cas alemany hi ha hagut una expansió real i generalitzada del sistema. En aquest cas, tampoc es poden menystenir les reestructuracions que s'han donat en altres àmbits del benestar com el mercat laboral, la lleugera recalibració en els serveis per a les persones amb discapacitat i la clara aposta per les polítiques refamiliaritzadores i comunitaristes. En el cas de Suècia, malgrat que no tots els indicadors analitzats es contrauen, podríem parlar d'un canvi significatiu de model prestacional, implementat a través de l'externalització de serveis públics i de la introducció de mecanismes de control de la despesa orientats a la millora de l'eficiència econòmica del sistema. Eines pròpies de la Nova Gestió Pública que haurien afectat la naturalesa primigènia del model i provocat reestructuracions significatius orientades a una clara mercantilització del sistema.

En els sistemes de CLD anglès i espanyol (a partir de 2010), s'hauria produït una franca contracció d'ambdós sistemes. En el cas espanyol, com ja s'ha mencionat, hi ha una primera fase d'implementació i expansió generalitzada del sistema; i a partir de 2010, una segona fase

de contracció que, tot i no suposar un desmantellament definitiu, provoca un retrocés significatiu en els drets de protecció adquirits, que el situa més a prop d'un model assistencialista que d'un model de naturalesa universal. El model anglès, i també l'espanyol (a partir de 2010), han estat, sense cap mena de dubte, els que més s'han contret. Aquest fet podria respondre, tal com s'analitza més endavant, als «problemes de pressió interna» dels països lligats als cicles econòmics apuntats pels teòrics neofuncionalistes.

Seguint les tesis de Pierson (2001) sobre les reestructuracions que han tingut lloc en els EB, podria afirmar-se que amb certes singularitats s'han donat reestructuracions dels sistemes de CLD en tots els països estudiats. Pierson aporta tres dimensions fonamentals en l'anàlisi dels processos de reestructuració dels EB: el de *remercantilització* o augment de la participació del sector privat mercantil en la provisió de benestar; el de *contenció de costos* o *contracció de la despesa en serveis i prestacions*; i el de *recalibració*, centrat en l'adequació dels programes als objectius. Segons els resultats obtinguts en la recerca, els principals processos de *reestructuració* identificats han estat la «contenció de costos» o «contracció de la despesa», sobretot en els serveis residencials, i la «remercantilització dels sistemes». Per això s'han fet servir tot un seguit de mecanismes adreçats a enfortir els criteris d'accés als serveis residencials i a incrementar les llistes d'espera, situant l'atenció comunitària en el centre de l'atenció. Fet que evidencia que s'ha produït una nítida tendència a la «desinstitucionalització de la cura» en el període analitzat, que fa que només puguin accedir als centres residencials persones amb dependències severes. Aquesta tendència com a mesura de contenció de costos, s'observa en tots els països durant el període analitzat. A la vegada, això ha provocat que hi hagi un major nombre de persones amb necessitats d'atenció mèdica i majors nivells de dependència en els domicilis, de manera que s'han incrementat les necessitats d'atenció socio sanitària en l'àmbit comunitari. El desplaçament de la cura a l'àmbit comunitari i la contracció generalitzada dels serveis residencials, han suposat — segons les tesis defensades per Pavolini i Ranci (2008, 2013)— estratègies de reestructuració dirigides a canviar l'equilibri de provisió entre l'estat, el mercat i la família. S'ha traspassat la responsabilitat de la cura des del nivell central (institucional) al local (o comunitari) i des dels estaments públics al privat i familiar, cosa que suposa una ferma tendència a la remercantilització i refamiliarització dels sistemes. Es podria afirmar que aquesta tendència resulta especialment evident en el cas de Suècia, país en què l'atenció ha recaigut originàriament sobre l'Estat; però, en els últims anys, s'ha fet un important gir del model de provisió, que ha comportat

una imminent *mercantilització* i *familiarització* del sistema. Ambdós processos estarien lligats a un major pes del mercat i de la família en la provisió de la cura.

Una altra de les tendències identificades en els models ha estat la de reproduir la naturalesa i principis originaris del mateix EB. Això podria ser interpretat com la inclinació que mostren les institucions a autoreproduir-se seguint la dependència de la trajectòria o estructures institucionals prèvies a l'hora de configurar noves polítiques (Esping-Andersen, 2000). La tesi de la *path dependence* —central en el terreny de les polítiques socials públiques— se sustenta en el fet que, un cop s'ha establert una pauta d'acció institucional, es produeix un efecte de retroalimentació positiu mitjançant el qual la tendència s'anirà reforçant amb el pas del temps (Pierson, 2001). Així doncs, en el cas d'Alemanya hi ha hagut un clar apuntament de la naturalesa contributiva del sistema, dels seus principis familiaristes i de l'atenció de base comunitària. A Anglaterra, tot i l'ampliació teòrica del sistema i dels drets d'accés, la contenció de costos i retallades en el finançament, juntament amb la implementació fallida de les reformes i les persistents fragmentacions territorials, fan que prevalgui la naturalesa assistencialista del model. Ensenms, la proliferació de programes basats en prestacions monetàries deixa entreveure la tendència al reforçament dels principis de «consumidor» i del mercat en la provisió.

En el cas de Suècia, es podria parlar de reestructuracions de llarg recorregut que han tingut com a resultat un clar procés de canvi de model de provisió i gestió, que ha pivotat des d'un sistema universal de gestió pública a un model de provisió i gestió privada finançat públicament, amb una clara tendència a la implementació dels principis de la nova gestió pública. Aquest procés de reestructuració, en el cas de Suècia, també podria explicar-se a partir de les tesis neoinstitucionalistes i els processos de retroalimentació política, més concretament a partir de la teoria del *growth-to-the-limits*. Aquesta tesi sosté que el creixement econòmic continuat en els inicis d'alguns dels EB va possibilitar el creixement paral·lel de les polítiques socials, però que, amb l'esdeveniment dels nous riscos socials, l'alentiment econòmic i les mesures d'austeritat imposades per la globalització econòmica, els governs s'haurien vist obligats a reestructurar els EB. Aquestes reestructuracions haurien provocat que els EB més generosos esdevinguessin més propensos a les retallades; i, per contra, que els menys generosos en l'època daurada es trobin actualment en una mena d'efecte d'actualització o *catch-up effect* (Pierson, 2001; Ferrera i Hemerijck, 2003; Moreno, 2009). Situació en la qual, tot i la situació d'austeritat permanent actual (Pierson, 2001),

s'hauria produït un augment substancial en despesa social en els últims anys (Castles, 2007). Juntament amb les teories neofuncionalistes (relacionades amb l'aparició dels *problemes de pressió interna* dels països i dels *nous riscos socials*), la tesi del *cath-up* resultaria adient per explicar l'increment de la despesa en protecció social en el cas espanyol i la implementació d'un model universal de CLD. Però no explicaria els problemes en la implementació del sistema de CLD a partir de la crisi econòmica, les restriccions en l'accés als serveis públics i la ferma orientació familiarista i comunitarista del model. Aquests aspectes es trobarien més relacionats amb les tesis sobre la dependència de la trajectòria, apuntades anteriorment, que haurien fet que no es trenqués amb el model assistencialista original.

Els canvis en el sector laboral de les CLD ha estat una altra tendència identificada. Els processos de reestructuració descrits, guiats per la contenció de costos i la remercantilització dels sistemes, han propiciat un augment considerable de la flexibilització i precarització laboral dels serveis de cura. Aspectes que podrien estar relacionats, segons assenyala Martín (2008), amb la fallida de les polítiques en matèria d'ocupació europees lligades a l'Estratègia de Lisboa 2000, recollides en el Llibre Verd de la Comissió Europea. Es tracta de polítiques centrades en l'abaratiment de la contractació, la creació de llocs de treball de baixa qualificació i la potenciació de nous sectors intensius d'ocupació (jaciments d'ocupació). Aquest tipus d'estratègies en matèria d'ocupació —centrades en la provisió de serveis públics a baix cost— ha propiciat un dèficit progressiu de professionals qualificats i de serveis que podria ser el causant de la creació d'un mercat informal desregularitzat de cura a baix cost, format per dones d'origen migrant. Tot i que aquesta tendència es dona en tots els països analitzats és especialment rellevant en els casos d'Alemanya i Espanya. Això connecta amb les teories de les dinàmiques de globalització i feminització del treball de cura apuntades per Oso i Parella (2012), segons les quals el treball de cura incideix directament sobre les desigualtats de gènere i contribueix a l'anomenada *extracció de la cura* o *care drain* —situació en què es compra la cura a baix cost a dones migrades provinents de països pobres. En el cas espanyol, tal com assenyala Martínez Buján (2010), resulta evident que les transferències monetàries generalitzades en la primera fase d'implementació del sistema i la manca endèmica de serveis han incentivat la contractació de dones migrades dintre de l'economia submergida i han fet emergir un nou model de cura familiar centrat en «una migrant en la família».

En aquest mateix sentit, Van Hoover (2012) defensa que la presència de dones migrades en l'organització de la cura està directament connectada amb el tipus de règim de cura, i que els règims familiaristes (com els casos d'Espanya i Alemanya) hi són més proclius. D'altra banda, Anglaterra fomentaria més la mà d'obra migrant en el mercat laboral; i els països socialdemòcrates, com Suècia, no generarien cap mena de treball migrant de cura. Aquesta afirmació no resultaria tan evident segons els resultats obtinguts en la present recerca. No obstant les diferents formes d'organització de la cura segons els països (assenyalades per Van Hoover), hi ha una tendència creixent en tots ells a cobrir les necessitats de mà d'obra en el sector de la cura a través de persones migrades d'altres països o de refugiades (en el cas de Suècia) i s'evidencia a la vegada una manca de professionals especialitzats en aquest àmbit laboral.

Aquestes tendències de canvis detectades en les polítiques de cura també podrien emmarcar-se dintre de les tesis del corrent neofuncionalista, concretament en la teoria de la *divergència-convergent* (Seeleib-Kaiser, 2001, 2008). Aquesta teoria posa en relació els tipus de reforma implementades en els diferents models institucionals de benestar i l'existència de tendències comunes reformadores (remercantilització, refamiliarització o privatització) lligades a les diverses arquitectures institucionals dels sistemes de protecció dels països. En els sistemes de CLD dels països estudiats, les tendències comunes identificades han estat: l'ampliació dels drets d'accés; la reproducció de la naturalesa i principis dels sistemes; la contracció dels sistemes a través de mecanismes com l'enfortiment dels criteris d'accés, sobretot en els serveis residencials («desinstitucionalització») i de l'ampliació dels serveis comunitaris («comunitarisme»); i la precarització i flexibilització laboral del sector, que ha donat pas a un mercat informal o la carència de professionals de cura segons els països.

El **tercer i últim objectiu** de la recerca persegueix «explicar les reformes a partir de l'impacte de la crisi econòmica en els models de benestar dels països». Per poder respondre a aquest objectiu es van construir dues categories d'anàlisi que permetessin mesurar el major o menor impacte de la crisi econòmica en els països (intensitat de la crisi—variació del PIB, el dèficit i el deute públic, i evolució de la taxa d'atur— i durada de la crisi) i la fortalesa dels models de benestar (evolució i naturalesa, la despesa o esforç en benestar social, el model de provisió, les desigualtats d'ingressos familiars i la taxa de pobresa). Pel que fa als indicadors econòmics analitzats, s'ha pogut observar que, després d'una fase generalitzada d'expansió econòmica, l'any 2008 i en tots els països, hi ha una caiguda abrupta del PIB, que marca

l'inici d'un cicle de recessió econòmica, que finalitza —a excepció del cas espanyol— en el període 2009-2010. El país més afectat per la caiguda del PIB va ser Suècia, amb una davallada del -4,37%, el va seguir Anglaterra amb el -3,89%, Alemanya amb el -2,74% i finalment Espanya amb el -2,24%. En el període precrisi, Espanya se situava a la capçalera del creixement econòmic (9,52% del PIB) amb un avantatge notable en relació amb Alemanya (4,9%) i els altres dos països, que ho feien en un 5,6% (en el cas d'Anglaterra) i un 6,07% (en el de Suècia). En el període postcrisi 2009-2010, Suècia encapçala la recuperació amb un creixement del 5,8%, seguida d'Anglaterra amb un 4,7% i d'Alemanya amb un creixement significativament inferior (2,82%). Contràriament, en aquest mateix període, Espanya encara es troba sota els efectes de la crisi econòmica (-0,9%), ja que després d'una lleu recuperació del 0,6% entre el 2010-2011 cau novament en recessió el 2011; segueix un creixement força moderat a partir de 2012, en comparació a la resta de països.

El deute públic en tots els països es manté per sota del 70% del PIB en el període precrisi. A l'inici de la crisi, el deute augmenta en tots els casos, excepte a Suècia. Alemanya manté un deute moderat que comença a reduir-se el 2012 i arriba al 78% el 2015. Espanya i el Regne Unit, països amb menors nivells de deute públic que Suècia i Alemanya en el període precrisi, inicien a partir de 2007 un espectacular ascens del deute públic que passa a ser del 116,8% i el 123,2% del PIB el 2016, respectivament. Pel que fa al dèficit, entre 2007-2009, el Regne Unit i Espanya arriben a tenir un dèficit del 10% del PIB. Mentre que el 2016 Alemanya i Suècia ja han superat el dèficit, Espanya i el Regne Unit continuen mantenint uns nivells de dèficit força elevats. En l'anàlisi del mercat laboral, entre 2007-2010, l'atur s'eleva de forma moderada a Suècia i al Regne Unit. A Alemanya, a partir de la reforma laboral de 2005, disminueix progressivament i arriba a ser gairebé del 0% el 2016. En canvi, a Espanya, entre 2007-2013 la taxa d'atur arriba al 26%.

A partir de l'anàlisi dels indicadors econòmics es pot concloure que la crisi ha tingut un impacte desigual en els països, tant en intensitat com en durada. Espanya seguida d'Anglaterra van ser els dos països on la crisi econòmica va tenir un major impacte. Tanmateix, han estat els països en què els sistemes de CLD s'han contret més. En aquests dos països, la intensitat de la crisi es visualitza clarament a partir dels elevats nivells de dèficit i deute públic assolits. A Espanya les taxes d'atur es van mantenir força elevades, inclús bastant de temps després de l'esclat de la crisi, la qual es va perllongar fins al 2013. I és en

aquest últim país on la recuperació econòmica és molt més lenta que en la de la resta de països analitzats.

Pel que fa a la fortalesa dels models de benestar, veiem que la despesa en protecció social a Anglaterra (model de naturalesa assistencialista amb sanitat universal) el 2016 era del 21,5% del PIB, bastant per sota que el de la resta de països. Aquell mateix any, Alemanya (model de naturalesa contributiva) va gastar-se el 25,3% del PIB; Suècia (model de naturalesa universal) va dedicar-hi el 27,1%; i Espanya (que representa un model de naturalesa mixta), el 24,6% només per sobre d'Anglaterra. Si s'analitzen les tendències en despesa en protecció social, segons els països, s'observa que hi ha marcades diferències històriques en despesa en protecció social entre Suècia-Alemanya i Espanya-Anglaterra: els dos primers són països molt més forts que els segons. És evident, per tant, que el país que més esforç econòmic dedica a la protecció social i que presenta una major robustesa continua sent Suècia, seguida d'Alemanya, Espanya i, en darrer terme, Anglaterra.

Suècia també ocupa el primer lloc quant a despesa en serveis, seguida d'Alemanya, el Regne Unit i Espanya (Alemanya i Espanya serien els països amb més despesa en prestacions econòmiques). Aquest indicador mostraria el compromís públic en la provisió i, per tant, també constituiria una clara mostra de fortalesa del sistema de protecció. Finalment, pel que fa a les desigualtats d'ingressos familiars i la taxa de pobresa, el país amb més desigualtat en els ingressos familiars (segons el coeficient de Gini) és el Regne Unit amb una desigualtat del 0,35; després ve Espanya amb 0,34; Alemanya amb el 0,29 i Suècia amb el 0,28. A diferència del Regne Unit, que ostenta la taxa de pobresa més elevada en persones majors de 65 anys, Espanya seria el país amb la taxa de pobresa més baixa en aquest mateix grup d'edat, però amb la taxa de pobresa més alta en la resta de grups. Contràriament, Alemanya i Suècia mantenen valors per sota del 0,10 en tots els grups d'edat.

Dels quatre casos analitzats, els dos països que presenten una major fortalesa en tots els indicadors de benestar estudiats són Alemanya i Suècia. Per contra, els EB del Regne Unit i Espanya serien els països amb menys fortalesa. En el cas d'Espanya, malgrat que la seva despesa en benestar s'apropa a la d'Alemanya, no aconsegueix reduir els nivells de pobresa en certs col·lectius. Això, tal com s'ha analitzat amb profunditat en un dels capítols precedents, podria estar vinculat a les característiques del seu mercat laboral, les elevades taxes d'atur i els escassos nivells de protecció enfront de la pèrdua d'ingressos provinents del treball. En desigualtat d'ingressos familiars, tant el Regne Unit com Espanya es troben molt

per damunt de la resta de països. Suècia, tot i tenint en consideració els canvis en el model de provisió, és l'únic país on es visualitza una elevada despesa pública en serveis; en l'extrem oposat hi hauria Espanya amb uns nivells de provisió en serveis molt per sota al de la resta de països.

La **primera de les hipòtesis** plantejades afirma que «els canvis introduïts en els sistemes de CLD dels països estudiats, tot i mantenir-hi la seva naturalesa, apunten a una tendència a les reestructuracions orientades bàsicament a la contenció de costos en la provisió de serveis i a la remercantilització i refamiliarització del sistema a través del foment de la cura en l'entorn familiar». Es podria donar una resposta afirmativa a la tendència dels països a mantenir o reproduir la seva naturalesa, excepte en el cas de Suècia. Aquest país ha estat considerat un dels models exemplars de benestar per l'alta qualitat dels seus serveis públics i de naturalesa universal; però, en els darrers anys, el model de CLD suec ha estat objecte d'un important procés d'externalització i privatització en la provisió, que va culminar amb l'aprovació de la Llei del sistema d'elecció del sector públic (LOV/2008). Aquesta llei, implementada el 2009, permet la lliure elecció de proveïdor públic o privat i introdueix mecanismes orientats a la reducció fiscal per la compra de serveis domiciliaris. Aquest mecanisme afavoreix la compra directa de serveis en el mercat sense cap mena d'intervenció dels serveis socials, i consolida així un model de provisió de cura dual. Ensenms, la introducció massiva del mercat hauria ocasionat una pèrdua important de la qualitat i individualitat en l'atenció, que modificaria la naturalesa universal i igualitària del model. A Espanya, les contraccions sofertes pel sistema a partir de 2010 haurien deixat sense protecció una gran part de la població dependent, de manera que haurien invalidat la naturalesa universal i el dret subjectiu de protecció proclamat per la Llei de dependència (39/2006).

Sobre el fet que les reestructuracions s'han orientat bàsicament a la contenció de costos dels serveis i a la refamiliarització i remercantilització dels sistemes de cura —i tal com s'ha comentat a l'inici—, la contenció de costos o contracció dels sistemes s'haurien produït principalment en els casos d'Espanya i Anglaterra. En el primer país trobem una primera fase d'implementació i expansió gradual del SAAD (amb una marcada tendència a les prestacions econòmiques) i, una segona fase, a partir de 2010, de contracció generalitzada, tant en serveis com en prestacions econòmiques. En tots els països (a excepció d'Alemanya), es percep una tendència a la contenció de costos a través de l'enfortiment dels criteris d'accés als sistemes de cura i una clara contracció dels serveis residencials (també en el cas d'Alemanya). Aquest

últim aspecte visualitza una tendència a la «desinstitucionalització» de la cura i a l'enfortiment de l'atenció comunitària («comunitarisme»), que es pot interpretar com un intent de contenir la despesa pública a través de l'increment de la remercantilització i refamiliarització dels sistemes, en traspasar la responsabilitat de l'atenció de la cura a l'àmbit familiar i al mercat.

En relació amb la **segona de les hipòtesis** plantejades en la recerca: «la crisi econòmica del 2008 ha incrementat les contraccions en les polítiques de CLD en tots els països, sobretot en aquells en què la crisi ha tingut més impacte quant a intensitat i durada, i els models de benestar són més febles». Sobre la primera afirmació —la crisi econòmica ha incrementat les contraccions en les polítiques de CLD en tots els països estudiats—, aquesta hipòtesi quedaria refutada, ja que no és cert que els sistemes de CLD s'hagin contret en tots els països, com queda demostrat en el cas d'Alemanya, on s'ha produït una expansió i reforçament generalitzat del sistema. Sí que resulta cert que els països on la crisi econòmica ha tingut un major impacte en intensitat i durada són els més afectats per les contraccions (Espanya i Anglaterra). Al mateix temps, aquests dos països, a més d'haver sigut els més sacsejats per la crisi econòmica, són els que tenen EB més febles, cosa que confirmaria la segona part d'aquesta hipòtesi. Tal com s'ha vist en els capítols precedents, la crisi econòmica ha tingut diferents impactes en els països. Per tant, les contraccions en els sistemes de CLD es trobarien vinculades a la crisi: serien més fortes en els països on la crisi ha tingut un major impacte i els models de benestar són més febles (casos d'Espanya i Anglaterra). Contràriament, en els països on els EB mostren més fortalesa, l'impacte de la crisi econòmica en els sistemes de cura ha estat menor. Per tant, es podria concloure que la fortalesa de l'estat de benestar, juntament amb l'impacte de la crisi econòmica expliquen les reestructuracions en els sistemes de CLD.

A partir del que s'ha exposat fins ara es pot inferir la **pregunta** formulada en la recerca: *¿Explica l'impacte de la crisi econòmica en els EB dels països les reformes introduïdes en els seus sistemes de CLD?* La resposta a aquesta pregunta és afirmativa, ja que els sistemes de CLD que més s'han contret han estat aquells en els quals la crisi econòmica ha tingut un major impacte. Cal tenir present, però, —i segons les opinions expressades per les persones entrevistades— que les reformes en els sistemes no s'expliquen només a partir de les dues variables estudiades (vegeu la taula 42).

Taula 42. Factors explicatius dels canvis per països i segons els participants.

ALEMANYA	ANGLATERRA	SUÈCIA	ESPANYA
<p>Demogràfics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessitat de millora del sistema per l'envelliment i sobreenvelliment de la població a conseqüència dels avenços mèdics que han fet que les persones visquin més anys, tot i patir malalties cròniques invalidants 	<p>Demogràfics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessitat de millora del sistema per l'increment de les necessitats de cura per l'envelliment i sobreenvelliment de la població, a conseqüència dels avenços tecnològics i científics dels últims anys 	<p>Demogràfics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pressions en el finançament dels serveis per a l'increment dels canvis demogràfics 	
<p>Sociolaborals i familiars</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integració de la dona en el mercat laboral - Mobilitat per raons formatives i laboral 	<p>Institucionals</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultat de la implementació de noves polítiques per part de les institucions, i resistència al canvi 	<p>Nous riscos socials</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ascens de la natalitat - Increment del nombre de refugiats i de persones nouvingudes 	
<p>Pressions ciutadanes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitzacions per a la salvaguarda dels drets socials i de les persones amb discapacitat o dependència 			<p>Culturals</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baixa consciència ciutadana en la contribució als serveis públics
<p>Econòmics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baix impacte de la crisi econòmica i baixos nivells d'atur a conseqüència de les reformes implementades abans de la crisi 	<p>Econòmics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alt impacte de la crisi econòmica i financera a causa de l'extensió del sector financer anglès, que produeix una reducció via impostos i un fort increment de la despesa pel rescat bancari 		<p>Econòmics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fort impacte de la crisi econòmica
<p>Polítics i ideològics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voluntat política d'enfortiment del sistema de CLD - Salvaguarda del sistema per l'especial configuració, naturalesa i protecció del sistema alemany (fonts de reserva) 	<p>Polítics i ideològics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicació de polítiques d'austeritat de tall neoliberal per part dels partits conservadors que prenen la crisi econòmica com a excusa per reduir el sector públic 	<p>Polítics i ideològics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementació de polítiques de tall neoliberal arran de l'entrada de partits conservadors en el Govern, la conseqüent retallada d'impostos i la pèrdua de recursos públics - Introducció de la idea d'eficiència del sistema, la NGP i de criteris econòmics per sobre de les necessitats socials - Pèrdua d'interès per la millora de les polítiques socials i per a les conseqüències de la crisi econòmica 	<p>Polítics i ideològics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manca de voluntat política per tirar endavant el sistema - Influència i pressions polítiques des de la UE

	Organitzatius i finançament: - Necessitats de millora de les desigualtats territorials en la provisió, per l'arbitrarietat municipal en l'aplicació dels criteris d'accés als serveis - Manca de qualitat dels serveis - Desigualtats en el finançament ocasionades per la forta orientació assistencialista i privada de serveis, que exclou una bona part de la població		Organitzatius i finançament - Manca d'organització i planificació del sistema, i de dotació de recursos econòmics
--	--	--	---

Font: elaboració pròpia.

Els factors explicatius dels canvis varien segons els països. A Alemanya, l'enfortiment i expansió del sistema de CLD s'entén a partir de l'increment de les necessitats de cura de la població, tesi que engalzaria —com s'ha vist— amb les teories funcionalistes dels EB i la hipòtesi del sorgiment dels nous riscos socials associats als canvis demogràfics; l'envelliment i el sobreenvelliment de la població i l'aflorament de noves necessitats socials. Altres factors apuntats en aquest país han estat les pressions ciutadanes, la voluntat política per a la implementació dels canvis i el baix impacte de la crisi econòmica, resultat de la particular protecció amb què compta el sistema de CLD. A Anglaterra, trobem dos tipus de factors explicatius: els que fan referència a l'ampliació i millora del sistema legal de protecció, i els relacionats amb les dificultats en la implementació de les millores legals i les contraccions generals patides pel sistema. El primer dels factors explicatius d'ampliació del sistema tindria a veure amb fragmentacions i desigualtats territorials, conseqüència de les arbitrarietats municipals en l'aplicació dels criteris d'accés al sistema, i la necessitat de millorar-ne l'equitat financera. El segon tipus de factors, que explicarien les contraccions del sistema i les mesures d'austeritat implementades pel govern, apuntarien a l'impacte de la crisi econòmica, per l'elevada exposició del sector financer del país; l'increment del dèficit i deute públic; i les polítiques neoliberals del partit conservador en el Govern.

A Suècia, els canvis en el model de CLD relacionats amb el procés de privatització o mercantilització del sistema de CLD, és vist com un procés progressiu que s'inicia amb la primera gran crisi econòmica dels anys noranta i acaba consolidant-se amb la Llei de contractació de l'Administració pública de 2009. El principal factor explicatiu d'aquest procés de mercantilització dels serveis, segons els entrevistats, se situa sobretot en l'esfera de les decisions polítiques i l'aplicació de les polítiques públiques de caràcter neoliberal a partir de la pujada al poder del partit conservador l'any 2006. En aquest país, l'aspecte ideològic seria clau per explicar els canvis en la naturalesa del model, el progressiu procés de privatització

dels serveis, les retallades en els serveis residencials, la pèrdua progressiva de la qualitat i la precarització laboral del sector. Finalment, en el cas espanyol, els principals factors explicatius considerats han estat: la carència endèmica de recursos; els problemes de manca de planificació i organització, i la manca de previsió financera en la fase d'implementació del sistema; els problemes de liquiditat a conseqüència del fort impacte de la crisi econòmica; la manca de voluntat política per desenvolupar el sistema; i les pressions orientades a la reducció del dèficit públic exercides per la Unió Europea. Un altre aspecte considerat ha estat la minsa consciència ciutadana per fer valdre els seus drets i la necessitat de contribuir a la salvaguarda i finançament dels serveis públics.

CAPÍTOL 8

CONCLUSIONS

En aquest últim capítol es presenten les conclusions i algunes propostes que podrien resultar interessants per al desenvolupament de futures línies d'investigació. Com ja s'ha fet esment en l'apartat introductori, la rellevància actual dels sistemes de CLD rau en la importància que han assolit aquests sistemes per al benestar social en els últims anys i en l'escassetat d'estudis comparatius que aborden en profunditat l'impacte de la crisi de 2008. A continuació, a tall de conclusió, es reprenen els objectius de la recerca i es fa una síntesi dels resultats obtinguts.

Quant als objectius d'*analitzar els canvis i les tendències de canvi lligades als processos de reestructuració dels països a partir de l'impacte de la crisi i la fortalesa dels seus EB*, es pot afirmar que Alemanya és l'únic país on s'ha produït una clara expansió del sistema de cures. En el primer nivell d'anàlisi (canvis en el nombre de cuidadors i beneficiaris en els serveis de CLD públics) veiem que, a partir de 2007, a Alemanya hi ha un increment generalitzat de tots els indicadors estadístics. També s'observa que aquesta expansió es dona bàsicament en els serveis comunitaris i domiciliaris, mentre que els serveis residencials disminueixen lleugerament en relació amb el període precedent. En els casos d'Anglaterra i el Regne Unit, els canvis en aquest mateix nivell d'anàlisi apunten a una contracció generalitzada de tots els indicadors. A Suècia, igual que a Alemanya, trobem una contracció en el nombre de places públiques i de beneficiaris en centres residencials, i un escàs creixement en la resta d'indicadors. En el cas de Suècia, l'escàs creixement del sector podria interpretar-se com una contracció general del sistema, atès que el creixement de les necessitats de cura de la població no haurien anat acompanyades d'un augment de l'atenció i dels serveis. En el cas espanyol, la manca de dades en aquest nivell d'anàlisi no permet fer una comparació temporal de l'evolució dels canvis. En línies generals, però, en el cas espanyol, podríem parlar d'una expansió general del sistema per la implementació del SAAD a partir de l'any 2007.

En el segon nivell d'anàlisi (canvis legislatius), trobem que, amb certes particularitats, els canvis en tots els països s'orienten a una clara expansió dels drets i dels criteris d'accés als sistemes. A Anglaterra i a Suècia, a més, s'inclouen els cuidadors en la protecció. En el cas espanyol, a diferència del primer nivell d'anàlisi, en aquest segon nivell s'observa perfectament que es combina una doble dinàmica expansió-contracció. És a dir, entre 2007-2010 s'engega el sistema integral de CLD (Llei de dependència), però a partir de 2010 s'inicia

una agressiva reforma legislativa que posa fi a l'etapa expansionista anterior. Els mecanismes utilitzats per contenir els costos en el cas espanyol (mesures de contenció del dèficit i deute públic) es van dirigir a alentir l'accés als drets a través de l'ampliació de terminis de desplegament del sistema i del pagament de la retroactivitat; a enfortir els criteris d'accés mitjançant els canvis en el barem de valoració; i a reduir les prestacions i serveis. En darrer terme, i segons la informació obtinguda dels entrevistats (tercer nivell d'anàlisi), en tots els països (a excepció d'Alemanya) es produeix un enfortiment general dels criteris d'accés als sistemes i una important contracció en l'accés als serveis residencials. En el cas d'Espanya, també es confirma una primera etapa expansiva d'implementació del SAAD, que dura fins al 2010, i una segona fase de contracció i retallades generalitzades. A la taula 43 s'han sintetitzat les principals tendències de canvi, les quals es descriuen a continuació.

Taula 43. Tendències de canvi en els sistemes europeus de CLD.

TENDÈNCIES GENERALS	<ul style="list-style-type: none"> a) Expansió dels drets legals en els sistemes b) Reproducció de la naturalesa i principis dels sistemes c) Contracció dels serveis residencials («desinstitucionalització»), increment de l'atenció comunitària («comunitarisme»), i remercantilització i refamiliarització dels sistemes d) Precarització laboral del sector «desprofessionalitzador» i creació d'un mercat de cura informal desregulat
------------------------	---

Font: elaboració pròpia.

(a) *Expansió teòrica dels drets d'accés*: amb diferents intensitats, en tots els països s'han implementat reformes legals dirigides a expandir l'accés als sistemes de CLD. Aquesta expansió teòrica dels sistemes podria explicar-se, segons les tesis neofuncionalistes, pels «problemes de pressió interna» i «nous riscos socials» esdevinguts les últimes dècades a partir dels canvis socioculturals i demogràfics en les societats postindustrials. Tot i així, en realitat, només en el cas alemany s'ha donat una expansió real i generalitzada del sistema. En el cas espanyol, no obstant la fase expansiva inicial, la implementació i desenvolupament del sistema es veu limitat per les retallades i s'origina una expansió-contracció.

(b) *Reproducció de la naturalesa i principis dels EB*: aquesta tendència té a veure amb la inclinació de les institucions a autoreproduir-se seguint la dependència de la trajectòria (*path dependence*). Això s'ha fet visible en tots els països estudiats, menys en els cas de Suècia. En

aquest país s'ha identificat una clara reestructuració que ha derivat en una ferma mercantilització de l'atenció en el sector dels serveis, sobretot en els d'atenció a domicili. En aquest sentit —i sense perdre de vista la necessitat d'una anàlisi més detallada sobre l'abast i l'impacte en els serveis del procés de mercantilització suec—, aquest model sembla que ha transitat d'un sistema de gestió pública caracteritzada per una elevada qualitat i equitat en els serveis, a un model de provisió mercantilitzat finançat públicament, en el qual es fa palesa (segons la visió dels entrevistats) la pèrdua de qualitat i equitat en els serveis. Tot i tractar-se d'un procés de llarg recorregut, amb la implementació de la Llei de lliure concurrència de proveïdor l'any 2009, Suècia instaura definitivament el mercat en els serveis, almenys d'àmbit comunitari. A més que aquesta llei permet la lliure elecció de proveïdor, també s'introdueixen mecanismes orientats a la reducció fiscal per la compra de serveis domiciliaris. Això ocasiona un encoratjament en la compra directa de serveis en el mercat sense cap mena d'intervenció dels serveis socials, i consolida un model de provisió de cura dual: públic i privat. D'aquesta manera, les persones amb nivells adquisitius elevats accedeixen a serveis privats i aquelles amb nivells més baixos ho fan al sistema públic, cosa que trenca amb un dels principis bàsic del model suec: l'equitat.

(c) En tots els països, les reformes s'han orientat cap a la *contracció dels serveis residencials de cura* («desinstitucionalització») i l'*increment de l'atenció comunitària* («comunitarisme»): podria afirmar-se que aquestes dues tendències tenen com a finalitat una clara contenció de costos i impacten directament en la «refamiliarització» i la «remercantilització» dels sistemes, en traspassar la responsabilitat de l'atenció de la cura des de l'àmbit institucional públic, al familiar i al mercat.

(d) L'última de les tendències observades té a veure amb la *precarització laboral del sector de la cura* i la «desprofessionalització» del sector i la *creació d'un mercat de cura informal desregulat* (segons els països). Les reestructuracions descrites en l'apartat anterior han propiciat un augment considerable de la flexibilització i precarització laboral dels serveis, que s'han traduït en una manca de professionals qualificats en alguns països (Suècia i Alemanya) i en una carència de serveis en d'altres (cas d'Anglaterra).

En referència a les hipòtesis plantejades, es constata que la crisi ha tingut un impacte desigual en els països i es refuta la hipòtesi que afirmava que la crisi havia incrementat les contraccions en tots els sistemes de cura, ja que això —tal com s'ha vist— en el cas d'Alemanya no ha estat així. Igualment, es corrobora que els països més afectats per la crisi

econòmica han estat els que més s'han reformat —casos d'Anglaterra i Espanya (a partir de 2010)— i que, ahora, són els que tenen els EB més febles. A partir dels resultats obtinguts en la recerca i com a conclusió, es pot afirmar que —tot i prendre en consideració altres tesis explicatives sorgides en la investigació (decisiones polítiques, pressions ciutadanes o increments de les necessitats, entre d'altres)— la crisi econòmica i la fortalesa dels EB explicarien els canvis en els sistemes de CLD. En els casos en què l'EB presenta una major fortalesa, l'impacte de la crisi econòmica en els sistemes de cura ha estat menor. En conseqüència, es podria donar igualment una resposta afirmativa a la pregunta que ha guiat aquesta recerca: *si l'impacte de la crisi econòmica en els EB dels països explica les reformes introduïdes en els seus sistemes de CLD.*

En últim terme, s'albirar algunes propostes quant a futures línies d'investigació que podrien resultar interessants. Una primera línia, dintre de l'àmbit laboral, podria ser aprofundir en les tendències de canvi observades en l'àmbit laboral i professional de la cura. Com assenyalen les prediccions demogràfiques futures, el sector laboral de la cura continuarà sent cabdal per a les polítiques socials en un futur. Tot i així, tal com s'ha vist, s'estant produint canvis en el funcionament i organització del treball que apunten a una precarització i flexibilització laboral del sector de la cura. Com a conseqüència d'això, s'està originant una carència de professionals qualificats i la creació d'un mercat laboral informal de cura desregulat. Aquesta línia d'investigació podria orientar-se a l'estudi en profunditat de la situació real dels professionals i dels mecanismes «desprofessionalitzadors» que s'han instaurat en els últims anys i que han contribuït a una elevada precarització del sector formal de la cura. Això passaria preguntar-se: ¿Quines són les problemàtiques reals que afecten els professionals dels sectors de la cura? ¿Com se'n pot dignificar el treball? ¿Quines són les demandes laborals d'aquests professionals, sovint exposats a elevades càrregues de treball i a un intens desgast psicològic i emocional? Aprofundir en aquesta problemàtica podria ajudar a trobar mecanismes reguladors que permetessin paliar la situació de precarietat laboral d'aquest col·lectiu professional i posar fre a la creixent carència de cuidadors que s'està produint en alguns dels països estudiats.

No podem oblidar tampoc el sector informal i irregular de la cura. Com s'ha detectat en alguns dels països, les necessitats de cura no cobertes pel sector formal han fet proliferar un mercat informal de cura i de noves formes de cura, integrat per dones migrades que venen la cura a baix cost i es troben en una veritable situació de precarietat personal i laboral. En aquest sentit,

igualmente, les línies de recerca haurien d'orientar-se a conèixer les dinàmiques de marginació dibuixades per aquest col·lectiu i trobar els mecanismes que els permetessin inserir-se de forma digna en el sector laboral de la cura formal, amb l'objectiu de proveir-les dels drets socials i laborals bàsics. Lligat a això, també resultaria interessant explorar si la tendència assenyalada en el funcionament del mercat laboral formal de les CLD és un fet aïllat (exclusiu del sector de les CLD) o, per contra, es reproduïx en la resta de polítiques socials clàssiques, com ara l'educació o la sanitat. Altrament, els límits temporals d'aquesta tesi no han permès estudiar amb més profunditat l'impacte de la crisi en el sector de la discapacitat. Es tracta d'un sistema de protecció amb un funcionament complementari i paral·lel al de les CLD, en el qual hi ha hagut importants canvis en els últims anys que seria interessant conèixer amb més detall.

Una segona línia d'investigació podria consistir a aprofundir en l'estudi comparat dels sistemes de CLD del model de benestar mediterrani. Cercar els punts convergents i divergents entre els sistemes de CLD dels diferents països. Confrontar si les tendències percebudes en la resta de sistemes de CLD europeus es donen també en els països del model de benestar mediterrani. Des d'una perspectiva més microsocial, es podria estudiar com ha evolucionat en aquests països la provisió de la cura. Si, com en el cas d'Espanya, s'han implementat sistemes integrals de protecció o romanen encara els vells sistemes fragmentats. Analitzar com s'està resolent «la crisi de la cura» o veure com evoluciona la històrica tendència familiarista del model de benestar mediterrani.

Per acabar, una tercera línia de recerca podria consistir a analitzar amb més detall l'estructura i els models de provisió per països, pel que fa a prestacions econòmiques i serveis. Un exemple podria ser estudiar com s'ha produït el procés de mercantilització en el cas suec. Si el nivell de mercantilització assolit en els serveis comunitaris afecta per igual, o no, a tots els territoris. ¿Què ha passat amb els serveis residencials? ¿Com ha afectat el procés de mercantilització als equipaments residencials? ¿Quin pes real té actualment el sector públic suec? En el cas espanyol, i també en l'anglès, caldria seguir de prop com evolucionarà el sector de la cura en un futur. ¿Quins factors determinaran els canvis? ¿Es corregiran les contraccions experimentades en aquesta última etapa de crisi econòmica?

**MEMÒRIA EN ANGLÈS PER A L'OBTENCIÓ DEL TÍTOL DE DOCTORA AMB
MENCIÓ INTERNACIONAL**

**A Comparative Analysis of the Reforms in the European
Long-Term Care Systems. The Cases of Germany, England, Sweden and
Spain between 2008 and 2017.**

**Esther Albesa Jové
PhD Thesis Summary
Department of Sociology
Barcelona University**

INTRODUCTION

The centrality of the Long-Term Care systems (from now on LTC) within the modern Welfare States (in future, WS) is considered as undeniable nowadays. The interest of the social scientists in studying the LTC during the last years stems from the fact that they have become key systems for the social wellbeing. From the 1990s on, LTC systems initiated an inverted process to the classic social policies and turned into one of the sectors, within the social policies, which expanded to the gross of European countries (Urgenson, 1997, 2000; Pfau-Effinger, 2005; Del Pino, 2009; Ranci and Pavolini, 2015). Thus, this research study is integrated within the comparative analysis of European social policies of LTC. The reason for choosing this topic has been its present relevance and the shortfall of deep-going studies, from a comparative perspective, analysing the repercussions of the last major economic crisis of 2008 within the European care systems.

This research is divided into eight chapters; an additional section dedicated to the in English-written dissertation for obtaining the PhD title on the European level; the bibliography and annexes. At the very outset there are also a section for acknowledgements and an index for the tables, graphs and figures. In the first chapter a brief presentation of the study's subject matter, the present relevance of the social care policies for the WS, the case justification, the undertaken methodology and the thesis' structure are offered. The second and third chapter enclose the theoretical and analytical frame of this research. The second chapter consists of three subsections: the first one, of theoretical-conceptual traits, reviews the specialised literature and defines the notions, such as care, handicap, dependence and LTC. Throughout the second subsection the aspects related to the WS and social policies, the welfare models and the present debate around them are put into context. The third one puts into context and defines the care policies within the European framework and delivers a theoretical contribution to the principal elements and players that integrate the WS.

The third chapter covers an exhaustive review of the specialised literature on the reforms within the social policies, the LTC and the explanatory theories upholding transformations and changes within the WS. The chapter offers three major subsections: The first reads the kinds of change in the WS, based on the thesis by Pierson and Hall and the main theoretical paradigms conducting the research within the evolution and transformations of the WS. The second gives a study compilation on the modifications within the LTC systems, developed by the most relevant authors in the national and international scope throughout the last years. The

third subdivision touches on the economic crisis' impact over the social policies and LTC systems. The fourth chapter relates to the methodology and describes the techniques which drive the research work. It is segmented into four undersections: The first one describes the goals, the research query and the two raised hypotheses. The second section presents the methodological strategies and the dimensions' operationalisation, the categories and analysed indicators. In the third one, the applied techniques are outlined. Finally, the fourth subsection pinpoints the research settings and the participants' profiles of the conducted interviews.

The fifth and sixth chapter mirror the thesis' empiric study. These two chapters are oriented towards the achievement of the goals, the answering of the research query and study validation. This chapter's principal objective is focused on setting up an analytical framework which may allow to juxtapose the different hypotheses and put some light on the reforms within the European LTC systems, while taking into account the economic crisis' impact of 2008 within the WS of the states. In order to accomplish this goal, this chapter is split into five subsections that correspond to each of the cases or countries, and a final undersection dedicated to the conclusions. The sixth chapter contains the research's field work. The information's analysis in this chapter is divided into three levels: The first analysis' level focuses on the evolution and variation of the number of employees in the formal sector of the LTC systems, the amount of care beneficiaries and publicly subsidised residential dwellings. The second analysis's level, of theoretical and basically qualitative nature, takes a closer look into the legislative and normative changes, following the analysis' dimensions outset in the methodological section. The third level, also of qualitative nature, offers the professionals' vision who were consulted on the social and institutional impact of the crisis and the ensuing factors which came into play. The seventh chapter, of analysis and debate, is dedicated to the outcome's results from a comparative perspective. In this section, changes and tendencies of change are scrutinised by virtue of the compiled information, the different hypotheses are cross-referenced and the research query is addressed. The eighth chapter is dedicated to the conclusions and some suggestions concerning future researching lines.

GOALS, QUESTION AND HYPOTHESIS OF THIS RESEARCH

This doctoral thesis is embedded within the comparative analysis of social care policies within the European setting, and its goals are:

- a) To analyse the changes within the LTC systems of England, Germany, Sweden and Spain, based on the economic crisis of 2008.
- b) To scrutinise the ensuing tendencies linked to the identified changes in each and every country within the analysis' time span regarding:
 - The system's contraction-expansion.
 - The restructuration mechanisms: "re-commodification", costs' containment, recalibration.
 - "Re-familiarisation".
- c) To outline the reforms due to the economic crisis' impact within the scrutinised welfare countries.

The question that I am to answer is following:

- (a) Does the economic crisis' impact in the WS explain the introduced reforms in their respective LTC systems?

The two raised hypotheses correspond to:

Hypothesis 1: *The introduced changes in the LTC systems of the investigated countries, despite keeping their nature, show a trend towards restructuring that is essentially oriented towards spending containment within the service provision and the re-familiarisation of the system by virtue of bolstering the care within a family setting.*

Hypothesis 2: *The economic crisis of 2008 has augmented the contractions within LTC policies in all states, above all, in those in which the crisis has had a major impact in terms of intensity and duration. Thus, the social protection systems are less resilient regarding a minor protection spending, higher family inequality levels, more poverty and a minor public commitment towards care provision.*

METHODOLOGICAL FRAMEWORK

The methodological framework chosen for juxtaposing and justifying the hypotheses that drive this research is the comparative method among countries in the varying case analysis of different systems. The analysis among states (cross-national) permits the analysis, be a reduced amount be a high amount of cases and the simultaneous usage of diverse research strategies (Caïs, 2002). This methodology combines quantitative and qualitative techniques and uses statistical data as well as primary and secondary qualitative data. A major part of the used statistical data has been obtained by turning to the standardised databases of the Organisation for Cooperation and Economic Development (OCED) and in a minor way, the databases of the statistic national services of the studied countries. The indicators have been basically taken into account for the comparative studies concerning the strength of the welfare models, the economic crisis' impact and LTC service provisions in these countries. In order to obtain the primary qualitative data, I have used the technique of semi-structured interviewing for the key informants. These consultations with the professionals (technicians, managers and experts in the realm of LTC) were conducted in different regions within these four states and analysed almost throughout the whole year of 2017. Touching base with professionals and institutions was facilitated by the support during my exploration, as a visiting researcher, at the London School of Economics and Political Sciences and the University of Stockholm. During the documentary observation technique of secondary sources, I used legal documents and texts as well as specialised literature on LTC in paper and digital format. For the information analysis I, basically, recurred to the contents' analysis technique, consisting in the classification, codification and analysis of the compiled information. The last has been structured into three analysis levels: the first explores the changes within the LTC service provision; the second reviews the legislation modifications within the LTC systems and the third level compiles the perception of these interviewees in terms of these changes and the explaining factors. I have chosen the variant of different cases while selecting the analysis units. The four cases chosen in this research correspond to four welfare models, which, basically, differ in the sphere of access rights. Nonetheless, at the same time, I show the converging results regarding the problem case to investigate or the subject matter. The chosen countries are considered to be ideal types of each WS: the continental or conservative; the liberal or assistance-based; the social-democratic or universal and the Mediterranean or family-based, according to the classic categorisation of Esping-Andersen (1990) or authors like Moreno (2001) and Ferrera (1996), in the Spanish case.

The operationalisation and conceptualisation of the constructions were undertaken via the analysis of the dependent and independent variable within the research. The dependent variable feeds the analysis of the changes in four dimensions and categories of the LTC systems:

- (a) *The system's nature and principles*: refer to determinants or requirements which allow access to a right or to the social protection system, and may be: universal, contributory or assistance-based (Sarassa, 2009). The principles of a protection system may be defined as those elements that guide the public interventions for a defining subject.
- (b) *Access and right recognition proceedings*: the analysis of this dimension, which may vary from one protection system to another, includes all those formal proceedings related to the right of access, from the outset until the end.
- (c) *Services provision and benefits*: the services provision, basically, refers to community and residential services. The provision of economic benefits hints at monetary grants which receive people in dependence situation and which may go to the support of the caretakers or to the purchase of community and residential services.
- (d) *Organisation, management and financing*: dimension which integrates the analysis of those categories referring to changes within the organisation and management of the LTC public systems in terms of: global financing of the system and the balances of the contributions among the different agents, labour and care labour market conditions.

In terms of factors which may explain the changes within the LTC systems, two analytical categories have been set up and operationalised in order to analyse and explain the WS robustness and the impact, regarding intensity and duration, of the economic crisis in the countries and their welfare systems. Hence, the casual factors, which make out the independent variables of this study, are following:

- a) *The welfare models' strength*: in order to measure the WS's robustness following variables, subject to this category, have been selected: the features and evolution of social rights; the spending on social protection; the provision concept; the family income inequality and poverty rate.
- b) *Impact of the 2008 economic crisis*: the economic indicators linked to this variable, considered as adequate to measure the economic crisis' intensity and time span in the

studies states, are: the GDP annual variation, the public and private deficit as well as the unemployment rate.

While compiling this information, primary and secondary sources alike were taken into account. For producing the information by means of primary sources, I reverted to the technique of semi-structured interviewing of key informants. The handled secondary sources are legal documentation, specialised literature and statistic databases. In order to define and measure the WS' robustness and the economic crisis impact, I, basically, handled secondary data, documentary sort alike, and quantitative data from the OCED databases. By means of the documentary observation methodology I have set up the theoretical framework and the status of the research question (chapter two and three). In order to draft the fifth chapter, I made use of specialised documentation on the WS and the economic crisis' repercussions. Legal texts were essentially taken into account for studying the legal changes in chapter six.

The other handled technique with qualitative traits was the semi-structured interviewing of key informants that enables a major plethora and variety of responses. In order to make this happen, two interview-answer models have been applied, and a total of 41 consultations were conducted. The last applied technique for compiling information was the usage of secondary statistical databases in the chapter about the LTC services' provision. In the case of Germany, the data include the workforce dedicated to the care financially provided by LTC, the public and private insurance (SGB XI) and the non-professional carers who contribute to the social security. In England's case, the data englobe the whole of the United Kingdom, since the OCED does not dispose of disaggregated data per states and the indicators referring to the LTC services are restricted to personal carers (skilled personnel is not considered). The indicator on the number of dwellings in residential facilities covers the totality of residential services in the United Kingdom. In contrast, the data on the evolution of the number of beneficiaries, according to the kind of service, only refer to England. In the Swedish case, the total figure of the workforce within the LTC public sector are taken into account and, as well as Germany, encompass skilled workers of personal care and nursing within the LTC system. Finally, in Spain, the available data is limited to 2009-2016, the incipient implementation of the System for the Autonomy and Dependence Attention (SADA).

In the chapter "information analysis" I recurred to the contents analysis technique which consists of the classification, codification and researching of the compiled information during the interviews, documents, observation and so forth (Penalva and Mateo, 2006). I structured

the gathered information into three exploration levels (seventh chapter) with the aim of offering diverse perspectives of the very same issue or triangulation of the data. In the first level the kind of quantitative data gathered from the usage of the OCED databases and the statistic bureaus of our respective countries related to the LTC services provision; secondly, the legislative changes within the LTC systems aligned with investigation dimensions and categories. Finally, in the third one, the perception of the interviewees on the changes and explanatory factors.

ANALYSIS AND DEBATE

The European LTC models whose purpose is to cover the care necessities of dependent people present –despite the convergence points among them– conspicuous disparities in nature and in the principles which advise and guide them. In England the LTC system considers only the adult population (*adult social care*) over 18 years. It represents the universal-welfare-oriented nature. In Sweden, the care lies within the social services and encompasses all citizens without any restriction. Thence, its universal character. The German care system hovers around the compulsory public or private dependency insurance; a subsystem of the health insurance: having the right with a contributory-welfare-oriented aspect. On the one hand, the access to the right is completely bound to the previous contributions paid by the workers and, on the other hand, the social services widely cover the dependent people who are outside the insurance systems (or, despite existing, fail to cover the whole costs of the services). In Spain, the SADA has got a short life span in relation to the rest of the explored models. As the Swedish case alike – and partially the English– the Spanish care system shows universal features; but this universality has not become into effect due to the restricted access and the under-funding of resources, conspicuous in the system, with an obvious assistance-oriented approach.

One of the relevant aspects about the principles that inspire the LTC systems is that in all states, save Sweden, the principle of family subsidiarity prevails; that means that the responsibility lies within the family sphere. Regarding the organisation, all models are equipped with a complex normative network, programmes and resources which provide different management areas and layers: health and socio-medical services, social services and a health system and so forth. Nevertheless, all dispose of care-specific, parallel- running programmes directed towards the protection and promotion of people with restricted abilities.

Nevertheless, all systems are managed by regional and municipal levels, and subsidised by (depending on the case) general taxes, contributions and co-payment by the beneficiaries.

Regarding the **first purpose** of this study: “analysing the changes within the LTC systems in England, Germany, Sweden and Spain from the 2008 economic crisis’ perspective” following the levels and dimensions of this research. In the analysis’ first level, we discern that in Germany a general expansion of the system is given. This expansion, mainly, took place in the amount of workers and community and residential services. At the same time, the increase of dwellings available and beneficiaries of residential services is minor than in the previous period. This shows a provision model clearly community-based and heading away from the institutions which promotes and fosters the care within the family realm and, hence, contributes to the “re-familiarisation and re-commodification” of the system. At the other extreme, we encounter the English case: in England there was a conspicuous contraction of the LTC system, for there is a decrease in all reviewed statistic indicators, be the amount of carers be the amount of beneficiaries of the service. In Sweden, the explored indicators equally show a franc reduction in the number of dwellings and beneficiaries in public residential centres. There is a scarce augmentation in the overall number of personnel and beneficiaries within the community and house services. Besides the slight increase of these two indicators, there is also a cutback and the substitution of residential care in favour of the community one. In the Spanish case, although the OCED does not dispose of data on the total amount of dwellings in residential facilities, the reviewed data show a remarkable increase in the rest of indicators. The increase of provision, in parallel to the rest of states, is mainly carried out in community care. Notwithstanding, in its context the Spanish LTC system has been, without any doubt, the one with the highest expansion among the investigated countries; as a result of putting into place the SADA and the Law for the promotion of personal autonomy and care for people in a situation of dependence (LAPAD) since 2007.

Concerning analysing the changes in nature and the system’s principles (dimension 1), in Germany the modifications are steered towards the fostering and enlarging of the LTC system by means of its contribution base. England, in spite of the last legislative reform, puts special emphasis on the prevention, promotion of wellbeing and the universality of the support towards the family carers. In reality, the perception is that the above-mentioned precepts are not translated into an efficient enlargement of the system and its rights (in fact, of all studied states, the English system has been the one with the highest contraction). Therefore, this model

has shown and is still showing a striking assistance-based nature oriented towards meeting the needs of those who fail to access the care market by own economic means. Sweden has not put in place significant legislation modifications within the protection system for dependent citizens. Albeit the fact that the Swedish model is still maintaining its universal character, there is a discernment of clear fostering of the “growing old at home” and “free choice of provider” tenets. The first one is centred on the family realm and community care, whereas the second, definitely, props up the free market with the provision and contributes to the system’s “commodification” or *marketization*. Putting into place SADA in Spain entails, at least theoretically, switching from an assistance-based system to a universal one of subjective right. However, the shortfall of invested resources in its implementation has entailed the no real effectivity of the principles and rights pursued by the last legislation.

The modifications in Germany in terms of the entitlement proceeding and acknowledgement of rights (dimension 2) equally head towards an enlarging of coverage and access to the system. As seen in the analysis of dimension 3, this accessibility enhancement does make inroads in all services. In England, the Law of adult care pools and enlarges, at the same time, the evaluation scale that turns to take into account the lowest degrees and establishes the universal right of the carers to undergo assessment. Contrary to that, the interviewed professionals’ feeling was that in that system there has been an overall tightening of the access criteria to the public subsidies, and increase of waiting lists for accessing home services. Over the same period, Sweden modified the Social Services Law that compel local bodies to conduct assessments and offer public support for the family carers. By the same token, as in Germany and England, in practice the consulted professionals sense a general restriction within the assessment criteria and access to residential services. In the Spanish SADA case, from 2010 on, the reforms headed towards the slowdown in the eligibility for the system by means of leveraging the extension of terms, delaying the implementation, increasing the waiting lists and scale of assessment or tightening of assessment criteria.

Regarding the modifications within the provision of services and benefits (dimension 3), this dimension has been one of the most enhanced in the case of Germany. Nonetheless, the principal endeavour has been addressed towards supporting the informal care in the family and community realm. Thence, the system’s re-familiarisation by means of strengthening the community assistance and downgrading the home assistance (“de-institutionalisation”). In England, there is a reinforcement of the rights “consumer-client”, based on the

implementation of the legal support service for the users, which legally enables placing whatever disagreement with the municipal social services. According to the interviewed experts, these modifications, basically, are oriented towards costs' containment as well as the putting into place of austerity policies by means of cutbacks within the public provision of services, in general, especially the residential services; prioritising home services; and the progressive downgrading of public spending towards the purchase of services from the private sector that has led to, what you may call, a "care services crisis". Within the Spanish LTC system, from the year 2010 forward, basically, the changes are steered towards the generalised downgrading of the provision system.

Concerning the modifications in the fourth research dimension (the system's organisation, management and financing), in Germany these are headed towards augmenting the system's sustainability and ensuring its financing. In the labour market, the interviewees perceive a shortfall of carers and skilled professionals within the formal care sector and a rise of an informal deregulated market, mainly of immigrated women. In England the modifications within management have pushed towards budget control and economic savings by means of implementation of costs' control mechanisms via periodical assessments of the needy or penalisation of those who cheat the system. Nonetheless, the English care Law sets up an upgrading of the financing that enables the access to services to medium incomes. This has not been put into place due to the challenges for the system's financial sustainability. The overall cutbacks in the financing of the local bodies have entailed a stark contraction within the municipal services; a decrease of the professionals' ratio with the ensuing overload for the workers; and an increase in the co-payment of the services by the users.

In Sweden the general introduction of private providers, based on the Law of public procurement – enabling free provider selection – prompted the public authorities to introduce measures in order to upgrade the quality and coordination between the services. At the same time, there has been a labour precariousness in the care sector and a loss of skilled professionals in the direct assistance. In the Spanish case the changes of this dimension essentially steered towards a progressive reduction of state financing, a rise of differences while implementing the system and territorial mismatches, the increase of private management and agreement, and the augmentation of co-payment by the users in some autonomous regions. Thus, an informal deregulated care market has popped up within the

shadow economy, made up by immigrant women from poorer countries, and that has been fuelled by generalised provisions of economic benefits of unskilled professionals.

Regarding the **second goal** of my research: “exploring the trends linked to the identified changes in the countries and the studied period of time in terms of the system’s contraction-expansion, the restructuring mechanisms (re-commodification, costs containment, recalibration) and re-familiarisation”. If we take a closer look at the second level of the analysis, one first identified tendency is that, with different intensities, in all the countries legal reforms towards the expansion of access to the rights have been put into place. Even more, in some countries, as now England and Sweden, the carers have been included into the protection system. Spain could be considered as a late case of development in which the comprehensive LTC system starts in 2007, coinciding with the starting period of the economic crisis, which sparks off a confrontation between expansion-contraction. This theoretical expansion of the systems could be explained, from the neo-functionalistic point of view, by “problems of internal pressure” (Schwartz; 2001; Ranci and Pavolini, 2013). The “new social risks” (Taylor-Goody, 2004; Bonoli, 2006), linked to the internal pressure problems of countries of the neo-functionalist school, may, thus, explain a new structure of social risks associated to the socio-demographic and economic transformations stemming from the shift of an industrial to a post-industrial society.

Nevertheless, the expansionary trend of the LTC systems, triggered by the rise of care needs within society, the highlighted normative modifications did not align with a real improvement of protection levels, though the contrary. In fact, in real terms, only Germany has experienced a genuine and generalised broadening of the system. In this case, one cannot either underestimate the restructuring within other areas of the welfare as the labour market, the light recalibration within the services for disabled people and the straight bid for re-familiarising and communitarian policies. In Sweden, despite the fact that not all reviewed indicators shrink, we could point out a striking change of provisional/benefit model, that was implemented via the externalisation of the public services and the introduction of control mechanisms for expenditure geared towards the enhancement of the system’s economic efficiency. In the English and Spanish LTC systems (from 2010 on) there should have been a franc contraction of both systems. In Spain, there is a first stage of implementation and generalised expansion of the system; and after 2010 a second phase of contraction that, despite not meaning a definitive dismantling, triggers a substantial setback in the before

gained protection rights. This places it nearer to an assistance-based model than a model with universal traits. The English model, but also the Spanish one (from 2010 on), have undergone the most severe contractions, with any doubt whatsoever. This fact could respond to, as explored later on, “problems of internal pressure” within countries linked to economic cycles as referred to by neo-functionalist theoreticians.

Following Pierson’s theses (2001) and the outcome of this research, the principal *restructuring* processes registered so far have been the “costs’ containment” or “expenditure contraction” above all within the residential services and “commodification of the systems”. That is why a whole range of mechanisms geared towards tightening the access criteria to residential services and increasing the waiting lists have been put in place, so that communitarian assistance has been placed in the very centre of the assistance. This fact shows the clear-cut trend towards the “care de-institutionalisation” in the explored period, so that only people with severe dependence may access to residential centres. This trend, as costs’ containment measure, can be discerned throughout all states during the studied period. The shift of care towards the communitarian realm and the generalised contraction of residential services have generated – according to the theses defended by Pavolini and Ranci (2008, 2013) – restructuring strategies in order to modify the provision equilibrium between the State, market and family. Care responsibility has shifted from central (institutional) towards local (or communitarian) level and from public entities towards the private and familiar level. This entails a firm tendency towards the re-commodification and re-familiarisation of the systems. In Sweden’s instance, country in which care was originally a state affair, in the last few years there has been a crucial shift within the provisional model, ensuing an imminent system *commodification* and *familiarisation*.

A further registered trend within these models has been the nature and original principles of the WS itself. This might be construed as the orientation which show the institutions to self-produce themselves, following the dependency of the trajectory or previous institutional structures, *path dependence* (Pierson, 2001), when it comes to configure new policies (Esping-Andersen, 2000). Hence, in Germany there has been a striking underpinning of the system’s contributory character, of its family-based principles and communitarian-based assistance. In England, despite the theoretical enlargement of the system and access rights on the one hand, the costs’ containment and cutbacks within financing, along with the failed rolling-out of the reforms and the persistent territorial fragmentations on the other hand,

ensue the prevalence of the model's assistance-oriented nature. Taken all this into account, the programmes' proliferation, based on monetary benefits, clearly hint at the trend towards the reinforcement of the "consumer's" and provision-centred market principles.

The Swedish example displays several long-term re-structuring, entailing a clear-cut process of change in the provision-centred model and management that has moved from a universal system of public management towards a publicly subsidised private provision-based and privately management model, with a visible trend towards the implementation of the new public management principles. In the Swedish case, this re-structuring process might be outlined by taking the neo-institutionalists' theses and processes of political feedback as a starting point; to be more precise: the *growth-to-the-limits* theory. This thesis states that the different reshaping prompted the more generous WS to become more cutbacks-prone; and on the other hand, that the less generous WS, during their golden times, find themselves in a sort of up-dating effect or *catch-up effect* (Pierson, 2001; Ferrera and Hemerijck, 2003; Moreno, 2009). Precisely along with the neo-functionalist theories (related to the appearance of *internal pressure problems* of the states and the *new social risks*), this *catch-up* thesis may appear appropriate to illustrate the increase of social protection spending in the Spanish case and the putting into place of a universal LTC model. However, it would not elucidate the problems within the implementation of the LTC system from the perspective of the economic crisis, the restrictions imposed on accessing the public services and the model's firm family-based and communitarian realignment. These features might be put more in relation to the thesis on the trajectory dependency that were mentioned before and would have averted the withdrawal from the original assistance-centred model.

The modifications within the LTC labour sector have also been identified as a trend. The described re-structuring processes, headed by spending containment and the systems' re-commodification, have entailed a considerable augmentation of labour flexibilisation and precariousness within the care services. According to Martín (2008), these are features that could be related to the failures of the European employment policies, linked to the Lisbon Strategy 2000 and mentioned in the Green Book of the European Commission. This relates to the theories on the globalisation dynamics and feminisation of care work, highlighted by Oso and Parella (2012). According to them, the care work directly impacts on gender inequality and contributes to the so-called *care extraction* or *care drain*: care is being purchased at a low cost from immigrant women from poorer countries. In Spain, as

mentioned by Martínez Buján (2010), it becomes obvious that generalised monetary transfers during the first stage of the system's implementation and the endemic shortage of services have spurred the employment of migrant women within the shadow economy and have triggered a new model of family care towards "having a migrant within the family". These identified trends of changes within the care policies could also be framed within the theses of the neo-functionalist current, explicitly the *divergence-convergence* theory (Seeleib-Kaiser, 2001, 2008). It places into relation the types of reform, put into place in the diverse welfare institutional models, and the existence of common reforming trends (re-commodification, re-familiarisation or privatisation) which are linked to the diverse institutional architectures of the countries' protection systems. Within the explored LTC states, the identified common tendencies have been: expansion of the legal access rights; reproduction of the systems' nature and principles; the systems' contraction by means of mechanisms like the tightening of access criteria, especially within the residential services ("de-institutionalisation") and the enlargement of communitarian services ("communitarism") and the sector's labour precariousness and flexibilisation with an ensuing informal market or shortage of skilled care workers depending on the country.

The **third** and **last goal** of this study intent to "explain the reforms by means of the impact of the economic crisis on the countries' welfare models". In order to approach this goal, two investigation categories were set up to measure the major or minor impact of the economic crisis on the countries (the crisis' intensity – GPD variation, the deficit and public debt, evolution of unemployment rate – and the crisis' duration) and the strength of the welfare models (evolution and features, spending or efforts on social wellbeing, the provision model, the disparities within family income and the poverty rate). Concerning the reviewed economic indicators, one can state that after a generalised economic expansion, there was an abrupt decline of GDP in 2008 and throughout all the states, marking the onset of the economic recession cycle and ends – with the exception of Spain- in the period 2009-2010. Taking the economic indicators, it is fair to say that the crisis had an uneven impact on the states, be intensity be duration. Spain, followed by England, where the two countries in which the economic crisis had a major impact. As well, their LTC systems contracted the most. In these two countries, the crisis' intensity can be clearly seen at the ensuing high levels of deficit and public debt. The unemployment rate in Spain remained considerably high, even until the end of 2013. The economic recovery is much slower than in the rest of the studied states.

Regarding the welfare models' strength and taking into account the trends within social protection spending, there are striking historic differences in social protection spending between Sweden-Germany and Spain-England: the first two are much stronger than the second ones. Thence, it is obvious that the country which dedicates more economic effort towards social protection and which presents a major robustness continuous to be Sweden, followed by Germany, Spain and at the very last, England. Sweden also holds the first place with regards to service spending, followed by Germany, the UK and Spain (Germany and Spain would be the states with more spending on economic benefits). Out of these four countries, the two with a major strength in all welfare indicators are Germany and Sweden. On the contrary, the WS of the United Kingdom and Spain are the ones with less strength. In the case of Spain, despite the fact that its spending on welfare comes near the one of Germany, it fails to reduce poverty levels in certain social groups. In terms of family income inequality, The UK and Spain lie far above the rest of the others. Sweden, even bearing in mind the modifications in its provision model, is the only country in which a clear-cut public spending on services is visible. To the other extreme, there would be Spain with provision levels on services far below the rest of countries.

The **first of hypotheses** states that “the implemented changes within the LTC systems of the reviewed countries, even bearing in mind their nature, hint towards a trend within the restructuring, essentially, of spending containment in the service provision and a re-commodification and re-familiarisation of the system by virtue of fostering the care in the family realm”. An affirmative response may be given to the trend within the countries to keep or reproduce their nature, save in the instance of Sweden. This country has been considered one of the leading welfare models due to its high-standard public services and universal character; however, over the last years the Swedish LTC model underwent a striking process of provision outsourcing and privatisation that led to the approval of the Law of the choice system within the public sector (LOV/2008). Implemented in 2009, this law enables the free choice of a public or private provider and introduces mechanisms geared towards tax reductions for the purchase of home services. In Spain, the suffered contractions by the system from 2010 on would have left a major part of the dependent population without any protection, so that they would have nullified the universal nature and the subjective right of protection, proclaimed by the Law of nursing care insurance (39/2006).

Regarding the fact that the re-structuring measures were headed towards spending containment of the services and re-familiarisation and re-commodification of the care systems – as mentioned at the very beginning – costs' containment or the systems' contraction were given in the instances of Spain and England. In the first country we encounter a first stage of implementation and gradual enlargement of the SADA (with a striking trend towards the economic benefits) and a second phase, from 2010 onwards, of a generalised contraction, be in services be in economic benefits. In all states (except Germany) there is a tendency towards spending containment by means of bolstering the access criteria for care systems and a clear contraction of residential services (in Germany, too). This last feature visualises a trend towards the “de-institutionalisation” of the Care and a strengthening of communitarian assistance (“communitarism”) which could be interpreted as an attempt to contain public spending via the increase of re-commodification and re-familiarisation of the systems while handing over the responsibility of the care assistance to the family and market realm.

In terms of the **second hypothesis** in this study: “on the one hand, the 2008 economic crisis has boosted the contractions within the LTC policies in all states, above all in those which suffered the most severe impact concerning intensity and duration, on the other hand, the welfare models have turned more fragile”. The first part of this hypothesis might be refuted, for it is not true that the LTC systems have undergone contractions in all countries, as to be seen in the instance of Germany, where the system's generalised expansion and reinforcement can be observed. However, it seems to be true that the states, which endured a major impact on intensity and duration, are the most affected by the contractions (Spain and England). Simultaneously, these two countries, on top of being the most shaken by the economic crisis, represent the most fragile WS. This would confirm the second part of this hypothesis.

From what I have exposed so far, it may be possible to infer the **formulated query in this research**: *Does the economic crisis' impact on the WS elucidate the implemented reforms in the states' LTC systems?* The answer may be affirmative, since the LTC systems, which contracted the most, have been those in which the economic crisis had the biggest impact. Notwithstanding, we should bear in mind – and according to the points of view expressed by the interviewees – that the reforms within the systems fail to be only elucidated by these two researched variables. In Germany, the strengthening and expansion of the LTC system can be

understood from the rise of the population's care needs. As shown, this thesis would align with the WS functionalist theories and the thesis on the surging of new social risks associated to the demographic shifts: the population aging and superannuation, the rise of new social necessities and others. In England two explanatory sets of factors are discernible: those referring to the enlargement and enhancement of the legal system of protection, and those related with the challenges in implementing the legal enhancements and the general contractions endured by the system. In Sweden, the LTC model modifications related to the procedure of privatisation or commodification of the LTC system, is regarded as a progressive process, initiated by the first major economic crisis of the 1990s and ends up consolidating with the Law of contraction within the public Authorities in 2009. According to the interviewees, the main explicative factor for this process of commodification of services can be found, above all, in the realm of political decisions and the application of public policies with a neoliberal touch since the Conservative government from 2006 onwards. At last, in the Spanish example, the principal explanatory factors taken into account are: the endemic shortage of resources; the problems resulting from the lack of planning and organising and the failure of financial foresight in the stage of the system's implementation; the liquidity shortage due to the massive impact of the economic crisis; the lack of political will to develop the system; and the pressure towards meeting the public deficit criteria from the European Union.

CONCLUSIONS AND FUTURE RESEARCH LINES

This last chapter outlines the conclusions and several suggestions, which may appear interesting for the development of future investigation lines. As mentioned during the introductory section, the present relevance of the LTC systems lies in the ensuing importance for the social wellbeing over the last years and in the shortage of comparative studies, which dig deeply into the impacts of the 2008 crisis. Following, as sort of conclusion, the research goals are touched upon and there is a synthesis of the gathered results.

Concerning the goals to *analyse the changes and change trends linked to the restructuring processes within the states due to the crisis' impact and their WS resilience*, it is fair to say that Germany is the only state in which an unequivocal broadening of the care system has taken place. In the instances of England and the United Kingdom, the changes in the first level of analysis hint towards an overall contraction of all indicators. In Sweden, as well as in Germany, there is a contraction within the number of public dwellings and beneficiaries in the residential centres, and a very scarce increase in the remaining indicators. In Sweden, the

sector's poor growth could be interpreted as general contraction of the system, for the increase in care needs among the population did not align with a rise of assistance and services. In the Spanish case the shortage of data in this analysing level did not allow a temporal comparison of the modifications' evolution. In general terms and on a quantitative level, we could talk of a general expansion of the system by virtue of the implementation of SADA from the year 2007 onwards.

In the second analysis level (legislative changes) we detect, with certain peculiarities, that the modifications in all states are geared towards a clear-cut expansion of access rights and criteria to the systems. On top of that, in England and Sweden the carers are taken into account within the protection. In the Spanish instance, a combination of a double expansion-contraction dynamics is perfectly visible. That means that between 2007-2010 the integral LTC system (Law of care insurance) is set up, but from 2010 on an aggressive legislation reform starts which brings to a halt the previous expansive phase. Finally, and based on gathered insight from the interviewees (third analysis level) in all states (save Germany), there is an overall tightening of the access criteria to the systems and a significant access contraction to residential services. In the case of Spain, there is also a first expansive stage of SADA implementation, lasting until 2010, and a generalised contraction stage. On table 43 the main change trends, which are set out as follows, are summed up.

Table 43. Change trends in the European LTC systems.

GENERAL TRENDS	<ul style="list-style-type: none"> e) Expansion of the legal rights in the systems f) Reproduction of the systems' nature and principles g) Contraction of the residential services ("de-institutionalisation"), rise of communitarian assistance ("communitarism") and the systems' re-commodification and re-familiarisation h) Labour precariousness of the "de-professionalised" sector and creation of a deregulated care market
-------------------	---

Source: Prepared by the author.

(a) *Theoretical expansion of the access rights:* With different intensity, in all countries legal reforms, geared towards expanding the access to LTC systems, have been put in place. Nonetheless, in real terms, only in Germany there was a genuine and overall system expansion. In the Spanish case, despite the initial expansive stage, the system's

implementation and development are restricted by the cutbacks and sets out an expansion-contraction.

- (b) *Reproduction of nature and principles of the WS*: This trend is related to the institutions' proneness to self-produce themselves, following the *path dependence*. This trend is visible in all explored countries, save in Sweden. In this state genuine restructuring has become obvious which has turned into a firm commodification of assistance within the service sector, especially, in home assistance. In this very sense - and without losing sight of the necessity of a more detailed analysis on the scope and impact on the services of the Swedish commodification process- this process appears to have shifted from a public management system, characterised by high quality and equity of its services, towards a publicly funded commodified provision model, in which a loss of quality and equality in the services becomes obvious (according to the interviewees).
- (c) In all states the reforms were oriented towards downgrading the care residential services ("de-institutionalisation") and increase of the communitarian assistance ("communitarism"): It may be stated that the purpose of these two tendencies is a clear-cut spending containment and direct impact on the systems' "re-familiarisation" and "re-commodification", while transferring the accountability of the care assistance from the public institutional realm to the family and market sphere.
- (d) The last of the identified trends has to do with the labour precariousness within the care segment and the sector's "de-professionalization" and the creation of a deregulated informal care market (according to the countries). The described re-structuring strands in the preceding paragraph have given way to a considerable rise of labour flexibilisation and precariousness of the services, which have led to a shortage of skilled professionals in some states (Sweden and Germany) and a lack of services in other ones (England).

Regarding the stated hypotheses, it is fair to say that the crisis had an unequal impact on the countries and the hypothesis that claimed that the crisis had boosted the contractions in all care systems can be refuted, since this has not been the case with Germany as we have seen. At the same time, one can validate the fact that the most shaken states by the economic crisis have been those which had undergone the biggest reforms – England and Spain (from 2010 onwards) – and which have the weakest WS. Parting from the research's gathered results and as a conclusion, it can be stated that- even taking into account other explaining theses which have come up during my investigation (political decisions, citizen's pressure or rise within the necessities, among other) – the economic crisis and the strength within the WS may

illustrate the changes within the LTC systems. In those cases in which the WS show a major resilience, the economic impact on the care systems has been minor. As a consequence, an affirmative response to the question which has headed this study may equally be given: *Whether the economic crisis` impact on the WS of these states explains the implemented reforms in their respective LTC systems.*

Finally, I would like to throw into discussion some suggestions on behalf of future investigation lines that may appear appealing: One first line, within the labour sphere, could dig into the change trends observed in the labour and professional care realm. This researching line could be oriented towards the in-depth exploration of the genuine situation of the professionals and “de-professionalising” mechanisms that have been put in place in past years and have contributed to a high precariousness within the formal care sector. Hence, it may be asked: Which are the genuine issues affecting the professionals within the care segments? By which means can we dignify the care tasks/work? Which are the labour demands of these professionals who are often exposed to high workloads and a fierce psychological and emotional exhaustion? In-depth investigation may discover regulating mechanisms that allow mitigating the situation of labour precariousness of these professional group and could bring to halt the growing shortage of carers that some of the researched states are undergoing right now.

Neither can we ignore the informal and irregular care sector. As discovered in some countries, the uncovered care needs by the formal sector have triggered an informal care market and new forms of care, integrated by immigrant women who sell the care task for a low cost and find themselves in a genuine situation of personal and work precariousness. Likewise, in this sense, the investigation lines should be geared towards elucidating the dynamics of marginalisation, set up by this group, and finding the mechanisms that would allow them to enter in a dignified way the labour segment of formal care with the purpose of providing them with the basic social and labour rights. Along with this, it may be intriguing to explore whether the mentioned trend within the functioning of the formal labour market within the LTCs represents an isolated case (exclusive of the LTC segment) or, on the contrary, it is given in the other remaining classic social policies, as nowadays in education or healthcare.

A further investigation line may concentrate on deepening the comparative survey of LTC systems of the Mediterranean welfare system. To look for converging and diverging aspects among the LTC systems of the different states. To elucidate whether the perceived tendencies

in the remaining European LTC systems are also given throughout the states of Mediterranean welfare. From a more micro-social perspective, the evolution of care provision in these countries may be explored. Whether, in the instance of Spain, comprehensive protection systems have been put into place or whether the old fragmented systems still persist. To clarify how the “care crisis” is being addressed or to see how the historic family-centred trend of the Mediterranean model evolves.

And finally, a third investigation line may conduct a more in-depth study on the structure and provision models by states concerning economic benefits and services. One instance might be exploring the causes of the commodification process in the Swedish case. Whether the commodification level, attained throughout the communitarian services, impacts uniformly or not the different territories? What has happened to the residential services? Which impact has had the commodification process over the residential facilities? Which genuine weight does the Swedish public sector really exert? In the Spanish case, but also English, it would be vital to closely follow-up the evolution of the care sector for the future. Which kind of factors will determine the changes? Will the experimented contractions during this last stage of economic crisis be redressed?

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abadía, L. (2009). *La crisis ninja y otros misterios de la economía actual*. Madrid, Espanya: Espasa.
- ÄDEL Reform (1992). Recuperat de <https://www.government.se/>
- Adelantado, J. i Calderón, E. (2005). Globalización y Estados del Bienestar: ¿Respuestas semejantes a problemas parecidos? *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(2), 15-44.
- Alber, J. (1995). A framework for the comparative study of social services. *Journal of European Social Policy*, 5(2), 131-149.
- Albesa, E. (2013). Análisis de la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Recuperat de https://www.academia.edu/32416773/An%C3%A1lisis_de_la_aplicaci%C3%B3n_de_la_Ley_de_Promoci%C3%B3n_de_la_Autonom%C3%ADa_Personal_y_Atenci%C3%B3n_a_las_Personas_en_Situaci%C3%B3n_de_Dependencia_LAPAD_del_2007-2012
- Albesa, E. (2015). Reformas en el modelo español de dependencia: desarrollo y situación actual.. Recuperat de https://www.academia.edu/32436541/Reformas_en_la_Aplicacion_de_la_LAPAD_2007_2014
- Albesa, E. (2016). Migracions transnacionals i noves formes d'organització de la cura. *Revista del Col·legi de Treball Social de Catalunya*, (206), 127-133.
- Alcock, P. (2009). The United Kingdom: Constructing a Third Way? Dins A. Pete i C. Gary (Ed.), *International Social Policy: welfare regimes in the developed world* (2nd ed., p. 109-129). New York, USA: Palgrave Macmillan. Recuperat de <https://www.macmillanexplorers.com/the-united-kingdom-constructing-a-third-way/15885684>
- Allardt, E. (2000). A political sociology of the Nordic countries. *European Review*, 8(1), 129-141. <https://doi.org/10.1017/S1062798700004634>
- Andersen, T., Holmström, B., Honkapohja, S., Korkman, S., Söderström, H., i Vartiainen, J. (2007). *The Nordic model: embracing globalization and sharing risks*. Helsinki: Taloustieto Oy. Recuperat de <https://www.etla.fi/en/publications/b232-en/>

- Anderson, B. (2012). Who needs them? Care work, migration and public policy. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1), 45-61.
- Antón, A. (2009). Debates sobre ideas de la izquierda. Dins A. Antón (ed.). *Reestructuración del Estado de Bienestar* (p. 127-176). Madrid: Talasa.
- Anttonen, A. i Sipilä, J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*, 6(2), 87-100.
- Anttonen, A. i Sipilä, J. (1997). Cinco regímenes de servicios de atención social. Dins L. Moreno (ed.), *Unión Europa y Estado de Bienestar* (p. 438-458). Madrid: CSIC.
- Anttonen, A. i Sipilä, J. (2005). Comparative approaches to social care: diversity in care production modes. Dins B. Pfau-Effinger i B. Geissler (ed.), *Care and Social Integration in European Societies* (p. 115-134). Bristol: Policy Press.
- Anttonen, A. i Meagher, G. (2013). Mapping marketisation: Concepts and goals. Dins G. Meagher i M. Szebehely (ed.), *Marketisation in Nordic edelcare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences* (p. 13-22). Stockholm, Sweden. Department of Social Work, Stockholm University.
- Anttonen, A. (2002). Universalism and social policy: A Nordic-feminist reevaluation. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 10(2), 71-80.
<https://doi.org/10.1080/080387402760262168>
- Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S., i Widmaier, S. (2007). *The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options* (IZA Discussion Papers No. 2625). Institute for the Study of Labor (IZA). Recuperat de <https://ideas.repec.org/p/iza/izadps/dp2625.html>
- Arza, C. i Kohli, M. (2008). Introduction: The political economy of pension reform. Dins C. Arza i M. Kohli (ed.). *Pension Reform in Europe: Politics, policies and outcomes* (p. 1-20). London: Routledge. DOI: 10.1016/B978-0-12-380880-6.00018-6
- Bailey, D., i Shibata, S. (2017). Anti-austerity in Low-Resistance Models of Capitalism. Recuperat de <https://antiausteritylowresistancecapitalism.wordpress.com/>
- Barrón, Í. de. (2012, maig 9). El Estado nacionaliza el grupo de Bankia. *El País*. Recuperat de https://elpais.com/economia/2012/05/09/actualidad/1336559567_240280.html

- Benería, L. (2011). Crisis de los cuidados, migración internacional y políticas públicas. Dins C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (ed.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (p. 359-389). Madrid: Catarata.
- Berggren, H., i Trägårdh, L. (2010). *Social trust and radical individualism. The paradox at the heart of Nordic capitalism* (World Economic Forum DAVOS 2011. Shared norms for the New Reality. The Nordic Way) (p. 13-16). Recuperat de <https://www.globalutmaning.se/wp-content/uploads/sites/8/2011/01/Davos-The-nordic-way-final.pdf>
- Bergmark, A. (2011). El treball social a Suècia. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 0(48), 101-116.
- Bettio, F. (2002). The Pros and Cons Occupational Gender Segregation in Europe. *Canadian Public Policy*, 28(1), S65-S84. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/4749732_The_Pros_and_Cons_of_Occupational_Gender_Segregation_in_Europe
- Bettio, F. i Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85-113. DOI: 10.1080/1354570042000198245
- Bettio, F. i Solinas, G. (2009). Which European model for elderly care? Equity and cost-effectiveness in home-based care in three European countries. *Economia & Lavoro*, 43(1), 53-72. Recuperat de <https://ideas.repec.org/p/mod/cappmo/0064.html>
- Bettio, F., Simonazzi, A. i Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: the “care drain” in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-285.
- Bolaños, A., i Abellán, L. (2010, gener 30). El Gobierno lanza un duro plan de ajuste al desbordarse el déficit y el paro. *El País*. Recuperat de https://elpais.com/diario/2010/01/30/economia/1264806001_850215.html
- Bonoli, G. (2000). *The politics of pension reform: Institutions and policy change in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bonoli, G. (2005). The politics of the new social policies: providing coverage against new social risks in mature welfare states. *Policy and Politics*, 33(3), 431-449.

- Bonoli, G. (2006). New social risks and the politics of post-industrial social policies. Dins K. Armingeon i G. Bonoli (ed.), *The politics of post-industrial welfare states: adapting post-war social policies to new social risks* (p. 3-26). London: Routledge.
- Brenke, K., Rinne, U., i Zimmermann, K. F. (2013). Short-time work: The German answer to the Great Recession. *International Labour Review*, 152(2), 287-305.
<https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.2013.00181.x>
- Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S., i Szebehely, M. (2012). The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European Social Policy*, 22(4), 377-391. DOI: 10.1177/0958928712449772
- Brodsky, J., Habib, J., i Hirschfeld, M. (2003). Choosing overall LTC strategies: a conceptual framework for policy development. Dins World Health Organization (ed.), *Key policy issues in long-term care* (p. 245-270). Geneva: World Health Organization. Recuperat de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy_issues_ltc.pdf.
- Caïs, J. (2002). *Metodología del análisis comparativo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Camacho, J. A., Ruiz, S. M., i Mingula, M. de los Á. (2015). La atención a las personas en situación de dependencia como yacimiento de empleo en tiempos de crisis: el caso español. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 33(1), 169-188-188.
https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2015.v33.n1.48812
- Care Act 2014, § 23 (2014). Recuperat de <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>
- Carrasco, C., Borderías, C. i Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. Dins C. Carrasco, C. Borderías, T. Torns (ed.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (p. 13-95). Madrid: Catarata.
- Carrasquer, P., Torns, T., Tejero, E. I Romero, A. (1998). El trabajo reproductivo. *Papers. Revista de Sociologia*, 55, 95-114.
- Carreras, A., i Tafunell, X. (2010). *Historia Económica de la España contemporánea (1978-2009)*. Barcelona, España: Crítica.
- Casado, D. (2011). *Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia*. Madrid, Espanya: Editorial CCS.

- Casado, D. i López Casanovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro*. (Colección Estudios Sociales, 6). Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- Castells, M. (2014, febrer 28). La crisis económica europea: una crisis política. EuropeG; Grupo de Opinión y Reflexión en Economía Política. Recuperat de http://www.europeg.com/index.php?option=com_content&view=article&id=98%3AAla-crisis-economica-europea-una-crisis-politica&catid=36%3Ablog-novedades&Itemid=60&lang=es
- Castles, F. G. (2005). Social expenditure in the 1990s: Data and determinants. *Policy and Politics*, 33(3), 411-430.
- Castles, F. G. (2007). Introduction. Dins F. Castles (ed.), *The disappearing state? Retrenchment realities in an age of globalisation* (p. 1-18). Cheltenham: Edward Elgar. Recuperat de <http://dx.doi.org/10.4337/9781847205292.00006>
- Castle, S. i Vezzoli, S. (2009). The global economic crisis and migration: temporary interruption or structural change? *Paradigmes: Economia Productiva i Coneixement*, (2), 68-75. Recuperat de <https://www.raco.cat/index.php/Paradigmes/article/view/223806/304668>
- Clasen, J. (2005). *Reforming European Welfare States: Germany and the United Kingdom Compared*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0199270716.001.0001>
- Clasen, J. i Clegg, D. (2007). Levels and levers of conditionality: measuring change within welfare states. Dins J. Clasen i N. A. Diegel (ed.), *Investigating Welfare State Change: the ‘dependent variable problem’ in comparative analysis* (p. 166-197). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Clayton, R. i Pontusson, J. (1998). Welfare-State Retrenchment Revisited: Entitlement Cuts, Public Sector Restructuring, and Inegalitarian Trends in Advanced Capitalist Societies. *World Politics*, 51(1), 67-98. Recuperat de <http://www.jstor.org/stable/25054066>.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. i Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

- Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J., i King, D. (Ed.). (2010). *The long-term care system for the elderly in England*. Brussels: ENEPRI.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., i Pickard, L. (2011). The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-Term Care in England. Dins J. Costa-Font (Ed.), *Reforming Long-Term Care in Europe* (p. 19-34). Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444395556.ch2>
- Consejo de Europa (1998). *Recomendación N° R. (98)9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia*. Recuperat de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51023>
- Consell de la Unió Europea (2003). Recuperat de http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/elderly_en.pdf.
- Cruz, M., i Sánchez, M. (2008, novembre 27). Zapatero inyecta 11.000 millones de euros a los ayuntamientos y al sector de la automoción | elmundo.es. *El Mundo*. Recuperat de <https://www.elmundo.es/elmundo/2008/11/27/espana/1227800138.html>
- Cutright, P. (1965). Political structure, economic development, and national social security programs. *American Journal of Sociology*, 70(5), 537-550.
- Dabós, M. (2010, febrer 1). ¿Cómo llegamos a la crisis financiera global? Materiabiz Foros (comentari en un fòrum). Recuperat de <https://web.archive.org/web/201002201080604/http://www.materiabiz.com/mbz/economiaayfinanzas/nota.vsp?nid=38841>
- Daly, M. (2002). Care as a Good for Social Policy. *Journal of Social Policy*, 31(2), 251-270.
- Daly, M. (2012). Making Policy for Care: Experiences in Europe and its implications for Asia. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 32(11/12), 623-635. DOI: 10.1108/01443331211280674
- Daly, M. i Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- Dauderstädt, M. (2013). Alemania y la crisis: victorias pírricas | Nueva Sociedad. *Nueva Sociedad / Democracia y política en América Latina*, (246), 14-31.

- Da Roit, B. i Le Bihan, B. (2010). Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies, *The Milbank Quarterly*, 88(3), 286-309.
- Da Roit, B., Le Bihan, B., i Österle, A. (2007). Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes. *Social Policy & Administration*, 41(6), 653-671.
- David, P. (1985). Clio and the Economics of QWERTY. *The American Economic Review*, 75(2), 332-337. Recuperat de <http://www.jstor.org/stable/1805621>
- Decret 142/2010, § 5738 (2010). Recuperat de http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=557820&action=fitxa
- Del Pino, E. (2009). Un marco conceptual para estudiar el cambio del Estado de Bienestar y las políticas sociales. Dins L. Moreno (ed.), *Reformas de las políticas de bienestar en España* (p. 35-66) Madrid: Siglo XXI.
- Del Pino, E. (2013). Los Regímenes de Bienestar Liberales: orígenes, resultados y cambios. En E. Del Pino i M. J. Rubio (ed.), *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada* (p. 86-106). Madrid, España: Tecnos.
- Destatis, Statistisches Bundesamt. (2009). *Resultats de la 12^a Projectió Coordinada de Població*. Recuperat de <https://www.destatis.de/EN/Publications/Specialized/Population/GermanyPopulation2060.pdf>
- Destatis, Statistisches Bundesamt. (2015). *Projectió coordinada de la població d'Alemania*. Recuperat de <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>
- Dougherty, C. (2008, setembre 22). How Sweden Solved Its Bank Crisis. *The New York Times*. Recuperat de <https://www.nytimes.com/2008/09/23/business/worldbusiness/23krona.html>
- Dustmann, C., Fitzenberger, B., Schönberg, U., i Spitz-Oener, A. (2014). From Sick Man of Europe to Economic Superstar: Germany's Resurgent Economy. *Journal of Economic Perspectives*, 28(1), 167-188. <https://doi.org/10.1257/jep.28.1.167>
- Egea, C. i Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 50, 15-30.

- Eklund, K. (2010). *Nordic capitalism lesson learned* (World Economic Forum DAVOS 2011. Shared norms for the New Reality. The Nordic Way) (p. 5-11). Recuperat de <https://www.globalutmaning.se/wp-content/uploads/sites/8/2011/01/Davos-The-nordic-way-final.pdf>
- Emmenegger, P., Hausermann, S., Palier, B. i Seeleib-Kaiser, M. How We Grow Unequal. Dins Emmenegger, P., Hausermann, S., Palier, B. i Seeleib-Kaiser, M. (p. 3-26). *The Age of Dualization: The Changing Face of Inequality in Deindustrializing Societies*. Oxford University Press. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199797899.001.0001
- Encuesta de Población Activa (2012). Notas de prensa. Instituto Nacional de Estadística. Recuperat de <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0412.pdf>
- Ergungor, O. E. (2007). *On the Resolution of Financial Crises: The Swedish Experience* (SSRN Scholarly Paper No. ID 1023685). Rochester, NY: Social Science Research Network. Recuperat de <https://papers.ssrn.com/abstract=1023685>
- Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M., i Trydegård, G.-B. (2013). Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation. Dins G. Meagher i M. Szebehely (Ed.), *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences* (p. 23-84). Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University. Recuperat de <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-96704>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge, United Kingdom: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. i Wolfson, L. (1996). Después de la Edad de Oro: el futuro del Estado benefactor en el nuevo orden mundial. *Desarrollo Económico*, 36(142), 523-554. <https://doi.org/10.2307/3467359>
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A. i Myles, J. (2002). *Why we need a new welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
- Espiño, I., i González, J. (2018, octubre 7). El Gobierno creará un fondo de 30.000 millones para comprar activos «sanos» de bancos y cajas | elmundo.es. *El Mundo*. Recuperat de <https://www.elmundo.es/mundodinero/2008/10/07/economia/1223394541.html>

- Europa Press. (2009, gener 12). Zapatero presenta en Internet su «Plan E» contra la crisis. *Europa Press*. Recuperat de <https://www.europapress.es/economia/noticia-zapatero-presenta-internet-plan-contra-crisis-20090112135750.html>
- Evans, T (2011). La crisis en la zona euro. Crisis: causas, perspectivas y alternativas. *Boletín Internacional de Investigación Sindical*. 3(1), 7-14. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. Recuperat de https://www.academia.edu/5211956/Bolet%C3%ADn_Internacional_de_Investigaci%C3%B3n_Sindical_2011_Crisis_causas_perspectivas_y_alternativas
- Färber, G. (2012). Impacts of the Global Financial Crisis in a Federation: Evidence from Germany. Recuperat de <https://dopus.uni-speyer.de/frontdoor/index/index/docId/585>
- Fernández, J.-L., Forder, J., Trukeschitz, B., Rokosová, M., McDaid, D., Europe, W. H. O. R. O. for, ... Network (HEN), H. E. (2009). *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people* (No. EUR/08/5085883). Copenhagen: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperat de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107942>
- Ferrera, M. (1996). The ‘Southern Model’ of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6 (1), 17–37.
- Ferrera, M. (2008). The European Welfare State: Golden Achievements, Silver Prospects, *West European Politics*, 31(1-2), 82-107. DOI: 10.1080/01402380701833731
- Ferrera, M. i Hemerijck, A. (2003). Recalibrating Europe’s Welfare Regimes. Dins J. Zeitlin i D. M. Drubek (ed.), *Governing work and welfare in the new economy: European and American experiments* (p. 88-128). Oxford: Oxford University Press.
- Ferrera, M., Hemerijck, A. i Rhodes, M. (2000). Recasting European Welfare States for the 21st Century. *European Review*, 8(3), 427-446.
- Flaquer, L. (2002). Familia y Estado de Bienestar en la Europa del sur. Dins L. Flaquer, *Políticas familiares en la Unión Europea* (p. 175-208). Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Flaquer, L., Pfau-Effinger, B., i Artiaga, A. (2014). El trabajo familiar de cuidado en el marco del Estado de Bienestar. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 32(1), 11-32.
- Flora, P. i Alber, A. (1981). Modernization, Democratization, and the Development of Welfare States in Western Europe. Dins P. Flora i A. J. Heidenheimer (ed.), *The*

Development of Welfare States in Europe and America (p. 37-80). New Brunswick: Transaction Books.

Folgueiras, P. (2016). La entrevista. (Documentos de Trabajo, Informes de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación). Universitat de Barcelona. Recuperat de <http://hdl.handle.net/2445/99003>

Fraser, D. (1973). *The evolution of the British Welfare State: a history of social policy since the Industrial Revolution*. London: Macmillan.

Frazer, H. i Marlier, E. (2011). Social impact of the crisis and developments in the light of fiscal consolidation measures. *EU Network of Independent Experts on Social Inclusion*. Recuperat de

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=ga&newsId=1406&furtherNews=yes>

Friede. (2009, octubre 7). The Age of Austerity. *Impact Magazine*. Recuperat de <https://impactnottingham.com/2009/10/the-age-of-austerity/>

Fukushima, N., Adami, J., & Palme, M. (2010). *The long-term care system for the elderly in Sweden*. Brussels: ENEPRI. Recuperat de <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20%20ANCIENT%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf>

Gadea, M. D. (1996). *La economía política del gasto público en España (1964-1993)*. Madrid, España: Consejo Económico y Social.

Galenson, W. (1968). Social security and economic development: A quantitative approach. *Industrial & Labor Relations Review*, 21(4), 559-569.

Gálvez, L. (2013). Una lectura feminista del austericidio. *Revista de Economía Crítica*, 15, p. 80-110. Recuperat de http://revistaeconomicacritica.org/sites/default/files/Crisis-02_linagalvez.pdf

Gálvez L. i Rodríguez-Modroño, P. (2016). Una crítica desde la economía feminista a la salida austericida de la crisis. *ATLÁNTICAS – Revista Internacional de Estudios Feministas*, 1(1), p. 8-33. Recuperat de <http://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/arief.2016.1.1.1346>

- Gallego, V. M. (2012). Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España. *Revista Internacional de Sociología*, 70(2), 375-398. <https://doi.org/10.3989/ris.2010.06.29>
- García, J. L., i Jiménez, J. C. (1999). *Un siglo de España. La economía*. Madrid, España: Marcial Pons.
- Geissler, B. i Pfau-Effinger, B. (2005). Change in European care arrangements. Dins B. Pfau-Effinger i B. Geissler (ed.), *Care and Social Integration in European Societies* (p. 3-20). Bristol, UK: Policy Press at the University of Bristol.
- Giddens, A. (1998). *The third way: the renewal of social democracy*. Cambridge, England : Malden, Mass: Polity Press ; Blackwell.
- Girouard, N., Kennedy, M., Van den Noord, P. i André, C. (2006). Recent house price developments: the role of fundamentals. (Economics Department Working Papers, 475). Recuperat de [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2006\)3&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2006)3&docLanguage=En)
- Giudice, G., Kuenzel, R., i Springbett, T. (2012). *UK Economy: The crisis in perspective. Essays on the drivers of recent UK economic performance and lessons for the future*. Abingdon, United Kingdom: Routledge.
- Gomà, R. i Adelantado, J. (2001). La dimensión social de la integración europea: ¿hacia un Estado supranacional de bienestar? (The Social Dimension of the European Integration, Towards a Supra-National Welfare State?). *Revista Mexicana de Sociología*, 63(3), 135-164.
- Graham, H. (1991). The Concept of Caring in Feminist Research: The Case of Domestic Service. *Sociology*, 1(25), 61-78.
- Guillen, A. (2002). The Politics of Universalisation: Establishing National Health Services in Southern Europe. *West European Politics*, 25(4), 49-68. DOI: 10.1080/713601642
- Gutiérrez, J. J. (2012, juny 9). Comunicado íntegro del Eurogrupo sobre el rescate a la banca española. *Diario de Avisos*. Recuperat de <http://www.diariodeavisos.com/2012/06/comunicado-integro-del-eurogrupo-sobre-el-rescate-a-la-banca-espanola/>

- Hall, P. (1993). Policy paradigm, social learning and the state: The case of economic policy in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296.
- Hall, P. i Thelen, K. (2008). Institutional change in varieties of capitalism. *Socio-Economic Review*, 7(1), 7-34. DOI: 10.1093/ser/mwn020
- Hantrais, L. (1999). Socio-demographic change, policy impacts and outcomes in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 9(4), 291-309. Recuperat de <https://doi-org.gate3.library.lse.ac.uk/10.1177/a010186>
- Hassler, P. J. (2010). *Sweden in past, current and future economic crises* (p. 28). Institute for International Economic Studies - Stockholm University. Recuperat de <http://hassler-j.iies.su.se/PAPERS/OECDSwedenAug2010.pdf>
- Heinrich, M. (2015). EU governance in crisis: A cultural political economy perspective on European crisis management 2007–2014. *Comparative European Politics*, 13(6), 682-706. <https://doi.org/10.1057/cep.2014.49>
- Hemerijck, A. (2012). Towards a new social policy paradigm: Two or three waves of welfare state transformation? Dins N. Morel, B. Palier i J. Palme (ed.), *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges* (p. 33-60). Bristol, UK: The Policy Press.
- HM government. (2007, desembre 10). Putting people first: a shared vision and commitment to the transformation of adult social care [Publication]. Recuperat de http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130104175839/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_081118
- Hochschild, A. (1995). The culture of politics: Traditional, postmodern, cold-modern, and warm-modern ideals of care. *Social Politics*, 2(3), 33-45.
- Hochschild, A. R. (2000). Global care and chains and emotional surplus value. Dins T. Giddens i W. Hutton (ed.), *On the Edge. Globalization and the New Millennium* (p. 130-146). London: Sage Publishers.
- Huber, E., i Stephen, J. D. (2001). *Development and Crisis of the Welfare State*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Hueso A. i Cascan, M. J. (2012). Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. *Cuadernos Docentes en Procesos de Desarrollo, I*. València: Universitat Politècnica de València. Recuperat de <https://riunet.upv.es/handle/10251/17004#>

- Hüfner, F. (2010). The German Banking System: Lessons from the Financial Crisis. °.
<https://doi.org/10.1787/5kmbm80pjkd6-en>
- Ikegami, N., & Campbell, J. C. (2002). Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care Systems. *Social Policy & Administration*, 36(7), 719-734.
<https://doi.org/10.1111/1467-9515.t01-1-00313>
- Immergut, E. (1992). *Health politics: Interests and institutions in Western Europe*. Cambridge England: Cambridge University Press.
- Inclusion London. (2015). *Inclusion Annual Report*. Inclusion London. Recuperat de
https://www.inclusionlondon.org.uk/wp-content/uploads/2015/11/InclusionLondonAnnualReport2014-15_small.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperat de
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Ismail, S., Thorlby, R., i Holder, H. (2014). *Focus On: Social care for older people*. London: The Health Foundation and Nuffield Trust. Recuperat de
https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100063318336.0x000001
- Jacobi, L., i Kluge, J. (2006). *Before and After the Hartz Reforms: The Performance of Active Labour Market Policy in Germany* (IZA discussion paper No. 2100). Bonn, Alemania. Recuperat de <http://ftp.iza.org/dp2100.pdf>
- Jacobzone, S. (1999). Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives. *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, (38), OECD publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/313777154147>
- Jensen, C. (2008). Words of welfare Services and Transfers. *European Social Policy*, 18(2), 151-162. Recuperat de
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0958928707087591>
- Jenson, J. i Jacobzone, S. (2000). Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers. *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, (41), OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/414673405257>

- Jessop, B. (1996). Post-fordism and the state. Dins B. Greve (ed.), *Comparative welfare systems* (p. 165-184). Basingstoke: Macmillan.
- Jessop, B. (2003). *From Thatcherism to New Labour: Neo-Liberalism, Workfarism, and Labour Market Regulation*. Department of Sociology, Lancaster University. Recuperat de <http://www.lancaster.ac.uk/fass/resources/sociology-online-papers/papers/jessop-from-thatcherism-to-new-labour.pdf>
- Jessop, B. (2004), The European Union and Recent Transformations in Statehood. Dins P. Riekmann, M. Mokre i M. Latzer (ed.), *The State of Europe. Transformations of Statehood from a European Perspective* (p. 75-94). Frankfurt: Campus Verlag GmbH.
- Johansson, L., i Schön, P. (2017). *Quality and cost-effectiveness in long-term care and dependency prevention*. COUA. LTC Network. Recuperat de <http://www.aldrecentrum.se/publikationer/quality-and-cost-effectiveness-long-term-care-and-dependency-prevention>
- Kautto, M. (2010). Nordic Countries in The Oxford handbook of the welfare state. Fins F. G. Castles, J. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger, & C. Pierson (Ed.), *The Oxford handbook of the welfare state* (Vol. Oxford handbooks, p. 586-600). Oxford: Oxford University Press. Recuperat de <http://www.oxfordhandbooks.com.gate2.library.lse.ac.uk/view/10.1093/oxfordhb/9780199579396.001.0001/oxfordhb-9780199579396-e-40>
- Kautto, J., Rostgaard, T., Heikkilä, M., Hvinden, B., Marklund, S., i Ploug, N. (1999). The Nordic welfare states in the 1990s. Dins M. Kautto, M. Heikkilä, B. Hvinden, S. Marklund, & N. Ploug (Ed.), *Nordic social policy: changing welfare states* (p. 1-18). London: Routledge.
- Kinkartz, S. (2013, agost 24). Economía alemana sale ilesa de la crisis. Recuperat de <https://www.dw.com/es/econom%C3%ADa-alemana-sale-ilesa-de-la-crisis/a-17043246>
- Knuth, M. (2016). Labor Market Reforms and Labor Market Performance in Germany. *International Labor Brief*, 14, 18-35. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/294560951_Labor_Market_Reforms_and_Labor_Market_Performance_in_Germany

- Korpi, W. i Palmer, J. (2003). New Politics and Class Politics in the Context of Austerity and Globalisation. *American Political Science Review*, 97(1), 425-446.
- Koske, I. (2010). After the Crisis - Bringing German Public Finances Back to a Sustainable Path. *OECD Economics Department Working Papers*, (766).
<https://doi.org/10.1787/5kmt7nhvx0n-en>
- Kröger, T. (1997). The Dilemma of Municipalities: Scandinavian Approaches to Child Day-care Provision. *Journal of Social Policy*, 26(4), 485-507.
- Kuhnle, S. (2001). The Nordic welfare state in a European context: dealing with new economic and ideological challenges in the 1990s. *European Review*, 8(3), 379-398.
<https://doi.org/10.1017/S1062798700004968>
- Lag om offentlig upphandling, LOU, 1992: 1528 i 2007:1091.
- Lag om valfrihetssystem, LOV, 2008:962.
- Lag om skattereduktion för hushallsarbete, LOH, 2007:346
- Lagen om stöd och service till funktionshindrade, LOF, 1993.
- Laliberté, P. (2011). Crisis; causas, perspectivas y alternativas. *Boletín Internacional de Investigación Sindical*, 3(1), 7-14. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
 Recuperat de
https://www.academia.edu/5211956/Bolet%C3%ADn_Internacional_de_Investigaci%C3%B3n_Sindical_2011_Crisis_causas_perspectivas_y_alternativas
- Laparra, M., Pérez, B., Lasheras, R., Carbonero, M. A., Guinera-Martín, D., Zugasti, N., Anaut, S. (2012). Crisis y Fractura Social en Europa. Causas y Efectos en España (Colección Estudios Sociales, 35) Recuperat de
http://www.publicacionestecnicas.com/lacaixa/35_es/?lng=es
- Lehndorff, S. (2012). Introduction – The triumph of failed ideas. Dins S. Lehndorff (ed.), *A triumph of failed ideas: European models of capitalism in the crisis* (p. 7-26), Bruselas: ETUI. Recuperat de
<https://www.etui.org/content/download/5164/51374/file/12+a+triumph+of+failed+ideas+...>

- Lehto, J., Moss, N. i Rostgaard, T. (1999). Universal public social care and health services? Dins M. Kautto, M. Heikkilä, B. Hvinden, S. Marklund, & N. Ploug (Ed.), *Nordic social policy: changing welfare states* (p. 104-132). London: Routledge.
- Leitner, S. (2003). Varieties of familism: The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353-375. DOI: 10.1080/1461669032000127642
- León, M. i Pavolini, E. (2014). Social investment' or Back to 'Familism': The Impact of the Economic Crisis on Family and Care Policies in Italy and Spain. *South European Society and Politics*, 19(3), 353-369. DOI: 10.1080/13608746.2014.948603
- León, M., Ranci, C. i Rostgaard, T. (2014). Pressures towards and within Universalism: Conceptualising Changes in Care Policy and Discourse. Dins M. León (ed.) *The transformation of care in European Societies* (p. 11-33). New York: Palgrave Macmillan.
- Levy, J. D. (1999). Vice into virtue? progressive politics and welfare reform in continental Europe. *Politics & Society*, 27(2), 239-273.
- Lewis, J. (2001). The decline of the male breadwinner model: Implications for work and care. *Social Politics*, 8(2), 152-169.
- Lewis, J. (2011) Género, envejecimiento y el "nuevo pacto social": la importancia de desarrollar un enfoque holístico de las políticas de cuidados. Dins C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (ed.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (p. 336-354). Madrid: Catarata.
- Llei 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoció de la Autonomía Personal i Atenció a las personas en situació de dependencia. (2006). Recuperat 31 octubre 2018, de <http://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/20061214LLEI392006>
- Mahon, R. (2008). Varieties of Liberalism: Canadian Social Policy from the 'Golden Age' to the Present. *Social Policy & Administration*, 42(4), 342-361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00608.x>
- Marañón, N., Hidalgo, A. i Del Llano, J. (2007). *Modelos de gestión e integración de servicios sociosanitarios en personas dependientes: Análisis comparativo de los modelos de gestión de las Comunidades Autónomas*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales.

- March, J. i Olsen, J. (1984). The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *The American Political Science Review*, 78(3), 734-749.
- March, J. i Olsen, J. (1998). The institutional dynamics of international political orders. *International Organization*, 52(4), 943-969.
- Mares, I. (2003). *The politics of social risks. Business and welfare state development*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Marshall, T. H. (1965). The right to welfare. *The Sociological Review*, 13, 261-272. DOI: 10.1111/j.1467-954X.1965.tb01140.x
- Marshall, T. H. i Bottomore, T. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza.
- Martin, A. (2008). ¿Modelo Social Europeo de Bajo Coste? *Arxius de Ciències Socials*, 18, 9-24.
- Martínez Buján, R. (2006). El cuidado de ancianos: Un nicho laboral para mujeres inmigrantes y un reto de gestión para las entidades del tercer sector. *Revista Española del Tercer Sector*, (4), 145-173.
- Martínez Buján, R. (2010). *Bienestar y Cuidados: El oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC. Recuperat de <https://editorial.csic.es/publicaciones/libros/11812/978-84-00-09124-8/bienestar-y-cuidados-el-oficio-del-carino-mujeres-.html>
- Martínez Buján, R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 93-123-123. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.4
- Martínez Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares / Regional Models of Social Organization of in-home Care for the Elderly. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>
- Martínez Carazo, P. C. (2006, juliol 20). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*. Recuperat de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>

- Meil, G. (2002). Los desafíos al sistema de protección social derivados de la postmodernización de la familia. Dins L. Flaquer (ed.), *Políticas familiares en la Unión Europea* (p. 29-56). Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Mendez, M. (2013). Crisis de 2008 y su impacto en Alemania. *Noticiero Digital*. Recuperat de <http://www.noticierodigital.com/2013/11/crisis-de-2008-y-su-impacto-en-alemania/>
- Mishra, R. (1976). Convergence theory and social change: The development of welfare in Britain and the Soviet Union. *Comparative Studies in Society and History*, 18(1), 28-56. DOI: 10.1017/S0010417500008069
- Mishra, R. (1994). *El Estado del Bienestar en la sociedad capitalista: Políticas de desmantelamiento y conservación en Europa, América del Norte y Australia*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Montagut, T. (2000). *Política social: una introducción*. Barcelona: Ariel.
- Montserrat, J. (2015 desembre). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: Retos del futuro. *ZERBITZUAN* 60. Recuperat de http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4700/Impactos_medidas_estabilidad.pdf?sequence=1&rd=0031275596861030
- Morel, N., Palier, B., i Palme, J. (2012). Beyond the welfare state as we knew it? Dins N. Morel, B. Palier i J. Palme (ed.), *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges* (p. 1-32). Bristol, UK: The Policy Press.
- Moreno, L. (2001). La «vía media» española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers. Revista de Sociologia*, 63/64, 67-82.
- Moreno, L. (2004, octubre). Reforma y reestructuración del Estado del Bienestar en la Unión Europea. Documento de Trabajo 04-09. II Seminario Internacional de Política Social, 'Propuestas Alternativas al Neoliberalismo', Programa de Pós Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasil.
- Moreno, L. (2009). NURSOPOB: presentación, contexto del bienestar y nuevos riesgos sociales. Dins L. Moreno (ed.), *Reformas de las políticas del bienestar en España* (p. 1-34). Madrid, Espanya: Siglo XXI.
- Moreno, L. (2103). Crisis y Reformas del Bienestar en Europa. *Presupuesto y Gasto Público*, 71, 23-35. Recuperat de

[https://www.academia.edu/4864918/ Crisis y reformas del bienestar en Europa](https://www.academia.edu/4864918/Crisis_y_reformas_del_bienestar_en_Europa)

Moreno, L. i Sarasa, S. (1992). The Spanish 'via media' to the development of the welfare state. Instituto de Estudios Sociales Avanzados, *Working Paper*, 92-13. Recuperat de <http://digital.csic.es/bitstream/10261/2018/1/dt-9213e.pdf>

Moreno, L. i Palier, B. (2005). The Europeanization of welfare: Paradigm Shifts and Social policy reforms. Dins P. Taylor-Gooby (ed.), *Ideas and welfare state reform in western Europe* (p. 145-175). New York, USA: Palgrave-Macmillan.

Moreno, L. i Serrano, A. (2009). Modelo social europeo y políticas sociales: una evaluación formativa institucional. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, (2), 1-29.

Moreno, L. i Klose, M. (2013). 'Crisis y reformas del bienestar en Europa'. Recuperat de [https://www.academia.edu/4864918/ Crisis y reformas del bienestar en Europa](https://www.academia.edu/4864918/Crisis_y_reformas_del_bienestar_en_Europa)

Moreno, L., Del Pino, E., Marí-Klose, P. i Moreno-Fuentes, F. (2014). *Los Sistemas de Bienestar Europeos tras la crisis económica*. Madrid: EUROsociAL. Recuperat de <http://sia.eurosocijal-ii.eu/files/docs/1400662339-E3.pdf>

Moreno-Fuentes, F. J. (2009). Del sistema sanitario de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud descentralizado. Dins L. Moreno (ed.), *Reformas de las políticas del bienestar en España* (p. 101-135). Madrid: Siglo XXI.

Muñoz De Bustillo, R. (2000). Retos y restricciones del Estado de Bienestar en el cambio de siglo. Dins R. Muñoz De Bustillo. (ed.), *El Estado de Bienestar en el Cambio de Siglo* (p. 50-108). Madrid, Espanya: Alianza.

Myles, J. i Pierson, P. (2001). The comparative political economy of pension reform. Dins P. Pierson (ed.), *The new politics of the welfare state*. Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/0198297564.003.0011

Neil, I. (2011, juny 24). Five economic lessons from Sweden, the rock star of the recovery. *Washington Post*. Recuperat de https://www.washingtonpost.com/business/economy/five-economic-lessons-from-sweden-the-rock-star-of-the-recovery/2011/06/21/AGyuJ3iH_story.html

O'Connor, J. S., Orloff, A. S., & Shaver, S. (1999). *States, Markets, Families: Gender, Liberalism and Social Policy in Australia, Canada, Great Britain and the United States*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511597114>

- OECD (2005). *Long-Term Care for Older People*. Paris: OCDE. Recuperat de https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page1
- OECD. (2013). *Highlights from A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long-term care*. OECD Publishing. Recuperat de <https://www.oecd.org/els/health-systems/Sweden-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>
- OECD. (2017a). *Income inequality* [Data set]. OECD. <https://doi.org/10.1787/459aa7f1-en>
- OECD. (2017b). *Poverty rate* [Data set]. OECD. <https://doi.org/10.1787/0fe1315d-en>
- OECD. (2017c). *Social benefits to households* [Data set]. OECD. <https://doi.org/10.1787/423105c6-en>
- OECD. (2017d). *Social spending* [Data set]. <https://doi.org/10.1787/7497563b-en>
- Oliveras, E. (2012, abril 26). La caiguda del Regne Unit. *elperiodico*. Recuperat de <https://www.elperiodico.cat/ca/economia/20120426/la-caiguda-del-regne-unit-1710581>
- Olsen, G. i O'Connor, J. (1998). Understanding Welfare State: Power resources theory and its critics. Dins J. O'Connor i G. Olsen (ed.), *Power Resources Theory and the Welfare State: A Critical Approach* (p. 3-33). Toronto: University of Toronto Press.
- Organización Mundial de la Salud (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Oso, L. (2008). Migración, género y hogares transnacionales. Dins J. Garcia i J. Lacomba (coord.), *La inmigración en la sociedad española: Una radiografía multidisciplinar* (p. 561-586). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Oso, L., i Parella, S. (2012). Inmigración, género y mercado de trabajo: Una panorámica de la investigación sobre la inserción laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1), 11-44.

- Oso, L. i Ribas-Mateos, N. (2012). De la sorpresa a la incertidumbre: Abriendo etapas en el estudio de la temática sobre género y migración en el contexto español. *Papers. Revista de Sociologia*, 97(3), 511-520.
- Österle, A. (2009). Regímenes de bienestar europeos y el cuidado de larga duración. Dins A. Arriba i J. Moreno Fuentes. *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos* (p. 35-60). Madrid: Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales. Recuperat de <http://www.camfleganes.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamiento-dep.pdf>
- Österle, A. (2010). Long-term Care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Addressing a 'New' Social Risk. *Social Policy and Administration*, 44(4), 461-480.
- Pacolet, J. (2009). Protección social de personas mayores dependientes en Europa. Dins A. Arriba, G. Durana i J. Moreno (ed.). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos* (p. 61-94). Madrid: Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales. Recuperat de <http://www.camfleganes.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamiento-dep.pdf>
- Palier, B. (2010). Ordering change: Understanding the 'Bismarckian' Welfare Reform Trajectory. Dins B. Palier (Ed.), *A long good-bye to Bismarck. The politics of Welfare Reforms in Continental Europe* (p. 19-35). Amsterdam, Netherland: Amsterdam University Press.
- Palier, B. (2013). El régimen de bienestar continental: de un sistema congelado a las reformas estructurales. Dins E. Del Pino & M. J. Rubio (Eds.), *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada* (p. 65-81). Madrid, España: Tecnos.
- Parella, S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- Parella, S. (2012). Familia transnacional y redefinición de los roles de género. El caso de la migración boliviana en España. *Papers. Revista de Sociologia*, 97(3), 661-684.

- Pavolini, E. i Ranci, C. (2008). Restructuring the Welfare State: Reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246-259. DOI: 10.1177/0958928708091058
- Pavolini, E. i Ranci, C. (2013). Reforms in long-term care policies in Europe: An introduction. Dins C. Ranci i E. Pavolini (ed.), *Reforms in long-term care policies in Europe* (p. 3-22). New York: Springer.
- Pavolini, E., León, M., Guillén, A. M. i Ascoli, U. (2014). From austerity to permanent strain? The EU and welfare state reform in Italy and Spain. *Comparative European Politics*, 13(1), 1-21. Recuperat de https://www.researchgate.net/profile/Margarita_Leon4/publication/269998298_From_austerity_to_permanent_strain_The_EU_and_welfare_state_reform_in_Italy_and_Spain/links/552cfc670cf21acb0921150f/From-austerity-to-permanent-strain-The-EU-and-welfare-state-reform-in-Italy-and-Spain.pdf
- Penalva, C. i Mateo, M. A. (2006). *Tècniques qualitatives d'investigació*. (Materials de suport a la docència en valencià, 77.) Alacant: Universitat d'Alacant. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/39438258_Tecnicas_qualitativas_d%27
- Pereda, C., Actis, W. i De Prada, M. A. (2001). *Mujer, inmigración y trabajo*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Recuperat de https://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_libros/show/id/42
- Pereda, C., Actis, W. i De Prada, M. A. (2005). *Inmigración y vivienda en España*. Recuperat de http://www.colectivoioe.org/investigaciones_libros.php?op=libro&id=57
- Pérez, L. i Jiménez, E. (2016, juny 12). Els cicles econòmics. (Apunt en un blog). Recuperat de <http://blocs.xtec.cat/economiaiesbaixmontseny/unitat-8-els-cicles-economics-demanda-i-oferta-agregades-inflacio-i-atur/86-els-cicles-economics/>
- Pfau-Effinger, B. (2005). Welfare state policies and the development of care arrangements. *European Societies*, 7(2), 321-347.
- Pfau-Effinger, B. (2012). Women's employment in the institutional and cultural context. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 32(9-10), 530-543. Recuperat de <https://doi.org/10.1108/01443331211257634>

- Pfau-Effinger, B. (2014). New policies for caring family members in European welfare states. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, (32), 33-48. Recuperat de http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2014.v32.n1.44712
- Pfau-Effinger, B. (2017). Informal employment in the poor European periphery. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 37(7/8), 387-399.
- Pfau-Effinger, B. i Rostgaard, T. (2011). Tensions related to care in European Welfare States. Dins B. Pfau-Effinger i T. Rostgaard (ed.), *Care between work and welfare in European societies* (p. 1-14). (Work and Welfare in Europe.) New York: Palgrave Macmillan.
- Pickard, L. (2001). Carer Break or Carer-blind? Policies for Informal Carers in the UK. *Social Policy & Administration*, 35(4), 441-458. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00244>
- Pickard, L., Wittenberg, R., Comas-Herrera, a., Davies, b. i Darton, R. (2000). Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031. *Ageing and Society*, 20(6), 745-772.
- Pickard, L., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., King, D. i Malley, J. (2007). Care by Spouses, Care by Children: Projections of Informal Care for Older People in England to 2031. *Social Policy and Society*, 6(3), 353-366. <https://doi.org/10.1017/S1474746407003685>
- Pierson, P. (1996). The new politics of the welfare state. *World Politics*, 48(1), 143-179.
- Pierson, P. (1998). Irresistible forces, immovable objects: post-industrial welfare states confront permanent austerity. *Journal of European Public Policy*, 5, 539-60.
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251-267.
- Pierson, P. (2001). Coping with permanent austerity, Welfare State restructuring in affluent Democracies. Dins P. Pierson (ed.), *The New Politics of the Welfare State* (p. 410-456). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pliscoff, C. i Monje P. (2003). Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá. Resum recuperat de <https://www.clad.org/congresos/congresos-antecedentes/viii-congreso>

- Poli, M. D. (2015). Alemania y la crisis económica: fragilidad oculta y contradicciones evidentes. *Revista de derecho constitucional europeo*, 12(24). Recuperat de https://www.ugr.es/~redce/REDCE24/articulos/12_D_POLI.htm
- Powell, M. (2008). Welfare State reforms in the United Kingdom. Dins M. Seeleib-Kaiser (ed.), *Welfare state transformations: comparative perspectives*. New York, USA: Palgrave Macmillan.
- Puhl, R. (2011). El treball social a Alemanya. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 0(48), 65-84-84.
- Ranci, C. i Pavolini, E. (2015). Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe. *Journal of European Social Policy*, 25(3), 270-285.
- RD 174/2011, § 3174. Recuperat de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-3174
- RD 504/2007, § 8350 (2007). Recuperat de <https://www.boe.es/boe/dias/2007/04/21/pdfs/A17646-17685.pdf>
- Real Academia de la Lengua Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (23a ed.) Recuperat de: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/diccionarios-antiores-1726-2001/diccionario-de-la-lengua-espanola-2001>
- Rhodes, M. (2000). Restructuring the British Welfare State: Between Domestic Constraints and Global Imperatives. Dins F. Scharpf & V. Schmidt (Ed.), *Welfare and Work in the Open Economy Volume II: Diverse Responses to Common Challenges in Twelve Countries*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0199240922.003.0002>
- Rizzi, A. (2010, setembre 16). El modelo económico sueco vence la crisis. Recuperat de https://elpais.com/diario/2010/09/16/internacional/1284588006_850215.html
- Robertson, R., Gregory, S. i Jabbal, J. (2014). *The social care and health systems of nine countries* (p. 1-60). London: The King's Fund. Recuperat de <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf>
- Rocha, F. (2012). La crisis económica y sus efectos sobre el empleo en España. *Gaceta sindical: reflexión y debate*, (19), 67-90.

- Rodríguez Cabrero, G. (1989). Orígenes y evolución del Estado de bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general. *Política y Sociedad*, 2, 79. <https://doi.org/>
- Rodríguez Cabrero, G. (2004). *El Estado del bienestar en España: Debates, desarrollo y retos*. Madrid, España: Editorial Fundamentos.
- Rodríguez Cabrero, G. (2011a). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42-42. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.1
- Rodríguez Cabrero, G. (2011b). El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009). *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, (2). https://www.researchgate.net/publication/237031975_El_desarrollo_de_la_politica_social_de_promocion_de_la_autonomia_y_atencion_a_las_personas_en_situacion_de_dependencia_en_Espana_2007-2009
- Rojas. (s.d.). España y Suecia: crisis similares, respuestas divergentes. Recuperat de <https://www.clublibertaddigital.com/ilustracion-liberal/62/espana-y-suecia-crisis-similares-respuestas-divergentes-mauricio-rojas.html>
- Rothgang, H. (2003). Long-term care for older people in Germany. Dins A. Comas-Herrera, R. i Wittenberg (Eds.), *European study of long-term care expenditure: investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs* (p. 24-42). London, UK, LSE Health and Social Care, London School of Economics. Recuperat de <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/13960>
- Rubio, M. J. (2013). Las transformaciones del estado de bienestar socialdemócrata. Continuidad y cambio de sus señas de identidad. Dins E. Del Pino & L. Rubio (Ed.), *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada* (p. 107-125). Madrid: Tecnos.
- Sánchez, M. A. i García, F. (2011). *Crisis económicas y cambio institucional en España: de la gran depresión a la crisis de 2008*. Recuperat de <http://www.ugr.es/~teoriahe/RePEc/gra/fegper/FEGWP211.pdf>

- Schulte, B. (2012). Seguros sociales de cuidados de larga duración en Alemania. Dins A. Arriba & F. Moreno. (Eds.), *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Colección Estudios. Serie Dependencia*. Madrid: IMSERSO. Recuperat de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3405>
- Schulz, E. (2010). *The long-term care system for the elderly in Germany*. Brussels: ENEPRI.
- Sørensen, Ø. i Stråth, B. (1997). Introduction. The Cultural Construction of Norden. Dins B. Stråth i Ø. Sørensen (Ed.), *The Cultural Construction of Norden* (p. 1-24). Oslo: Scandinavian University Press. Recuperat de <http://www.universitetsforlaget.no/nettbutikk/the-cultural-construction-of-norden-uf.html>
- Starke, P. (2008). *Radical welfare state retrenchment : a comparative analysis*. Basingstoke, United Kingdom: Palgrave Macmillan UK.
- Statistiska centralbyrån. (2009). *The future population of Sweden 2009–2060*. Recuperat de https://www.scb.se/statistik/publikationer/be0401_2009i60_br_be51br0901.pdf
- Steinmo, S. (2010). Sweden: The Evolution of a Bumble Bee. Dins *The Evolution of Modern States: Sweden, Japan, and the United States* (p. 30-87). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511762185.003>
- Suárez, M. (2013, juny 9). Suecia y la crisis europea. Recuperat de <https://www.economista.es/opinion-blogs/noticias/4893989/06/13/Suecia-y-la-crisis-europea.html>
- Summers, D. i editor, politics. (2009, abril 26). David Cameron warns of «age of austerity». *The Guardian*. Recuperat de <https://www.theguardian.com/politics/2009/apr/26/david-cameron-conservative-economic-policy1>
- Thorslund, M., Bergmark, Å. i Parker, M. G. (2001). Care for Elderly People in Sweden. Dins D. N. Weisstub, D. C. Thomasma, S. Gauthier, & G. F. Tomossy (Ed.), *Aging: Caring for Our Elders* (p. 49-63). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-0675-9_4
- Tortella, G. (1998). *El desarrollo de la España contemporánea: historia económica de los siglos XIX y XX*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Trydegård, G.-B. i Thorslund, M. (2011). One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care. Dins

J. Costa-Font (Ed.), *Reforming long-term care in Europe* (Vol. 44, p. 138-152). Oxford, United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Wanless, D., Forder, J., Fernández, J.-L., Poole, T., Beesley, L., Henwood, M. i Moscone, F. (2006). *Wanless social care review: securing good care for older people, taking a long-term view*. London, UK: King's Fund. Recuperat de <http://www.kingsfund.org.uk/>

World Health Organization (1980). *Home-based long-term care* (informe núm. 898). Geneva. Recuperat de

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO TRS 898.pdf;jsessionid=E4BC650210FC24DFD541298E14BFA3F7?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_898.pdf;jsessionid=E4BC650210FC24DFD541298E14BFA3F7?sequence=1)

ANNEXOS

ANNEX 1. MODELS GUIO D'ENTREVISTA-QÜESTIONARI

MODEL 1. SEMI-STRUCTURED INTERVIEW-QUESTIONNAIRE FOR PROFESSIONALS

PRESENTATION

The main goal of this research is to know the economic crisis' impact on LTC systems across Europe. It includes England, Germany, Sweden and Spain. Firstly, I would like to have further information about the system. I would like to know what changes have been implemented in the last years and what effects they have had on the users and their care-givers. Secondly, I would like to have some inputs about the main factors which have affected these policies. To achieve this proposal, this interview/questionnaire is divided in four parts. The first one is about you role, the profile of the users and the functioning of the service. The second part is about what reforms have been implemented during the last decade. The third part is about what impact have had these reforms on the users. And the fourth one is asking about the explanatory factors why the reforms have been implemented. All the information provided and your identity will be treated with the utmost anonymity and confidentiality.

PART 1: PERSONAL SOCIAL WORKER'S PROFILE

1. COULD YOU PLEASE INTRODUCE YOURSELF?
2. HOW IS THE LTC SYSTEM ORGNISED?
3. WHICH ARE THE MAIN TASKS YOU ARE CARRYING OUT IN THE LTC SERVICE?
4. WHAT ARE THE PROFILES OF THE USERS OF LTC SERVICES? AGES, MAIN PROBLEMS...
5. WHAT KIND OF SERVICES AND BENEFITS ARE PROVIDED TO THE USERS BY THE SERVICE?
6. HOW IS THE ATTENTION PROCESS CARRIED OUT?

PART 2: REFORMS

1. DO YOU KNOW EXACTLY WHAT HAVE BEEN THE MOST SIGNIFICANT CHANGES IN THE LTC SYSTEM IN THE LAST DECADE?
2. COULD YOU TELL ME WHETHER THERE HAVE BEEN ANY CHANGES IN THE FOLLOWING AREAS?
 - 2.1. ACCESS TO THE SYSTEM:
 - EVALUATIONS PROCEEDING TOOLS
 - ACCESS PROCEEDING: WAITING LISTS FOR HAVING AN ASSESSMENT, ADMINISTRATIVE RESOLUTION AND SERVICES PROVISION, ESTABLISHMENT OF THE PIA
 - 2.2. PROVISION OF SERVICES OR INCOMES
 - ELEGIBILITY CRITERIA
 - CUTS IN CASH INCOMES
 - CUTS AND DELAYS IN THE DELIVERY TIME OF THE SERVICES
 - CHANGES IN THE CO-PAYMENT SERVICES
 - 2.3. MANAGEMENT AND FINANCING
 - SERVICES OUT-SOURCING (EXTERNALIZACIÓN)
 - CUTS IN SOCIAL WORKERS FORCE, PROFESSIONAL CARE-GIVERS OR OTHERS
 - CHANGES WITHIN THE ORGANISATION OF THE SERVICES OR OTHERS
 - 2.4 NATURE AND PHILOSOFY OF THE SYSTEM
 - 2.5 ANY OTHER CHANGE YOU WOULD LIKE TO MENTION

PART 3: REFORMS IMPACT

1. WHAT IMPACT HAVE THE REFORMS HAD FOR THE LTC USERS?

PART 4: EXPLANATORY FACTORS

1. WHAT FACTORS UNDERNEATH, DO YOU THINK, COULD EXPLAIN THESE CHANGES AND WHY?
 - THE INCREASES OF PEOPLE NECESSITIES
 - CITIZEN PRESSURES
 - POLITICAL AND INSTITUTIONAL DOMESTIC DECISIONS
 - EUROPEAN UNION POLICIES
 - ECONOMIC CRISIS OR GLOBALISATION
 - OTHERS

MODEL 2: SEMI-STRUCTURED INTERVIEW-QUESTIONNAIRE FOR THE MANAGERS-CHIEFS AND EXPERTS

PRESENTATION

The main goal of this research is to know the economic crisis' impact on LTC systems across Europe. It includes England, Germany, Sweden and Spain. Firstly, I would like to have further comprehension about the whole system, the functioning of the services and how and in which ways the economic crisis has impacted on them, or if not, what changes have been implemented in the last years and why. Secondly, I would like to have some inputs about the main factors which have affected these policies in the last years. To achieve this proposal, this interview-questionnaire is divided in three parts. The first one is about your professional profile and the organisation and functioning of the LTC system here. The second is about what reforms have been implemented in the system during the last decade (from the economic crisis). And the third part is asking about the explanatory factors why the reforms have been implemented. All the information provided and your identity will be treated with the utmost anonymity and confidentiality.

PART 1: PROFESSIONAL PROFILE

1. COULD YOU PLEASE INTRODUCE YOURSELF?
2. WHAT IS YOUR POSITION IN THE DEPARTMENT?
3. HOW IS THE LTC SYSTEM ORGANISED?
4. WHICH ARE THE MAIN SERVICES AND BENEFITS PROVIDED BY THE ENGLAND LTC SYSTEM?

PART 2: REFORMS

1. WHAT HAVE BEEN THE MOST SIGNIFICANT CHANGES IN THE LTC SYSTEM IN THE LAST DECADE?
2. COULD YOU TELL ME WHETHER THERE HAVE BEEN ANY CHANGES IN THE FOLLOWING AREAS?
 - 2.1. ACCESS TO THE SYSTEM:
 - EVALUATIONS PROCEEDING TOOLS
 - ACCESS PROCEEDING: WAITING LISTS FOR HAVING AN ASSESSMENT, ADMINISTRATIVE RESOLUTION AND SERVICES PROVISION, ESTABLISHMENT OF THE
 - 2.2. PROVISION OF SERVICES OR INCOMES
 - ELEGIBILITY CRITERIA
 - CUTS IN CASH INCOMES
 - CUTS AND DELAYS IN THE DELIVERY TIME OF THE SERVICES
 - CHANGES IN THE CO-PAYMENT SERVICES
 - 2.3. MANAGEMENT AND FINANCING
 - SERVICES OUT-SOURCING (EXTERNALIZACIÓN)
 - CUTS IN SOCIAL WORKERS FORCE, PROFESSIONAL CARE-GIVERS OR OTHERS
 - CHANGES WITHIN THE ORGANISATION OF THE SERVICES OR OTHERS
 - 2.4 NATURE AND PHILOSOFY OF THE SYSTEM
 - 2.5 ANY OTHER CHANGE YOU WOULD LIKE TO MENTION?

PART 3: EXPLANATORY FACTORS

1. WHAT FACTORS UNDERNEATH, DO YOU THINK, COULD EXPLAIN THESE CHANGES AND
 - THE INCREASES OF PEOPLE NECESSITIES
 - CITIZEN PRESSURES
 - POLITICAL AND INSTITUTIONAL DOMESTIC DECISIONS
 - EUROPEAN UNION POLICIES
 - ECONOMIC CRISIS OR GLOBALISATION
 - OTHERS

Dear colleagues,

I am carrying out a research about changes and the impact of the economic crisis in LTC systems across Europe. I would be very interested in holding personal interviews with social workers or other professionals to have a further comprehension about the whole system, the services functioning and how and in which ways the economic crisis has impacted on them, or if not, what changes have been implemented in the last years, and what effects they have had for the users. Also, I would be interested in holding personal interviews with managers and people in charge in the LTC system who could give me inputs about the main factors which have affected these policies in the last years. So, as I previously mentioned, it would be fantastic if you could put me in contact or arrange some interviews with them.

Yours sincerely,

Esther Albesa Jové
PhD student at Barcelona university
Department of Sociology

Dear,

First of all, I appreciate you having offered me the opportunity of spending a stay at (LSE-Stockholm University). I sense that such an experience may be highly gratifying for me, since it entails getting into depth in the knowledge of the European social policies and into conducting the field work and compiling the data for my research.

I am Social Worker and Sociologist. I hold one Master degree in Social Policies and Community Mediation and another in European Social Policies. I have been working in different fields such as: disabilities, elderly or mental health, among others. Currently, I work as a social worker for the Province Government of Barcelona.

As I mentioned at our meeting, the goal of my thesis are the reforms within the main European care systems from a comparative point of view. The aim is to identify and characterise the introduced reforms since the outbreak of the economic crisis in 2008, and to attempt to explain these reforms since the financial crises and from the political-institutional differences of these countries. Thus, my stay would consist of carrying out learning and research activities linked to these objectives, which may be focused on the organisation and structure of the social services and dependency care systems through the access to the national data bases and the corresponding specialised documentation.

On the other hand, my stay would also be linked to obtaining the *mention of international doctor* for which the University of Barcelona requires a reference person responsible for my stay holding the doctor title. For the start, the maximum time window of my stay would be six-two months. During this period of time I would envisage to visit other European institutions linked to my investigative line with the ensuing study and compilation of data.

I hope not having omitted anything important. Please, I would appreciate letting me know if you need additional information, and if I should carry out anything else relevant for my request.

I am looking forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Esther Albesa Jové

PhD student at Barcelona university

Department of Sociology

ANNEX 4: MODEL CARTA PRESENTACIÓ

Dear colleague,

My name is Esther, your contact email address has been forwarded me by X. I am conducting a research (PhD student) in the realms of European long-term care policies in Europe. Due to my research I would be highly interested in conducting personal interviews with experts, organizations, professionals and so on, in the field of social care in order to have a further comprehension about the system functioning in your country and the changes implemented over the last years, more specifically, from the economic crises. Thus, I would highly appreciate if we could arrange an interview.

I am looking forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Esther Albesa Jové
PhD student at Barcelona university
Department of Sociology

ANNEX 5: TRANSCRIPCIONS ENTREVISTES

TRANSCRIPCIÓ 1

S1: interviewer

S2: interviewed

Timecode	Sp.	Transcript
00:00:01	S1	So, first of all, I would like to know which are the organisation of LTC in general and where are the social workers here, in what services? When people have a problem for example, elderly, disability, people with mental health problems and they need support. Who manages these services and how people are assessed, how they are referred to the services?
00:04:10	S2	But it's like one of the most complex systems because you have (Overlapping Conversation). Seriously, because you have like three things like: elderly people, it's something totally other, disability, and then something totally other with mental health, and then, you have to say are these people old, young, teenagers, how old they are? And then everything the whole law situation, the legal situation changed totally. The same with the payment. That means as a social worker, it's kind of like a really wide field and you can seriously just have information about one particular. Because otherwise it's going to be like super strange. That means of course at this fund, like private administration. There are people being in this different fields and knowing about all the details of this fields. But the social workers that are working for example with elderly people, disabilities or mental health aren't specialised in this kind of fields. So, it's going to be and you're with disability and like personal assistant. So, like a very special field that is not worldwide because it was very radical activism here in Germany that they said, "We don't want to have, like we need to be at home. We want to have our home ourselves and be empowered and we're going to choose who's going to help us. Nobody is going to touch my ass for example." (Laughter)
00:05:50	S1	But long-term care, long-term care is a system because there's a law. When we are talking about long-term care, we are talking about all these people with disabilities; mental, physical, elderly who need help with basic daily activities.
00:08:13	S3	So, it depends for example about the age, as I said before, like, is it a teenager that needs help? or you know? like this kind of things... It's like age and (Speaks in Foreign Language). For example, if they want to live in their own homes or want to go to a place that is provided as a home. And as she said before that the financial systems are difficult. I mean, it's not difficult, it's like mixed. You have to take one thing out of one financial fund and the other one from another fund so it's like a mixed finance system.
00:09:01	S1	So, but for example, if I have my mother that needs help for home, for example. What I should do?
00:09:43	S3	So, it depends for example when it's about your mum, you want to know what kind of ways she needs to go, you need to go for example to find a home for your mum or to find help for your mum.
00:10:01	S1	If I am in an elder's situation that I need help, you know, because I am a dependent.
00:10:10	S2	Yes, and she's already retired.
00:10:13	S1	She's already retired or maybe has a mental health problem. What is the...?
00:11:22	S3	So, there are like specialised places where you can go. Some of them are NGOs or you can go directly to the health insurance and say, "My mum is in need and I'm going to apply for this and that." This is for example what my social worker colleague is doing because he's a social worker and he knows the steps. So, he's doing this for his mum. Other people who don't know the system go to NGOs like (Speaks in Foreign Language) and then go to specialised social workers who know the whole procedure of the next steps following because the next steps are checking out what kind of disabilities (Overlapping Conversation). Then the medical support of the health insurance comes and check out like in different thing like this, you know, different methods. I need help. Please send me somebody who talks with me.
00:12:54	S1	And I suppose that there is a team specialised in each field?
00:12:59	S1	And, in elderly or disabilities or mental health., the person who receives the referral, you know, it's a social worker or could be educator or social educator or therapist or what? Is always...is always a social worker?
00:13:23	S3	No. I wouldn't say that. For example, I would say in the NGOs maybe you can say that most of them are maybe social workers. But in health insurance....
00:13:36	S2	There is only office....
00:13:39	S3	They just know the rules and there are not social workers. But for example, those teams that they sent out, then they are specialised like medically or socially, you know? Then they know these things. But those people that are working in the offices of the health insurance companies.... They are not social workers. But they have teams of social workers too that go out and make these check-ups, you know. Because, you know, there is this really huge procedure of...you know where you are, what time is it now, going to pay this and that, so they know how this grade is. So, there are like different fields that they check-up. It's like the mobility of body and of course time and space. Like if someone is aware of where he is and so on. And the other thing is like about having contact with...in social systems.
00:15:01	S1	But how is the procedure? for example, my mother have a problem and I call to NGO or the Health Department, and they refer...refer me to a person. is it medical, I suppose, don't you?

00:15:27	S2	They sent you a nurse or a social worker at home...to your home, to your place. To talk with your mum.
00:15:36	S1	So, first of all, I contact with the NGO. They put me in contact with a, for example, with a social worker in my area...
00:15:53	S3	If you, for example, contact an NGO like let's say AVO. You're going to visit them today. AVO provides different services. And there is a certain like an office or something like this, and you go there with your questions or with your needs. And then there is a social worker like I am or you are like in the field of it and then at a certain point they take over like helping you being right on your side going through all the procedures. So, you know, like they will be contacting maybe the health insurance. They are going to help you fill in the forms because it's a super complicated procedure.
00:16:40	S1	To fill the forms for being assessed? Medical assessed?
00:16:44	S3	Totally. To start the whole procedure actually. Because if you are totally cold with the system and you don't know how to fill in the forms, which is like (Overlapping Conversation) then you can go this way to call the health insurance on your own. But usually you go to social workers and then I mean they...they just don't...I mean they help you with all the forms and so on but also on this...supporting you as a person too, you know? We're going to do that, I'm going to help you, don't worry because it's a very stressing kind of situation, you know? So, they going to do this (Speaks in Foreign Language) so like this psychological and social help.
00:17:29	S1	So, is the social worker who support the person? And make all the arrangements?
00:18:27	S3	There are like different steps. The first step is to go to this place, ask for help, then they apply for the help with this filling in the forms and so on, it's one part. So, like this is one part of social work. The other part of social work is the people actually doing the work. Like being there, assisting, helping and so on. And this is a field where social workers can work but they don't have to work because it's not just social workers doing this work. So, there are like medical people, nurses doing this job too. So, it's not just about just social workers are allowed to work but also other disciplines and professions can work.
00:23:41	S1	Okay. So, could you tell me please in which field do you exactly work and what do you do?
00:24:03	S2	So, I work for a private fund. It's a....
00:24:06	S1	What is the name?
00:24:14	S2	It's special for Berlin. It's founded in Berlin. In the 1970s and it's from original radical movement from disability persons. And it developed now after decades to a normal (Speaks in Foreign Language). Yes.
00:24:38	S1	But it...sorry. Is your agency or your service paid or supported for a fund?
00:25:01	S3	They're like different financial (Overlapping Conversation) providers.
00:25:07	S2	One is an agency, one is social payment from Berlin, one is from [inaudible 00:25:17] and many different.
00:25:23	S2	Local money.
00:25:26	S3	From the state and so on.
00:26:10	S1	what is your work? Do you work for a private agency?
00:26:16	S2	Yes, I work for a private and I do personal assistance for I have two cases and I do personal assistance for my disability people. So, they have 24 hours a day assistance and I go to the home and we have a team of people. And those disability people they say what they want. What they want to eat... Where they want to go... And....
00:26:57	S1	But you are a personal assistant? And you are social worker, also?
00:27:00	S2	I'm a social worker but social work is really less because they don't (Speaks in Foreign Language). Yeah. This is a strong word. Patronised. Yeah. They don't want to be patronised. So, because social work is often patronising people so social work is less but more like assistance... (Speaks in Foreign Language) to be here to listen and to sometimes to give a structure to the everyday....
00:27:43	S1	So, do you mean that you don't carry out for example the daily basic needs?
00:27:54	S2	No. It's not planned. I don't have to fill a plan. There's no plan. So, the people they can do what they want. There are no goals to reach.
00:28:21	S2	I'm the hand. I'm the feet. I'm the mouth. I hold the....
00:28:26	S1	Can you for example take them to work or...?
00:28:32	S2	Yes. To university, to work, to cinema, to friends. I write letters. Yes. I translate even when they have speaking disability. So, I can translate sometimes.
00:28:54	S1	And this person receives...receives a payment from the government? Is this benefit paid directly to him?
00:29:12	S2	There are two different. There are some you go over the agency. (Speaks in Foreign Language). It's a personal budget. They pay this directly.
00:29:30	S1	And does this person paid you?
00:29:37	S2	The money is directly given to the disability person. And these persons manage his own life and his own money.
00:29:49	S1	And, In the case that is there a physical disability?
00:29:52	S2	Yes. It's not working with mental disability. It's only physical.
00:29:57	S3	Usually mental disability they have guardian that take care of the money and organise this, usually, I mean because it depends on how big his mental problem is but usually there is someone.
00:30:13	S2	Yeah. Yeah. Yeah because it's different for example. It's different to have a...they are different services. It's different if you have a person at home because for example cleaning of yourself also but it is another approach that you have a disability but you are able - mental able that you... it's like an assistance. It's not the same person. It's not the same because one assistant needs to be skill, trained for this kind of job, you know. It's not the same activity...

00:30:55	S1	How is it? Do you help to wash themselves...?
00:30:59	S2	Yes. I do. I do. All of those kind, even medical things except the heavy things. I don't. I'm not allowed to inject or...but I do yes, a lot of things. It's helps from one hand. They don't need a nurse and they don't need...so it's me.
00:31:22	S1	But you are 24 hours able or just only...?
00:31:28	S2	No. Only 12 hours. It depends on the people. Mostly we have three
00:31:37	S3	Shifts?
00:31:38	S2	Shifts. For eight hours.
00:31:42	S1	Okay. So, we are going to move to the second part. About the reforms. Do you know exactly what have been the most significant changes in you feel in this field you work in the last decade? Do you feel that something has been changed? What do you think about these changes?
00:34:10	S3	So, she said one change that comes to her mind is like out of this personal budget. That on one hand...so it's like of course two sides of the story. One hand it is easier for the clients to apply for this personal budget. But on the other side, the state saves money or tries to cut the money down so that they have to survive kind of with less money than it was before. So, it's easier to apply for it but....
00:35:37	S3	Yes. They always want to cut down the money but there is no change of access. It's the same.
00:35:44	S2	If you have the disability, you get money. It's no problem here but.... They try to cut it.
00:35:52	S1	From when was it exactly more or less? two years ago, at the beginning of the crisis or from when have you noticed this...from when have you noticed these changes?
00:36:13	S3	Like 2010.
00:36:57	S2	It depends on the hours of service you get a day. For 24/7 it's much more. Sometimes disability persons I get only five hours a day because they are not so disabled.... They can do a lot of by themselves. To make the food and to go the toilet....
00:37:25	S1	So, do you mean that what have been reduced is the time because there is less money, so they can't pay for more, more time?
00:37:37	S2	You are able to close the windows at your own. You are able to go to the door when it's rung the bell. So, you don't need personal assistance for this time. So, we cut down the hours.
00:37:53	S3	So, it's about like when someone goes there to check out this kind of needs or the help that they need. They are going to cut it down in these systems. Like, "Oh you can do this on your own." So, cut down one hour. Oh! you can do...yes totally. Like I think this is maybe the system that they cut down like checklists. Oh! she can do that, one half an hour less, less, less, less.
00:38:35	S3	This is another system; do you know it?
00:38:36	S2	It's not that LTC want to cut down, it's.... Social office. Because the agency (LTC fund), the money, it's not enough. They have to put the money from social office as well. And this social office they want to cut down.
00:38:53	S1	What is social office? Social office is here? In the...?
00:39:21	S3	So, you know, you cannot say the fund is just like this. It's always crossed-financed. And then you don't I think that it is super hard to understand who wants to cut down and what. Because on the other side the health insurance is there too, you know. They don't want to pay everything. You know like...so there's so many different financial systems being in one person or in one case that it's super strange to understand what's...but we can have a little overview of what because....
00:41:30	S3	And the other side is you should never forget when you...when we are for example with elderly people, that you as a daughter have to pay too, you know? It depends on how much money you earn you have to pay for the care of your mother. If you decide to give her....
00:42:42	S1	Public doesn't mean free of charge. Universal means that all people can go to the same system independently of the money that they have. There is only one system and you pay also for the money you have. Maybe you pay the maximum but people go to the same system, the public system (...)
00:43:45	S3	So, the contrary of Germany. Everything is private. You know in Germany they said it's too expensive. So, for the German system it's easier and it's cheaper to you know (Overlapping Conversation) to private services than have it on their own. That's the thing you know because those who are working in the public field, they earn much more than we do. Like really a lot more. That's why they can cut down everything. That's why we are underpaid most of the time. And that's.... That's why they outsourced it, you know. Like they give it to private people because they said, "We cannot afford that. Let's say like afford (Overlapping Conversation)." Ironic way but....
00:46:26	S1	And I think the quality of the services are very, very different, you know. Because if you are a public civil servant, you don't care too much about the money. The first is the person, you know. You work for a person and what really is important is the person not if it costs more to less or if you work more time or less time...
00:46:51	S3	It should be like this. (Laughter)
00:46:59	S3	Yeah. I don't know. I don't know. Because in Germany it's vice versa actually. So that the private services for example, me as street worker...street worker sounds (Overlapping Conversation) social worker, I fight really hard with all of them. You heard me like racism blah, blah, blah, blah, blah. I'm really fighting and I'm fighting for the best for the people I'm working with. The public is, "Okay, we're not going too far. We didn't see that. We're not doing it so big." You know, like it's not all for them it's, let's keep it on the low.... (Overlapping Conversation).
00:47:40	S1	But I'm not referring to the workers, definitely. Your boss maybe pays you less because she wants to take more profit...

00:47:59	S3	No. No but we cannot do that because we are an NPO – non-profit organisation. So, you know there are so many NPOs in this field so they are not really private-private as a company. They're NGO NPOs a lot of them. So, my boss is earning a bit more than I do so it's really (Overlapping Conversation). And she has I like, I don't know, 70 hours a week like of work. So, she's just like... so in Germany, it's really something else if you're not like this big companies that earn a lot of money like AVO is not [inaudible 00:49:01]. You know like they earn money but we as little NGO NPOs, no. Not at all.
00:51:14	S1	Yeah. Yeah. Yeah. So, you told me that the access didn't change...
00:51:19	S2	For disability people, no.
00:52:05	S3	We have this, the lowest income law. So, it's like this 850, they have to pay this.
00:53:05	S1	Okay. Do you think the system has changed a lot from 2008? or from the last 10 years? Do you think that there has been a big change?
00:53:30	S3	Little steps.
00:53:48	S3	It's just a reform... We're doing another reform, and another one and it's like, "What are you doing?" (Laughter).
00:53:58	S3	It was just a little reform. It's a detail. They're specialists in this. Totally.
00:54:03	S1	So, talking about the explanatory factors. Which factors do you think could explain these changes? do you think they has been caused for the economic crisis? for political reasons, for the pressure of the stakeholders, the increase of people needs, and so on?
00:55:22	S3	So, she said one of the factors could be as you already said before like the people getting older and older. So, this is like this reaction that's cut down it because otherwise it's going to be too big, you know. Like cutting the money although we know there are so many people but getting older. Like it's....
00:55:45	S2	You have to share amount of money between more people.
00:55:54	S2	It's less money for....
00:56:01	S2	So, in my field disability people (Speaks in Foreign Language).
00:56:21	S2	It started in 2016 and 2017, they have a new law the Participation Law for Disability People. They want to (Speaks in Foreign Language).
00:56:35	S3	They want to, you know, have the actual UN resolution in real life. They want to have it like not just as a frame but as a fact. So, this is like this participation law should be like to implement the UN. So that means for this participation law, there was the need. And the need was from the society so there was so many activists or movement like the guy who I was mentioning (Speaks in Foreign Language) who is like pushing into this direction. We need that law. We need that change to open up not to....
00:58:57	S3	And this is like this contradiction that you're like telling right now is same here. It's like the society is pushing open up, help more and on the other side the financial system says, "No, don't do that. Don't do that." And if you do it, okay but then another reform to cut it down. It's good but.... (Laughter). It's two different systems. Economic pressure, it's....
00:59:23	S1	Okay, it is time, so I really, really, appreciate your help...
01:07:59	S1	Okay, girls. Thank you very much for you time...

Transcripció 2

Time	Sp	Transcript
00:00:00	S1	So, let's start. How is the service organised?
00:00:02	S2	Yes. We have like in other countries, more old people, more old people, more old people.
00:00:26	S2	That's a problem for us because the old people about 85 years and older, they need help. And we have, and the big problem is the financial problem because, we have no persons to help the old people. The family structure is not like 50 years so we have many single.
00:01:29	S2	Many single people, single people they live alone at home. So, and here it's looked out on adult....
00:01:46	S2	Yeah, that's in general. And we have more and more people at homes. We need more structures to help the people at home and endurance, getting the last years to help the people to live at home.
00:02:29	S1	but for example, most of the people have the insurance. So, I suppose this insurance attends all people both adults or children with disabilities...
00:02:50	S2	Then the social office here in the house have to pay this. When people don't have any insurance, they come here and then they get the help. But that's not.... It's not normal. Most people, most people have insurance. But the insurance is not, you must pay. For example, 4,000 euro in a home, residential home. And you have only 2,000 from the insurance. So, the difference from 2,000, you must pay alone and that's a problem.
00:03:57	S2	To complement it for the social office. And we have, and instruct out 50,000 people who need help when they get sick and when they are old. So, that's many and 5,500 people in a residential home. And so, it's more expensive for us. And so, we need other structures to help the people at home. The care must be at home. As I said the family structures there had been there for 50 years. Now many people live at home. They have no neighbours in a great city and a big city, you are alone. You don't know the neighbour. And daughters or sons lives in Cologne and so you are alone. And that's the problem. So, you have no choice. You must get in a residential house.
00:05:38	S1	Yeah, you don't have the social support nowadays it's less...
00:05:44	S2	Yes. So, we need more help, more support at home. And so, on this, we can solve the problem.

00:07:17	S1	But, how de LTC system works in Germany, how is the attention process carried out, who makes the assessment, do you know what I mean? And how are people referred to the town hall?
00:07:57	S2	We say, the people they come to us and we say to the people what they can do and the first step. Or they can get to the insurance. They can get to, if I give (Speaks in Foreign Language) where Anya works. We have different ways. And then the German word is InTiCa. It's an insurance. And the insurance that... you can get this one, this one, this one or this one. And so, or you can live at home or you must go to a nursing home.
00:08:58	S1	But the insurance has their own evaluation team who evaluates the needs here.
00:09:04	S2	They have their own team of evaluation. And they, the insurance pay, we pay only the different between the insurance...
00:09:26	S1	But the money is given to the person, it's given to the person in order to buy the....
00:09:36	S2	They give to the persons when they live at home. They can get... You can get 316 euro. You can get. The problem is when you get this one, the problem is when you get in a nursing home, at home, residential. You see, you must pay 3,500 euros. And you can get from the insurance 1,261. And 2,300 you must pay. It's only we said in German (Speaks in Foreign Language) insurance.
00:11:22	S1	So, they cover a little bit just...
00:11:24	S2	When the people don't have this money, they come to us.
00:11:29	S1	Or, if not, if they don't have... maybe the family have to pay...
00:11:35	S2	Or the family have to pay, yes. But and this is the system in Germany...
00:11:46	S1	So, you have a payment, for example, for residential care and also for home care.
00:12:35	S2	When you now need from ambulatory, you can get 316. The problem is we have, we have more and more old people and we need more and more money for this system. And that's the problem in Germany. I don't know the English but the insurance is founded by the workers for the...
00:15:07	S1	For the contributions, for taxes...
00:15:09	S2	For taxes, yes. And, but the system needs more and more money. And so, when you found it about taxes and taxes increase more and more. That's a problem.
00:15:39	S2	That's a big problem. So, the, the state says okay, that's a problem and so we need more and more help at home the support at home is important and important and important. And that's our task and my job to build structures at home, neighbourhood and work, where is the next shop for the old people, where can they find healthcare in the neighbourhood. So, we need more systems, health and care systems in the neighbourhood.
00:17:04	S1	Networking?
00:17:05	S2	Networks for the old people. But this is the task for young people and old people in the neighbourhood. And so, but this is only the beginning so. We need in the next few years more and more systems of neighbourhood together.
00:17:35	S1	And when someone needs one service, who arrange the service? when the insurance give the money to the person in order to buy the service who runs the services? Who contacts the services? It is made by the family or relatives or it is made by the insurance? who plan and runs the services?
00:18:23	S2	The plan is made next here in our house. Here in the office we have persons who planned this.
00:18:49	S1	Who makes this work? A social worker?
00:18:54	S2	And the social workers not only here in this place but outside. We have different offices in the town where people can go and visit their office so they get a plan.
00:19:23	S1	But the insurance also does that?
00:19:26	S2	Yes. They can get to the insurance. But that's the problem. The insurance Wants get money and so the interest of the insurance is to save money. And so, the plan is small. And when you come to us, for us it's not important to save money.
00:20:24	S1	So, you look at the needs not the money...
00:20:25	S2	Yes.
00:20:26	S1	Okay. But can they, for example, after they have been evaluated, come to the social services and make the plan care plan?
00:20:42	S2	Yes.
00:20:42	S1	Well I thought that in case that was not made for the social services, it was made for the ONGs?
00:21:00	S2	Yes, they can do also.
00:21:00	S1	I suppose that there are specific teams in the organisation imply that or in the public organisation.
00:21:13	S2	Yes. Here in our house, we have special persons to make the plan. And the offices also. German word is (Speaks in Foreign Language). That social workers with lots of people, they are older than 63.
00:21:53	S2	Yes. And they work only for these people. And they're making plans.
00:22:03	S1	But I suppose that is the same system for older and for disability people.
00:22:11	S2	No. For disabled people when they're younger than 63, they go to another office.
00:22:20	S1	Another office?
00:22:21	S2	Yes. We have office, German word is (Speaks in Foreign Language) and that is in the office for the youth.
00:22:37	S1	For the youth?
00:22:38	S2	Yes.
00:22:38	S1	Youth. But have they the same rights?

00:22:43	S2	Yes, they have the same rights.
00:22:44	S1	They have to be assessed and they have to....
00:22:50	S2	Our (Speaks in Foreign Language) we have two (Speaks in Foreign Language). They work for people from zero to ninety-nine.
00:23:06	S1	So, we are going to move to the second part. I would like to know about the law. The changes of the law from 2008.
00:23:56	S2	Yes, to now.
00:23:56	S1	Yeah, which changes have been implemented in the law?
00:25:15	S2	Yes. From, to 2016 the (Speaks in Foreign Language) you have care 45 minutes a day. You can get (Speaks in Foreign Language). You need to have two hours (Speaks in Foreign Language), four hours (Speaks in Foreign Language), bath, teeth, shave... daily needs.
00:26:20	S1	I know this. But this was the three degrees. It was before the change.
00:26:27	S2	Before. And now, we have (Speaks in Foreign Language) to the impediments, of the people not, need 45 minutes or 2 hours or so. Only how independent is the person.
00:27:26	S2	Dements and so, you have more, you see all the impediments of the people and what they need to wash and 45 minutes also. You have the different... like are you in therapy? You live alone...or do you have...
00:28:26	S1	But is this from 2016?
00:28:30	S2	This is from January 2017. It's the newest one.
00:28:43	S1	So, the most important changes have been these. And also, the money I suppose the amount of the money.
00:29:04	S2	Yes, more money.
00:29:19	S2	Yes. It's more. But the unfortunate thing is when you live with other people together who needs help, so eight people live in....
00:29:53	S1	Like a small flat or a small place.
00:29:56	S2	You can get 10,000 euros for one hotel. Or when you live at home and you want, the bath is not....
00:30:18	S1	Do you mean for arrangement, for the adaptation at home?
00:30:24	S2	You can get 4,000.
00:30:29	S1	But was it before, or not? Is it new?
00:30:31	S2	This is new.
00:30:33	S2	This is new. And they get a bit of the (Speaks in Foreign Language) is the new term. People who have cognitive disabilities it is better because the InTICa look at independence and not only if you need help for washing or bathing.
00:31:19	S1	So, it has had the changes in the law. And in general, from the economic crisis, what have been the most significant changes in the system? From 2008, do you think that there have been changes, for example, in the access to the system or the services? I don't know if you think the waiting list has increased the last years because it's not possible to attend to so many people... Do you think the system has improved?
00:33:23	S2	Yes, the system is much better. And then the system. You can get more money. You can get more money for care at home. You can get money too, for the care in a nursing home. We have a good system of social workers. And the people can visit us and we plan for them. This system is better than 2008 or 2009 or 2010. We have much changes in the law, in the last years not only 2016, 2015, 2014. We have always changed in the law and we have improved the system. Step by step to the system get better
00:35:27	S1	But do you think from the economic crisis, more or less from 2008, I don't know, for example in the organisation, for the teams, the work force?
00:35:54	S2	In Germany, I don't think so. The economic crisis 2008 was important for our system.
00:36:08	S1	So, do you think that it didn't affect you?
00:36:16	S2	No.
00:36:16	S1	And what, why do you think that it doesn't affect the economic crisis here? Because in another country it affected a lot.
00:36:30	S2	The economic crisis in Germany is not so big like in Spain or Italy or France. Or in England. In Germany, we have 2005, a great, a big reform.
00:36:53	S2	2005. And the German word is (Overlapping Conversation). The worker reforms. And our economy is strong. So, we haven't in 2008 so many problems like England or France or Spain or Italy or Greece.
00:38:24	S2	But we have, (Laughter) it's my personal opinion, to mark that the reform is not good for the people. We have many people who don't earn enough to live good. We have many people who have two jobs or three jobs, mini jobs and so. And yes, that's not good. And, but we have, now in Germany in the last three years, the stake, the taxes more and more.
00:39:20	S1	Do you mean the taxes have increased?
00:39:21	S2	Yes, today we have money to pay the systems, the insurance systems of health. But in 10 years, 20 years, I don't know. Because they increased the costs because we have more and more...
00:39:50	S1	But in the demographic terms, you are not going up, other way round, you are going down.
00:40:03	S2	Yes. But different demographic term stood out, it's in Berlin or Leipzig or on the country. We have different forms of demographic. And so, in Germany 2008 is not important for the healthcare insurance. But 2005, we have this marked reform and so we have more and more people with two jobs.

00:40:51	S1	So, would you say that the explanatory factors of the reforms are more, for example, the changes in the needs of the people and which did not take place because of the crisis. And have they been implemented for the growing of elderly population?
00:41:34	S2	Yes. But we have 2005, the market reform now we have more and more old people, they have no money. The German word is (Speaks in Foreign Language) poor old people. They don't have money in their job life. And so, when they got old, they have not pension...
00:42:17	S2	That's one of the problems.
00:42:49	S2	That is a problem.
00:43:12	S2	And so, and to finance the systems, you need immigrants. That's good for us. It's my personal opinion. We have not so much younger people and so we need immigrants.
00:43:39	S1	This system needs people, the problem with the immigration is also you know that you have to have a good system to support these people at the beginning also.
00:44:05	S2	Yes, and that's (Laughter) that's our problem because we have no plan. (Laughter)
00:44:30	S2	That's a problem, yeah.
00:44:33	S1	(Laughter) Okay, thank you, thank you for your time and the information.
00:44:39	S2	That's for you (documentation).
00:44:41	S1	Can I take that?
00:44:42	S2	Yes.
00:44:42	S1	Oh perfect. That is nice because I know more or less....
00:44:47	S2	This is the survey.
00:44:52	S1	But do you think is it on internet?
00:44:55	S2	Yes. This is also in the internet. You can (Overlapping Conversation).
00:45:10	S2	And this is a PDF.
00:45:26	S1	After survey 2012. Maybe because, the problem with the information is that everything is in German. (Laughter).
00:45:40	S2	You see this starting side and after survey. And now you see this form. And now you have here the PDF.
00:48:07	S1	So, thank you very much.
00:48:13	S2	Thank you.
00:48:13	S1	Thank you very much. you really....

Transcripció 3

Time	Sp	Transcript
00:00:00	S1	Could you introduce yourself?
00:00:02	S2	I started in this work, in a nursing home at 2000, the millennium time, and a few years before, they start with the Altenpflege. That's another care for older people. The beginning for long-term care was the SGB XI. It was this insurance, yeah. And they start to have a lower paid level of care, caring for about a long time, and they're focused at the older people who live alone and they can't stay at home. And now, it has been changed for the levels. The age has changed and the people who were living in the nursing home are only 30% was living in these institutions. The others are still living at home and their families are looking for them or the ambulance systems.
00:01:37	S1	But when I ask you about long-term care system, do you imagine the system for old people only, and not also for young people?
00:01:50	S2	No, we have two insurance. Disabled people. We have another. another system to pay for them. The disability people have the SGB V. It's another payment for them. They have extra (Speaking in a Foreign Language). Maybe you have to speak with the Diakonie. I've worked in Reutlingen in the Bruderhaus Diakonie. They have some houses for disability. Disabled people and for older people and for young people and for physical illness people, the disability people of all ages...
00:3:46	S1	So, during the last 10 years, from the economic crisis, do you know what changes have been implemented?
00:03:54	S2	Maybe years ago, they are living for months, years, a few years in a residential home. Nowadays, they only have a few months. They come later in residence. They didn't stay so long. And it's very...it's more difficult to get in a residence. So, you can go in a residence for high level needs. If a person needs help, you have to go to the MDK, Medizinischer Dienst der Krankenkassen. They are looking for the level, they are coming at home and looking, what is your level? We have changed now level of five degrees. And with the first degree, you can't go in a resident. It's defined with an assessment, NBA. And you can make this assessment with a person. And there are some numbers and you can look in which level that this person was integrated. In the past there were three degrees. You have to define. You have to look how much time use this person for eating and for cleaning and to.... To make toast or, you know, for normal living – we call [inaudible 00:20:51] – was the focus on mobility and somatic illness. Not the dementia. Physical illness, yeah. A person who has dementia, they can work. They can use their legs. And also, they have always a very low grade but they need more help because if you show them how to use the toothbrush or something like this, they can't take self-care. You have all to translate and to look for them that don't leave the house and go away.

00:06:42	S1	Normally, in Spain, people with dementia if they have family they can stay with the family, but if all the members of the family works, the person can't stay at home. The person needs extensive help, for 24 hours.
00:07:10	S2	Yes, And it's a great problem. On this case, they now changed that into five degrees and you have five degrees for the dementia. Plus, they have...they're looking for the help that they needed to live the whole day. A little bit better. But it's generally difficult to get a person into nursing home because the German...the focus is in the ambulant. And this is the way because I told you about the nurses for older people, Altenpflege. At first, there are the nurses for health and children care. But they are expensive. And the older people nurses, they have 20% lower payment every month Nurse working at the hospital, normal nurses and, the nurses for older people, Altenpflege, they are different, about 20%. This is the other law, the Pflegeversicherung, the insurance. It's with the money. And now, we have to work for generalized nurses' studies. And they didn't want to have this system because they have to pay all the same... I think that it would go down. Another, at home, there are many families take from Poland or Romania. They take a woman in the houses and pay them about...
00:10:55	S1	Do you mean Immigrants?
00:10:56	S2	...€1,000. It's very, very....
00:11:00	S1	Twenty-four hours?
00:11:01	S2	Yes. They live there and they have no security, no... Yeah, nothing...
00:11:03	S2	There are quite a lot. Because of the dementia people, most of them are staying at home and you get something like that.
00:11:08	S1	And do you think that this kind of phenomenon is previous to the economic crisis? Or do you think it's...when would you situate it in a period of time?
00:11:51	S2	It's a reaction because you can't get them placed in a residence. They have not enough places. And if you have your father, mother who has dementia and you have to work, you have to pay, it's not possible to work with it, yeah? So, you're looking for another possibility. And maybe in Nagold, yeah, it's a little city, about 20,000 habitants. Yeah. And maybe 50 to 100 about families make the system, yeah. Only I think about in Germany, it's quite lot, lot. There are institutional well-organised transfers from Poland or Romania. They have their own buses and they are coming. And if you.... Yeah. If you're searching for...one of them, you say to your neighbour, I knew something I want to say there, just take contact with this. This woman who can't speak German, they are isolated at home. They have no security. Yeah.
00:13:16	S1	It's a general situation, isn't it?
00:13:17	S2	Wow, But, we knew that it can't be regulated. You can go to your insurance and pay for this woman that you have to...she has to have free time and something like this like holidays or something like this. But it's very expensive.
00:14:01	S1	Do you mean that if you contract a regular professional and a....?
00:14:03	S2	They are not professionals.
00:14:04	S1	No, no, but if people wanted to contact a nurse or a qualified professional, a suppose, it'd cost a lot of more...
00:14:08	S2	Yeah. And if you're bringing the person to a residence, you can't pay. It's about four.... Yeah, 4,000€.
00:14:13	S1	But this change in the prices is a recent thing, is it a new situation? When do you think it started? Was It a long time ago?
00:14:18	S2	They increase not so much. I don't think about that it increased so, so very much because you have to pay the institution and the salary of your employees and everything, something like this. But the insurance said you can get a part of money for every person in this degree. And it's not increased so very much, maybe from 3,000 to 3,600.
00:14:58	S1	Now, do you mean that the money that the insurance gives you hasn't increased so much?
00:15:04	S2	No.
00:15:05	S1	But we are talking about the needs, about the changes... you told me that in the last years, people can't access to the residential home, they are out of the residential homes. And people come here because of covering they need of care. But when do you think has this situation started? Since when are people without access to the residential homes, and more and more people are coming from Poland...? Or from other countries, (immigration), to cover this lack of care?
00:15:58	S2	I understand. That's...the German government's that ambulant has a home care, have to enter the first way. And the second have been the resident care. And so, they didn't make more home care, residence. Yeah, in the last 10 years maybe. So, you have...if you're searching for a place in a residence, there's no place now. You can search and search and search. There's no place.
00:16:40	S1	But is there a waiting list I suppose...?
00:16:41	S2	Waiting, yeah. A waiting list and....
00:16:42	S1	How much time do you have to wait?
00:16:43	S2	Months and years.
00:16:44	S1	Years? But since when has it been happened, this situation, do you think that it was maybe 15 years ago or 20 years ago, when did it start?
00:16:17	S2	I think (Speaks in Foreign Language). Maybe 10 years ago, 10, 12 years ago. Because maybe I have worked in Reutlingen and there is a big home for about 160 residents. They want to make some other in little parts of Reutlingen there in the communities. And if they make a little home for 30 peoples, they have to close another one. They can't make more places. They only can split the places. So, there's a limit for residential places because our government wanted to have the care at home. It's the first way. It must stay at home. They don't want to have big residential care.
00:17:30	S1	So, do you mean that the policy has been, from the last 15 years, not putting people in a residential setting, in a resident home?

00:17:51	S2	Yeah, they prefer the home. At home, there are no...the children have to work. We have the demographic. We have a dramatic demographic change in Germany. Even in Germany, it's very dramatic change.
00:18:07	S2	And at home, who is at home, yeah?
00:18:11	S1	Yeah. Absolutely.
00:18:13	S2	And in Germany, always the women have to stay at home and to look for their parents and to look for the people. And they are living at...they want to study and there are very different ways of life. They don't want to stay at home and looking for the older people.
00:18:39	S1	Yeah, yeah. Absolutely. Yeah, absolutely. Because live has changed in the last 40 years or 30 years. Women don't want to be the carers anymore. Maybe they decide to have children or not and they don't want to be chained at home with..., absolutely.
00:19:11	S2	And some...yeah. Most women don't want to marry. If you don't, if you weren't married, you will leave your partner and have another partner. You have to have your own job, your own money...
00:20:31	S1	Yeah, to be economically free.
00:20:34	S2	Economic, yeah.
00:20:35	S1	Economic independence. Yeah, absolutely. Okay.
00:20:38	S2	And so, who can stay at home and look for them and who's looking for maybe your parents are old and there are less children. You have one child. Your husband has one child. There are two children and there are four persons. They have to work. They have to go to school and there's another one is that you work, you're living in one place and working in another or working far away. Maybe my daughter is living in Kiel. How can she look for me if I need care? It's not possible. We have changed very well.
00:22:24	S1	So, we can say that one of the changes that we can identify in the system is, for example, is that is more difficult to access a residential setting for the people. And they prefer to be at home.
00:22:27	S2	Yes.
00:22:28	S1	And another thing that you have mentioned is, for example, this kind of illegal or deregulated work, informal care.
00:22:33	S2	Informal care, yeah.
00:22:34	S1	Informal care can be, for example, the family support. Also, the care provided by people that they don't have a formal contract. Do You know what I mean?
00:22:36	S2	Yeah.
00:22:38	S1	The family pays the care but they don't have a regulation setting and it's very.... So, what more changes can we identify in the system? What more changes a part of these? For example, in the evaluation, do you know that there is an evaluation? As far as I know, if I am right, if you want, for example, to be evaluated, you can go to the social services, you can go to NGO or you can go to the insurance and ask for help. And they refer to you to the place for being evaluated. This evaluation – I don't know if you know – if this evaluation is made by the health system or the care system?
00:24:53	S1	The health insurance or the care insurance because they (overlapping conversation).
00:24:55	S2	Different to Krankenkassen, yeah. This is Pflegestützpunkt. I think it's from the health system.
00:25:06	S2	Mm-hmm. Because some years ago, I imagine about five years ago. It's, yeah, Yeah, "I have this problem. I need care." and they are looking for what you need to have the right to go to them. And they normally have to come to you and to refer you. Maybe in Nagold you can come up to now. You have in the month two hours. For whole of the city, you can make determine and to ask for care. Normally, you have got some papers. Go over there and go, they are not making very good information for you. Now, they have a change and you can take it quicker. If you have a need, they're looking for you. It's going better. Pflegestützpunkt. You can go to the insurance and say "I have..."
00:27:30	S1	And, do you know, if the things are going better that they are more....
00:27:31	S2	Not more active.
00:27:32	S1	Their waiting list are not....
00:27:33	S2	No. Waiting list not. Pflegestützpunkt only means you can have information.
00:27:34	S2	They have determined you make and determine other....
00:27:35	S2	You say "I need care." You make an appointment about this and this. And you tell about your needs. And they tell you, where can you get some telephone numbers or what money you can earn from the system or something like this.
00:27:48	S1	So, it's a thing that has improved. why?
00:27:49	S2	It's from...the right has changed. First, you have the right, but there are only a few points. Maybe for Nagold, it's Landkreis Calw. It's the community. The bigger community is Calw. And you have to go over there. Once a month, they are coming for two hours to Nagold and you have to go over there to speak with them to take this help. And every person who needs care has a right to have this. And now, the right has been made stronger. So, they have to come to you and to make bigger information, bigger assessment for your needs. It gets stronger. I hope because of the right, yeah.
00:29:22	S1	Uh-huh. That you mean that from the 2017, from this year? And then this year....
00:29:25	S2	This year or last year. I see that now that they are working better and looking and have more time to get in contact with them.
00:29:28	S1	The eligibility criteria have also changed, have also improved because we have now five degrees or five levels. The provision of the services in terms of residential care is not good because they are a long waiting list. But, what do you think about the care, the home care? Do you know more or less the functioning of the home care?

00:29:58	S2	The problem is that more people need care. If you want to have care, there must be more organisations. But the people in our health as maybe the personnel will get less.
00:30:03	S1	Do you mean there are less workers?
00:30:31	S1	But in your organisation, in your formal organisation, do you mean when you work in the residence? Can you explain a little bit more, please?
00:30:38	S2	Maybe your colleague is leaving because she's sick or something like this. She didn't want. In Germany, the workers didn't stay long time in this to work as a nurse. They early exit, they study about five years or six years, they're staying in the hospital maybe to work in this long-term care or something like this. And if you want to have new employees or students, there are nobody. You can't get...you have less employees. So, you're looking in other countries for employees but they have the same problems.
00:31:27	S1	Do you mean – if I understood well – do you mean that the problem is not the system doesn't want to provide the work? The problem is that there are not workers?
00:31:33	S2	Yeah.
00:31:34	S1	There are not people that want....
00:31:35	S2	To work in it.
00:31:36	S1	want to become carers.
00:31:37	S2	Carers, because this profession is very hard to work in it, yeah.
00:31:38	S2	And our payment is low. Very low. And our status in the community, our status is high but our payment and our status as a profession is very low. We can't get in contact with the doctors and the other therapeutic employees.
00:31:45	S1	In a team?
00:31:46	S2	Yeah, in a team. We didn't work in a team. The nurses are already was the [inaudible 00:50:41] person [inaudible 00:50:42] that help person, like the old and...is this the old system? The doctors always are the best... And maybe at school, every time we speak about we have to care and the doctors cure. They are looking for the illness, sickness, something like this...
00:32:16	S2	And about this, the young people didn't want to have this job, yeah. If they begin, if they start, maybe we have, yeah, we have new students. After two years, three years, we can't get our own need in the hospitals. We get about 350 students ready and we can't get our own needs in our hospitals. They are less. We need the personnel from... from outside of us. And the Italian are coming to our clinics. They have been away from Italian and from Spain. They are coming. A few years ago, they are coming from Spain, 11 or 12.... Yeah, the Spanish. They are working about three months. They are all going at home. It's a very strong system. How can we work with one nurse to...now, the level is, maybe in America, you have one nurse to six people...
00:33:59	S1	The ratio.
00:40:00	S2	Mm-hmm. And in Germany, it's 1:13. can't you imagine?
00:40:01	S2	Yes. They are all going back there in Spain. (Laughter) Really (laughter).
00:40:03	S1	Do you think there have been changes in the financial area? Do you think that for example the prices of the services have increased? Some people can't cover this or, I don't know. What do you think about it?
00:40:14	S2	No. I think they can cover it more than maybe about the (Speaks in a Foreign Language). If you finished your work and resident? Resident? Retirement. You know, retired. Retired. Maybe 20 years ago, you got retired. You have a low... Mm-hmm, retirement. It's now increasing because the people after the Second Civil War. Now, maybe my father and people in this age, they have a good retirement.
00:41:02	S2	They have a long-term and they are...20 years ago, they have the break of the war. And after the war, they haven't a good work especially the women. They have no retirement themselves. They have the retirement from the husbands.
00:41:24	S2	If the husband dies, a woman has a retirement from 60%.
00:41:25	S2	And it's very, very...
00:41:26	S2	...low. The cost for long-term care may be 17 years ago from the degree three, it may be €1,300 you'll get from the insurance. Now, you get €1,500. You have to pay maybe from 3,000 to 4,000. It's not so very much increasing but, I mean....
00:42:12	S1	The tax that you have to pay, the contribution that you have to pay is not increased much?
00:42:16	S2	Not so much increased. And you have – from the security – you have this money if you live in a residential home. So, you have, I think a difference from maybe 1,200 now. You have to fill with your own money but your retirement is increased. Twenty years ago, maybe you have a retirement from €1,000 and it increased, because they have longer and you can finance it better than the times ago.
00:43:55	S1	You mean that, previously, some years ago, you have more money because the price of the services was little?
00:44:02	S2	No, no. You had a lower retirement. It was smaller. And you had to pay maybe a long-term care 1,300. Now you have to pay 1,500, maybe 700 more, but your retirement is more. It's good, yeah. So, maybe if 70 years ago, more people have to take money from the social healthcare systems. Yes. Social, yeah. And now, there are some people but not so much people as few years ago because they can earn at their own. And if you can't pay it yourself, your children have to pay a part. They are looking what money gets their children and if they are working. And so, each and other can pay 200 and 200 and 200 to fill it. If you have no supporting system, maybe you have bought a house. So, you can sell it. With this money, you can live. And the older people have more money in their hands. It's not so difficult as years ago to pay these prices on this care. They didn't increase so much. Like what the children or maybe your father has a house and he need care. You want to have this money from the health system or social system and not to sell the house because the house will be yours. Most of them are looking for some system to get the money from the system and not from the house of (...).

01:01:00	S2	Yeah, it's not easy. The people can't live in this house maybe. Because he's old, he needs (overlapping conversation).
01:01:18	S1	Go to a residence.
01:01:19	S2	Go to a residence. And the children didn't want to sell the house because they want to sell the house after the person was died. They changed it. They took the money to their own. And they didn't mention the money the person has must be used for the person's care. So, they are looking for insurance or social systems or something like this. you have to sell the house because it's the person's house and it's the money of this person and it must be used for this person. And if this person needs help, the money of this person has to be used for its help.
01:02:42	S1	So, you can choose sell the house or pay for....
01:03:32	S2	Yeah. It happens, yeah. And this is because they are looking from Poland or from Romania. They are coming and living with the person. They give them €1,000. It's very, very low cost to looking for these people until he died. And then have the property (laughter)....
01:04:08	S2	if the family has money and they are looking (Speaking in a Foreign Language) the children have to pay for that persons.
01:06:58	S2	But the family changed, yeah. We haven't families like 10 years ago. It's a very, very big change. I'm looking for the children of my husband, my second husband, difference of 10 years, they are two worlds, yeah. They are very, very fine children but they have complete change views of the needs. And the world, it's....
01:07:46	S1	In what sense? What can you see? What do you mean?
01:07:52	S2	Maybe if you are looking for my family, they are always interested in the whole family and the grandparents and what they are doing and what do you want for a job and want to study and the children of my husband, they are very...they're always with the handies. Looking for very few friends, yeah. They are always in contact but there's not really contact. Yeah. It's incredible. And if I stay at school, we have to say, 'Please, take the handies and turn them off.' And sometimes, we have to collect them because they can't look between work. The teacher, they didn't want to hear to you and play with the handies. He said they are always connected. If you say something, they write it in the handies. All the people have it. It's a communication system. And if we started to work, we started in one employment. We have...you can't imagine that you leave this employment every two years. You want to stay there and you are looking for the employment, your colleagues....
01:10:21	S2	And our profession, they are so (Speaking in a Foreign Language). Less employees. They can work everywhere, yeah? They can look for places, where they want to work.
01:10:44	S2	Our profession is very difficult.
01:10:48	S2	It will be...this change will be more.
01:11:35	S1	So, this is about the explanatory factors because I need to have a vision of the opinion of the persons that I am interviewing about how they can explain these changes. For example, there are many theories which explain the changes in the welfare states. For example, for political decisions, for citizen pressures, for the increase of people needs or because appears new needs, for the globalisation or economic factors. Also, for the European Union policies that they affect to us in the way that we change. Which kind of...how do you explain these changes or the reforms that we have been talking about?
01:12:57	S2	Just.... It's a very complex situation.
01:13:05	S1	Because, you know, do you think the economic crisis has affected the system? What do you think is affecting the system?
01:13:15	S2	The focus is on the economic because we have to pay the insurance. And in the other side, the German insurance, we have a public insurance and we have a private insurance with healthcare systems. And if you have a definite tax, you can leave the social one and going to the private one.
01:14:13	S2	Yeah. You have better opinions. Maybe you want to have...
01:14:19	S1	Another second opinion?
01:14:20	S2	...with the doctor so they say "we have its next week." And otherwise, you have to wait a month. Something like this. And the people who earns a better payment, they're leaving the normal system.
01:14:39	S1	They change, do you mean, that they change from one doctor to another doctor or from one...?
01:14:47	S2	Well, no. They change the system, the insurance. The insurance. More than in the private. And all the people, there are more sick people left in the social as in the Sozialversicherung. The normal like the (Speaks in Foreign Language) or something like this, you know. And if you get a good payment you can leave the system, the public system, and the money will get less. The people who stay in the public system have less health. And they need more money to care and something like this. This is one factor, I think. The demographic changed. The....
01:16:17	S1	Just something. The factor is that...the explanatory factor about the changes, the reference what is exactly? The thing...I don't know this one, sorry, but there are less people in the social insurance because....
01:16:44	S2	Who's paying the social insurance. The employees who pay in the social insurance are less but if you stay in a social, in the public... your husband or your wife will be covered and your children. And if you're retired, you are in the systems. All these people get money from the system but they don't pay in it.
01:17:19	S2	And if you have more money, maybe you're a rich person, you haven't paying this system, the public. You can switch off in the private.
01:17:31	S1	So, do you mean that one of the factors that the system has changed is that there are less people in the social insurance?
01:17:47	S2	Who pays money.
01:17:48	S1	Who pay money in the insurance. Yeah, because many people, maybe, they want to have a private. Because....
01:18:08	S2	You have a better insurance. But, yeah, you can go to other doctors. You get another (Speaking in a Foreign Language). Maybe you go to a dentist here. You get better materials than in the public.

01:18:34	S1	Okay. So, do you think that there is less funding from people to the insurance because if people can afford it, they prefer to change? Prefer to change because they have better services in the private...?
01:18:52	S2	Yes, they have more money, they left the system. They did not have to pay so much more. They have a better service and...
01:19:05	S1	Yeah. And how do you think that it has effect to the system?
01:19:32	S2	There's less money and you have to look for the...you have (Speaking in a Foreign Language) to make sure that there is healthcare system for all the people. Everyone is coming, immigrants. And everyone is coming and have the right to take this care and who pays for this care, the public care. The private care, they pay for this. So, the... This is one factor. And the demographic, you have more chronic illness. So, long-term multi-morbid. But these persons are long time in a chronic illness. Maybe 20 years ago, you have Parkinson's or diabetes or something like this. You die in a few years. Now, you can stay long in this but you have a higher level of care need and medical need. And it's very much money, yeah. And then, yeah, the medical possibilities. Maybe young, for children, they have the disabled. They can live or they
01:22:06	S2	Here?
01:22:06	S1	If we go back to the economic crisis 10 years ago or the effects were a little bit later or what do you think?
01:22:16	S2	I think their impact.
01:22:32	S2	Less money and less people. The profession because we now have this...our nurses only didn't have to study. I don't know if you have followed this problem of our professional learnings. We have three professions for children, the nurses for children, for...adults and older people. And now, we have to... we wanted to have. We didn't have. We wanted to have a generalisation of our profession like other countries in this world.
01:23:33	S2	Nobody has it. So, we can't, German nurses, can't work in another country. I cannot go to England and say I'm a nurse, because they would say "you are nothing." Now, I have a bachelor. I can say I have a bachelor of healthcare studies, yeah. But as nurse, I cannot work. I only can work in Switzerland or Austria, is a problem. Other countries, you cannot go there to work because our profession is not in the same level as a nurse. And we wanted to make a generalisation and to have a way to study and to make the profession. It's stopped.
01:24:31	S2	Very, very difficult, unclear system. We now have to wait two years to know what's the change of this profession. And I don't think that young people want to work as a nurse in the future. It's more difficult because the profession is not clear. The ways are not clear. The work is very hard and then the payment is very low. And we have very...well, you can work everywhere in Germany. The system will impact that, I think. In this way, in this context.
01:25:24	S1	In Spain, social workers I think are less considered than nurses. Nursing is a very strong profession in Spain, you know?
01:25:43	S2	Yeah. In Germany, if you ask the people who has the highest level of a fireman, a nurse, something like that. But if you're asking for what do you want to work, you didn't want to be a nurse, yeah? They are working all around the clock and it is very hard work. They are so sick and ill and they, yeah for less money.
01:26:24	S2	And the system's impact about is, yeah.
01:26:28	S1	But I can understand. I can understand the needs are increasing... And more and more are needed to have good professionals. Why they don't care about that? I don't understand.
01:26:46	S2	They always say the carer must care itself. We can't care us. We are finished, yeah?
01:26:54	S1	Yeah, yeah. I don't know. It's terrible.
01:31:42	S1	We can't do anything. Just pray that something comes up. You help....
01:31:46	S2	Something comes. (Laughter)
01:31:47	S1	To help us.... Ok we are done, thank you very much...

Transcripció 4

Time	Spk	Transcript
00:00:00	S1	First of all, would you mind introducing yourself a little bit? Also, could you please give me a brief input about all the organization? I suppose you are one of the big social organizations in Germany, aren't you? And in order to understand a little bit more about this organization, could you please tell me about its structure, what do you do, what kind of services do you provide? What kind of people do you attend? What are the problems of the people who come to you, and so on?
00:02:34	S2	Okay. Well, yes, AVO is one of the six major welfare organizations in Germany. So, and we have double functions, so we are also...so everyone can be a member and we're doing social politics and try to fight for better conditions for people. So, go to the government and the parties and doing lobby, advocacy, work for this one part. And on the other side, we also provide social services.
00:03:24	S1	Advocacy for social rights?
00:03:28	S2	Yes. Well exactly that. So, on the other side, we also provide social services and wide variety. So, the biggest things that we have is, like, day care for children, we have nursing home and home care agencies and also facilities for disabled people. But we also have services in rehabilitation, prevention, counselling, different fields, so...
00:04:41	S1	Do you get the funds from the Long-term care Law?
00:05:12	S2	So, it's different in every field, but in long-term care, yes, so we have the same conditions. So, if we provide a long-term care like nursing home or home care, so, we have the same conditions many private companies have. So, it's no different.

00:05:32	S1	So, are you in contact, do you work together with the funds? how do you do that? How is the process? Who pays you? the government directly, or the funds?
00:05:52	S2	On long-term care, we have a care insurance. A care insurance. And, um, this insurance...so if you need help, so there's a special procedure to go to the insurance and...
00:06:08	S1	So, first, do you have to go to the insurance?
00:07:01	S2	If somebody needs help and don't know where to go, they can go to AVO anywhere in Germany where there's an AVO and try for help. So, we will help them or say we have a facility you can go and then they will help you with insurance things to get money.
00:07:22	S1	You contact the insurance and...
S2		The insurance. So, everyone has this insurance, have to pay per month to the insurance it's like about three percent now, of your income. So, if you think you have a special care needs you just send a letter to the insurance companies and say well I think I need help so I need money' or whatever. They send you someone and he needs to do an assessment about your care needs. So, it's all the same for every insurance company all over Germany. So, it's a standardized assessment for everyone. So, it's public. You can go to the internet and you will see all the questions they ask and what they test and everything.
00:08:35	S1	Who makes the assessment, do you have these kinds of services?
00:08:45	S2	They belong to the insurance companies. Well, it's not directly the insurance companies, but it's a part of them. They are medical services. So, they do this assessment and then they ask for your skills in self-care. So, in this assessment they give you different levels of care you need. So, we have five degrees now, since January. It's very new. They did a different system before. So, you have five levels of care you need. And then, if you know which level you are, so you can have a look, how much money you get and you can get money and organize everything by yourself. Or you can buy a service and then you don't get money because then the service sends a bill directly to the insurance company and then the insurance company gives the money to the service agency. So, but this is only a part of the bill. So, it maybe depends on where you are and how the costs are, but there's always something left the people have to pay by their own. Now it's more like, so we have a kind of family-based system in care. So, the idea is the family cares for themselves and the insurance helps a little bit and they help more if the level of care increases. So, you get more and more, but there's still something left you have to do and to pay by your own. You have a look in the book so you have a care level one, two, three, five and it exactly says how much money you get from the insurance company. But that doesn't mean...so it's only a part of the cost what you need and service. So, you will know. So, if you go to a nursing home, maybe, so it costs you about three, 3.5 thousand Euros a month and so insurance company will maybe pay around €1000, so 1/3 only. So, it's not the system...so if you wanted extra, you have to pay. If you want to have, you want to have an extra, you have to pay extra. The amount from the insurance company depends on the level of care and then it's for all people on the same care level. It's always the same money.
00:13:29	S1	And when one person in need or its family comes, who attends this person? Is there a specific team for long-term care? How is it organized?
00:14:39	S2	So, you can go...actually, so if the family needs help, they have to care by themselves and find out where to go and so you can go to the insurance company. They have to help you and counselling doing everything. So, you choose this...so maybe it's like translation, like care points or some or care service points. So...
00:15:43	S1	Can the families get services from the insurance company and the social services, also?
00:15:52	S2	They also can go to the AVO, but we do it, so nobody tells us to do. We do it by our own, provide people help, so we have an online counselling, so you can send an email. So, my mother needs help. Where can I go? How I get money from the insurance? So that way answers them. But there's not, maybe it's not like in England, the National Health Service, or in Sweden, but you go to the community or the municipality and they send you someone. We don't have that.
00:16:36	S1	And people who don't have insurance, what can they do?
00:16:44	S2	Everyone has an insurance.
00:16:48	S2	Most or just some groups, but whereas you maybe count 10 to 20,000 people in Germany don't have an insurance.
00:16:58	S1	But I suppose that they go to the social services.
00:17:03	S2	Yeah. They can go to the social services also. So, the insurance company pays a special amount if you need help and you have a level of care. And you have to pay everything extra, so if it costs more than the amount of insurance pays to you and you don't have the money by your own you can go to the social service. So, and then, so it's.... They have some rules, so because if you have special...you own property or some sort, you first have to spend your own money and if there are no money, so they pay for you.
00:17:48	S1	And do you have also social workers?
00:18:20	S2	We have social workers, yes. Nurses. So, we have a little bit different system in education in Germany. So, we have like, yeah. We have nurses, like all other countries in Europe. They work in Home care. Also, in the nursing homes or in different services. But we have three kinds of education in nursing, so with, well, like, general nursing, nursing for elderly people, and for children. So, and of course, so mostly and then in the long-term care, we have the most of the people are this nursing specialists and for elderly people. But we also have a lot of...just people with no education or kind of training, so that's...
00:19:48	S1	And for example, when a person is assessed, does the assessment also indicate which kind of services the people need, or not?
00:20:14	S2	Yeah. So, I mean, the people who is doing the assessments, they have to be one of kind of nurses for...general nurse or elderly care nurse and they have a special training and this assessment, they just try to figure out so what other skills and self-caring from the people and how much head they need. So, then they have this programme that's okay, it's level one, level two and then you have a right if it's special amount, you can take the money and

		organise by yourself or you buy a service from the home care agency and it's a special amount, but you can choose by yourself so...
00:21:06	S1	But if you need to go a residential, a nursing home?
00:21:11	S2	So, maybe first take the money from the insurance company and then it's getting better and better until things... or maybe better to go a nursing home. Then just tell the insurance okay, I will go to the nursing home and don't send me the money anymore, just so they get the bill from the nursing home directly and then you go to the nursing home and say 'You have a free room, let me go in.'
00:21:42	S1	How people received information about the different nursing home, from the insurance also?
00:21:57	S2	Well, they can go to this care service point and also the insurance company, has to inform about all the services in the local area. So, they have lists with every nursing homes or every home care agency or you can go to the internet or... Also, the insurance companies have a special internet platform so you can put in your code and then it tells you the nursing homes in around the local area and so...
00:22:36	S1	Wow, very different to us. Very different to England and very different to Spain. It's another...this is an insurance logic...
00:22:48	S2	(Laughs) Yeah, yeah. No, that's true. And so, the idea behind...so it's all family based. So, the family has to care, make the decision and then we help the family. So, it's totally different to England or to the Scandinavian countries because we don't have, like, something like care or case management incident.
00:23:19	S1	In Spain, also in in England, you have a person, who is normally a civil servant, a social worker, who is in charge of your care plan ...and it can change. When you are assessed the administration give you a report about what your needs are, then you have a social worker who, together with the family, decide the care plan, it could be revised. But you always have one person in charge with you or your family...
00:24:24	S2	We don't have that so much. So, you can go to the care service point. And so...but the law says should be one service point by 10 or 20,000 people, but so every German country can decide if they will build a structure or not. So, we have a good structure in Berlin and a very bad in Bavaria, maybe.
00:24:55	S1	But this kind of services points that you are referring, how do they work?
00:25:06	S2	Well, they're mostly, they're social workers so if you need help and you know don't know where to go and who helps you or how to get money from the insurance, you can go there and they will help you and say, 'yes, send...send a letter to the insurance company' and...
00:25:32	S1	So now, could you please...do you know something about the law or you don't know much about the last changes about the law?
00:26:02	S2	I know a lot about the law because it's kind of my lobby work to do. So yeah. So, the biggest refund we had actually the last two years were because the care insurance was established in 1995, 1996. Well, so was established in 1995. So, everyone...1990...1995 starts with paying in and 1996 was the first year you get money from. So, I mean...the system is nearly the same so it's like always family based and you get just a special amount. It's not all you need, so you have to pay by yourself. So, this doesn't change, but we have a big change in, kind of, the care needs assessment to get money from the insurance. So, the brand-new assessment. So, from the beginning until last year, it was like the assessment was only done in four fields so they were just looking. If you need help like washing and clothes dressing and so that was one area. The other area was you need help in cooking and eating and everything and need help around toilets, continence, everything, something and the first. Like, if you need help in doing your household. And only the needs in these four fields, so the problem was if you need help because of maybe dementia, so that doesn't... So, if you have mental problems and you can wash yourself and dress yourself and eat by yourself, you have no care, level of care. So, because it's only like washing, dressing, eating, cooking and continence. So, and only for this assessment, only these four fields count for getting money from the insurance company so...and in the assessment from the insurance company, from the medical service comes and look, do you need help? And how much help in minutes you need? So, if you need 90 minutes of help every day, it's level one. If you need...so level two. And this was changed completely now. We have now five fields. So, everything from...it's still eating, dressing, household, but also social things, going...or you need help with medical stuff and doctors and everything. So, we have now eight fields.
00:28:45	S2	So, if you have mental problems and you can wash yourself and dress yourself and eat by yourself, you have no care, level of care. So, because it's only like washing, dressing, eating, cooking and continence. So, and only for this assessment, only these four fields count for getting money from the insurance company so...and in the assessment from the insurance company, from the medical service comes and so look, do you need help? And how much help in minutes you need? So, if you need 90 minutes of help every day, it's level one. If you need...so level two. And this was changed completely now. We have now five fields. So, everything from...it's still eating, dressing, household, but also social things, going...or you need help with medical stuff and doctors and everything. So, we have now eight fields.
00:30:06	S1	Eight?
00:30:07	S2	Eight. The assessment, it's not eight parts. Well, they...in the assessment they now look also about the skills of the person. So, what they can do by themselves and where they need help. Then in the end it's like a score system and you get a score in the end. And this tells you what level of care you have. Because also... So, you're getting money from the insurance itself. So, they put it down. So, you get now easier and earlier, you get the first level of care than before. So now, since the first January of this year...so we have more people who get money from the insurance. Because the entrance level was higher before and they put it down a little bit.
00:32:28	S1	So, the access to the system has get better...
00:33:12	S1	And do you think there have been other changes or could you tell me some of other changes in the system? This is the second part. What have been the most significant changes on the last 10 years, from the economic crises?
00:33:57	S2	There were not so many changes in the system. Maybe. Nearly every two or three years. So, we have...but mostly it's like...it's only changes like...so, the increasing amount that you get from...or something like that. So maybe

		with care level one, you get like 400 Euro and the change is so now you get 450 maybe or something. So, this was most of changes. On the other hand, so, it was like the system of quality insurance was developed step by step in the last year so...
00:34:55	S1	The quality?
00:34:57	S2	Well, like, kind of the requirements of on the quality of the health services so the increase from law by law.
00:35:10	S1	And this kind of changes, do you think that have effect to the nature or the philosophy of the system? Or is the system the same?
00:35:33	S2	Over the years, it was always the same, but the last reform...so it was an...the reform of the access to the system and a new assessment. So, this is also a change in philosophy of insurance on caring. But it's the first time.
00:35:57	S1	This kind of reforms, how do you explain them? What do you think has been the reasons why the system has changed? Do you think the economic crises had an impact?
00:36:50	S2	Well, the main reasons maybe so, it was a changing in society because we are getting more and more elder people or...so we get more people who need help, who needs care. And also, more and more people with chronic diseases and mental health like dementia and this wasn't built up in the system, so to get money from the insurance, to get help and health service was based on physical disabilities and needs. So, it has to change because a lot of people getting old need help because of dementia. They're physically fine and can do everything by themselves, but they need help so...
00:37:52	S1	So, demographic changes...
00:38:08	S2	This is the main reason, I think. On the other hand, so this was also the reason for changing this access to the insurance and changing the assessment. So, the other thing we had a lot of changes in requirements to quality or services so that's health services or nursing homes, home care agency have to get more and more regulations on quality insurance. So, this is the reason...so because we're getting more and more people who need help, you need more money for the insurance and so on. On the other hand, society is growing aged population. So, we have less and less people who can do nursing and caring. So, this is the second reason for changes. Well, also the families because of the mobility in society. Maybe though the children live in the south and their parents in the north and they don't care. But also, in professional workers, so we need more and more. So, the statistics assess for Germany maybe in the next 20 years we need 100 or 200 more people in nursing. So...but where? So, they try this policy...do not give ...yeah, how to handle. So [inaudible 00:40:02] have increase in the needs and more money, but don't spend so much money or not. So, they try to figure out how...a way to handle it.
00:40:15	S1	And how do you think that the economic crisis has affected the system? Do you think that people have noticed so much about the changes or how the system have managed the economic crisis?
00:40:39	S2	It's not so much influenced by the economic crisis. No. Well, maybe, so compared to North Europe, so, I think Germany wasn't so much hit by the economic crisis. Like maybe Spain or Greece or some, yeah, and maybe the only thing was like so...most of the money the people have to pay by themselves and they do. They get money from the insurance so maybe...
00:41:16	S1	So now, do you mean that the amount of money that they have to pay have increased?
00:41:27	S2	And so maybe not in the crisis so because the amount of unemployed people was bigger than maybe now. So, if a lot of people are unemployed they don't pay into the insurance. Because it depends on your income, so you'll...there are three...depends on your income. If you have no income you don't pay. So, the insurance has less money. But they had a kind of ...what's it's called...so they have to spend money for bad times. They can use, so when they...when the people spend less money to the insurance because they don't earn so much so, they can take money. So, it's like they have...
00:42:40	S1	But when they don't have, for example, if you get unemployed, you lost your work, then you have to continue to pay the insurance, how do you pay that?
00:42:56	S2	You don't have to pay, but you're still insured.
00:43:08	S1	Who pays then? If you, for example, are two or three months without work, or maybe six months without work, and you don't pay, who pays? What happens? So, if do you need to go to the doctor, what...
00:43:24	S2	Well, this is special insurance. So, the care insurance is only for caring. So, if you go to the doctor or the hospital, it's a different insurance. The medical care insurance. So, it's separated. So, if you're unemployed and you have no work, you don't earn money, almost like the dole and so the social welfare system pays for the medical care insurance.
00:44:06	S1	So, then, you feel that the economic crisis didn't impact so much in the German social system, don't you?
00:44:36	S2	Not in the long-term care, not for the medical care because this is kind of insurance paid system. So maybe the insurance gets less money because more people are unemployed, but they get money other...from somewhere else, from the state. And they also have, this kind of...I don't know medical care insurance, but long-term care insurance, I think they have to always have put back, like, €3 million for bad times. So, if they get less money so they can pay all the things, like, one year. So, this is by law, so just...
00:45:23	S1	So, what do you mean is the long-term care and health care are very high regulated by the government, so, maybe other fields like disability, they are not, and probably they have been more affected by this crisis?
00:46:13	S2	Well, so the health and the long-term care is paid by the people themselves and by the insurance. And not from the state, like social services, which are paid by taxes. So, if you're in the crisis, the taxes go down and maybe the state has less money and tried to cut something. So, this is not possible in this kind of insurance system. So, the only thing can happen is that the insurance earns less money because the people don't earn so much or get more unemployed or... So, I mean in this bad time of economic crisis maybe we had ten percent of the people were unemployed or maybe so it's a little bit different from country to country in Germany. And Berlin was a little bit higher, but it was like 15 percent and not like... The biggest problem in Germany is the increasing number of people who needs health services, care services. And it's more like how to handle having more people need help and try to keep the costs down. But they don't cut the service, no.

00:50:17	S2	This was one of the reasons to build this long-term care insurance in 1995 was in the times before us the communities have to pay all this help for elderly. And they have to spend more and more money. And this was a reason to create this insurance so, but the municipalities have to pay less. But this was in 90...this was in the middle of the 90's (...)
00:55:14	S1	Yeah. So, thank you a lot. Thank you very much because it was very important for me to see you and I don't know if...I suppose to come back to Germany, maybe, in September to finish my research, if you could give me some contacts of people to interview...
00:55:56	S2	Well, you had some interviews in today and yesterday.
00:56:02	S1	I had one, yeah. I have two more interviews, but they are with social workers.
00:56:09	S2	Okay. I mean, so I would tell you to go to someone from the insurance companies and talk to them.
00:56:33	S1	It could be really fantastic. Perfect.
00:56:38	S2	Yeah, I think it's the best way to learn about the system of insurance works, yeah.
00:57:12	S2	I...I just can print you the contacts (laughs).
00:57:14	S1	Yeah, absolutely. It could be really...
00:57:15	S2	If you have an extra five minutes.
00:57:16	S1	Yeah, could be...yeah, would be great.

Transcripció 5

00:00:03	S1	Could you please introduce yourself, first of all?
00:00:16	S2	I'm leader of the care insurance department at the Hospital [inaudible 00:00:25]. In English, a little bit difficult, the National Association of Statutory Health and Care Insurance Fund. It's the umbrella organisation for all 113 health care funds in Germany. You know maybe that we have, in Germany, we have a five-pillar social system. the insurance, we have health insurance. We have pension insurance. We have insurance for people without work. We have accident insurance. And the fifth pillar that we have introduced in 1994 was the care insurance. And actually, this care insurance was discussed since the 60s already. When the first signs that after the baby boom, when the baby boom went down, we will, against the background of an ageing society, we will face demographic challenges. So, very early discussions, but as we have already somehow an overall social insurance system. There was a big debate if we should add another part and take it out of the health insurance. But there were so many people just before the introduction of the long-term care insurance that depended on social help from the state moneywise that finally this decision was taken. So, this should be regarded as a risk that should be covered by the society.
00:02:20	S1	But before, was the risk covered by the social services in the municipalities?
00:02:29	S2	Yes. But it was not...I mean, the system is mainly based...The German system is still mainly based on the care of relatives. It's still the biggest part. I will show you the numbers later. But at that time, it was mainly a private risk. So, you had to buy services from your own pension or your own income. And this changed, like I said, to that situation where it was said that this is now regarded as a risk that should be taken over by society. And for people who couldn't afford the social services, it was the state with the social services [inaudible 00:03:15] that took over. So, I'll tell you a few words about the organisation here.
00:03:27	S1	You have already introduced yourself. You have been there about the system. I have thought about five points, for example. I would like to know how is, in general, the system organised? Because you told me that there are five pillars. Okay, there's a cover...the main risk, social risk, that they are institutionalised because there are a lot of people that suffer this kind of risk. But how long-term care...what is, in general, the organisation of the system? You know what I mean? The structure.
00:04:23	S2	Yeah. So, we have...all in all it's part of the social system. So, this means you have to pay a certain amount of your income as a participation from your workforce to the social system. Since 2017, it's 2.55% of your income that you have to give, pay for the social care insurance. And you know the social system is so constructed that it's each the employer and the employee.
00:05:11	S1	But this is the social insurance. So, it's a private one.
00:05:13	S2	Yeah. There's a private one, but there's a big difference. Our organisation as the umbrella organisation for all the 113 health care funds that we have in Germany is responsible for, let's say, 90% of the population, 70 million people are in Germany in the social insurance. Around maximum 10 million are in the private (Overlapping Conversation).
00:05:40	S1	Because of the private coverage, for example, people don't work. They are not in the system. And people, for example, are free-lance...free-lance (Overlapping Conversation).
00:05:48	S2	We have very little percentage of people that is not in the system. It's more that due to history, we have this two-parallel system. And this comes from the time where it said, on the one hand, for all the people in public functions pensions working in the municipalities, working in the ministries, also judges, also the army, they are not in the social but they are in the private system. Because for them, it was not employer employee. They have...
00:06:29	S1	For free or...
00:06:30	S2	The state takes over. And they have to...the biggest part, they also have to insure themselves, but the contribution is less. And then, there are people, like you say, like free lancers, being their own employer that can voluntarily go into the private system. And we have also the people, like rich people who are over a certain income per year that can choose deliberately where they want to go. So, sometimes in Germany, we have compared to other countries has a certain luxury, there's two parallel systems. Actually, it's a constant debate. You know, we have elections in September and it's on the agenda again, if we shouldn't integrate the whole private insurance into the social insurance. But you can imagine there's a big debate also because it's also about money. It's about employees. It's about jobs that would...it's a big system that we have in...

00:07:41	S1	Yeah. That is growing because German, I have been looking at the numbers and Germany is one of the oldest country in Europe.
00:07:57	S2	Yes. It's true.
00:08:02	S1	I know this is a challenge for Germans, you know to find the good system.
00:08:09	S2	But here we talk about the social care insurance. So, there you pay 2.55% and your employer also takes over the same part. You have to pay a little bit more if you don't have kids.
00:08:28	S1	If you are over 23, I think. If you are over 23 without children, you have to pay a little bit more.
00:08:36	S2	Then, you pay 2.8%.
00:08:38	S1	Okay. But you said that we are the umbrella of, I don't know the number exactly, of the funds. The funds, what are the funds?
00:08:47	S2	The health care funds, the health care organisations.
00:08:49	S1	Okay.
00:08:50	S2	I try to...I have some slides here so I could (Pause) just to explain [inaudible 00:09:04]. So, we are, like I said, the umbrella organisation for all 113 funds. And all these 113 funds, they belong...they are under the umbrella of the following. These are the health care funds, like...
00:09:26	S1	(Overlapping Conversation) companies.
00:09:27	S2	Companies that have...the biggest companies are the so called [inaudible 00:09:36] CAS. These are workers health insurance. It's from the...It's a Bismarck system, you know, where health insurance was organised in much smaller funds, depending in which area you worked. So, we have a health insurance that is [inaudible 00:09:56] in traditions in the worker. The workers. Then you have others that have the tradition with the employees. Then, you have farmers. Then, you have the car industry. Just for example, BMW has its own health care fund.
00:10:14	S1	Okay. So, you mean for example, it's a kind of service that they provide, they can be specialised in a field, for example, I don't know, in a field...
00:10:26	S2	It's only I mean by law in the social health insurance services you get, they are defined by law. There is no big difference between all these funds. Yeah. The state, on the hand, it's history. There used to be over a thousand health care funds. And it goes down every year because they are going together, they are forming...
00:10:58	S1	But what I am asking is: do they provide the service or not? Or they are like...
00:11:10	S2	Like the funds.
00:11:11	S1	Who gets the money?
00:11:13	S2	They have the money. They have the money and they give the money. But in the private insurance, you have to pay your bill, and then, you get it back from the fund. Here, you just take your card, go to the doctor, and it's organised via the health care fund or the money transfer. You don't have to take care yourself. There are certain things that you have to pay extra, for example, in the hospital. And then, you have to pay extra daily allowance. But apart from that, this is also the main difference between the social and the private insurance. In the private insurance, you pay according to your risks. So, if you're older or if you're sick, you pay more. In the social insurance, you pay the contribution along your income. But the services...
00:12:10	S1	It is the same.
00:12:11	S2	Is all the same. And even if you have not such a good income, but for example, you have a difficult operation in the hospital that would cost €50,000, it's paid. Much more difficult in the private. Yeah. This is a German case. It's a little bit difficult because you have these two systems like I said. It's a constant debate if this should be changed.
00:12:42	S1	And if, for example, what is the process of the, for example, if I suffer disability, I am a dependent person. What is the process? How does the system work exactly? Okay, how is the user assessed, okay? And who assesses? I suppose the doctor assesses the doctor, and then, what happens? What is the process?
00:13:18	S2	So, we have...until 2016, we had three grades, like in Spain now. Now, we have five. Since 2017, we have five grades.
00:13:29	S1	Seventeen.
00:13:31	S2	Since 2000...we are just (Overlapping Conversation) this year, there was a whole system change.
00:13:39	S2	So, in the past, we had a system where the medical service of the national health...we have a medical service but it's affiliated in a way, with us. They organise these assessments. So, if you want to get services out of the social health insurance, you have to apply and then, you're assessed by this medical service. And they put you in one of these [inaudible 00:14:10] times three, now five grades. The system changed in a way that in the past, we had a system with three grades where in the assessment, time was very important. Like saying, how much time needs a non-qualified person to support you in certain activities of daily living? Like washing, like feeding, like bathing, like (Overlapping Conversation).
00:14:42	S1	Yeah, basic activities, daily activities.
00:14:45	S2	Yes. This was the old system. And it said, for example, care grade one, figures two for one, you need 45 minutes of support per day. And then, with the higher grades, like more time. Now, with the five grades, there's a completely new assessment.
00:15:08	S1	Assessment system.
00:15:09	S2	It doesn't look on time anymore, but looks on what can the person still do himself and then, in the following where he needs support. And the assessment is much more differentiated than the activities of daily living, because it doesn't only look on the physical status. It also looks on the mental status. And it also looks in all the criteria, what you still can do, what you still can perform according to mobility, if according to your cognitive status, but also according to different household activities. So, it's a different view now. And this view came mainly from the fact that it was said we have more and more people with cognitive abilities, cognitive....
00:16:11	S1	Affective.

00:16:12	S2	Yeah, that have cognitive problems, like dementia.
00:16:15	S1	Dementia.
00:16:16	S2	More and more in the care insurance. The long critique was that the old system doesn't take enough care of these people with cognitive problems. So, the new system looks more on that.
00:16:37	S1	Focus more (Overlapping Conversation).
00:16:38	S2	Focus more. And this also will mean, on the long run, and you can already see the facts in 2017, that we will have more people in the care insurance. We already have three million now.
00:16:57	S1	So, first of all, when one person has a problem, so, if a person has to go to the doctor and it will be assessed, you know. Yeah. And I suppose they have some kind of services that they can choose what services or is it the same? They use the same service that they have in their health insurance, or it's a different...it's a long-term care service?
00:17:32	S2	Different service.
00:17:33	S1	It's a different service.
00:17:34	S2	I will show you. These are not total from 2015, there were [inaudible 00:17:40] six million. Now, we have 2017, new system, we have almost three million already.
00:17:47	S1	Okay.
00:17:50	S2	The big part, you can see here on 1.5 million Germany have dementia. So, this is a big part of the care recipients. So, you can say overall, two thirds live at home, one third in nursing homes, stationary sector. These two thirds or...and two thirds are only taken care of by relatives. That's only the family. It's also financial support. Another third is by [inaudible 00:18:33] services like care organisations that are either from the welfare organisations or also a lot of...we have a big shift in private organisations going into the sector because it's the market today. It has risen a lot than that. So, we have...in Germany, we have around 13,000 nursing homes. But at the same time, we have 13,000 home care services in the field.
00:19:11	S1	It could be nice if you send me, I don't know, you have my email. If you could just send me, it would be perfect. But I think these figures are from the government, in the page of the government.
00:19:24	S2	You'll find this on the Ministry of Health page also.
00:19:29	S1	They are just like...it's a picture, you know.
00:19:32	S2	I can send you. Yeah.
00:19:36	S1	Okay. But when one person is assessed, then, who decides what kind of service? I know that the law points out exactly what service can be provided. But every person is different and have different needs depending on the grade of the dependency and so on. Who is the person that decides which service? There is a plan. Who made this plan? Is it a social worker, therapist or the doctor? Who makes this one?
00:20:18	S2	We have different possibilities. We have, along this process of assessing, we have so called [inaudible 00:20:29] consultants, care consulting. This is made by the health care funds. This is made by the municipalities. This is sometimes made together from the health care funds and the municipalities in what we call [inaudible 00:20:47] that you find those countries that are places where you can go as people in need of care or a relative, and get the information about all the services you can get. And they have tasks not to inform you only about the services in the health care and the care sector, but also from other like rehabilitation or social services or financial support.
00:21:20	S1	So, they are like social services. They belong to the municipalities or they are...?
00:21:30	S2	Not the social services [inaudible 00:21:31] that do the consultancy. Because we want, with the consulting, because we want that it's more or less independent. For example, in Japan, right now there is a problem. The care consulting is done by the social services. And the costs...
00:21:47	S1	This is a service (Overlapping Conversation).
00:21:50	S2	...are really growing. So, you have to...
00:21:56	S1	They have like a consultant service. Like, for example, family consultant services or maybe they have consultant services. Their kind of services specialise in to give information.
00:22:11	S2	Yes.
00:22:12	S1	To the people only. This is interesting because I would like to make some kind of...some more interviews. Because they work directly with the people. That is, for me, it's important also not only to see the point of view of people that are in the organisation, but also, they are in the field. That is important the contrast. Okay. They are...but they provide the information about what they have to do if they want to be assessed I suppose. And then when they are assessed and they have [inaudible 00:23:02] they have maybe a kind of informal something. A doctor, I suppose they make...there are not specific services for the assessment or not?
00:23:16	S2	This is what I told you, this is the...it's called MDK. It's Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. So, this is an organisation affiliated to the health care funds that employs doctors and nurses. And they are only responsible...they are not normal doctors. They are only responsible for assessing people and the assessment in the care, but also like people who are still working and very long sick or have to go to rehabilitation. So, they do all kinds of assessing, but they also do the assessing for the people in need of care. And the private, they have their own, or they sometimes delegate also to the public doctors to do these assessments.
00:24:11	S1	And I suppose this kind of agencies, private agency services that after that they have their assessment, they arrange the services with the family and make a plan for...and follow the plan, I suppose, or not.
00:24:31	S2	A general plan is made by the care consultants, like saying what are the possibilities? What is the best? In the best case, it's the people in need of care themselves or their relatives who decide where people can stay. Usually, it should be in their own decision. Do I want to stay at home? Do I want to go...? Most people want to stay at home and have...but you know, it's more difficult to organise. Also, due to other side effects of the demographic change, you know, like mobility, for example. My parents live 500 kilometres from here. My brother lives in Switzerland. My sister lives in Brussels. So, the kids are all very far. This is a reality now. This is a challenge for a system like the German system

		where the states want that people stay at home, that people are taken care of in their own homes. But the state also does a lot because on the one hand, we have the nursing homes. Then you get this 24-hour full coverage services. Then you get, when you are at home, you can get ambulant services like from care services. But you can also get supported by, for example, if your relative is working, for example, in the day. That you can live at home, but go in the day to a day care centre. Yeah. There is also the possibility that if a relative takes care of the people in need of care, that for four weeks in the year, they can go on holiday and then the health insurance pays the person that comes into your home and takes over the task. So, this means we have different measures that support this care at home.
00:26:34	S1	The community cares. Because normally, there are two weak points. That people prefer to be at home, most time as possible. And it's cheaper than to maintain a structure, a [inaudible 00:26:57] structure.
00:26:57	S2	Yeah.
00:26:59	S1	This is the reason because the government tends to, maybe in the last 15 years, government tends to give money to families, you know. Because it's easier. So, this system that we are talking about cover all kinds of profiles. So, they cover, for example, the services for people with mental disorders, learning disabilities. When we are talking about here in Germany about [inaudible 00:27:51] care, what are we preferring exactly? So, the system compares all old population or just only every people of some kind of profile of people?
00:28:16	S2	Interesting. Because it's not only elderly people who are in need of care. Can be also children. So, if you look at the range. I've just got the newest numbers that I can show you from our communications department. I think...because there you could see...Here it is. The different age group. I will show you this, one moment. (Pause)
00:29:07	S1	Every system is organised differently, you know.
00:29:14	S2	Yes.
00:29:15	S1	For us, it's the same. Our systems cover from zero to (Pause) all ages, 100 or whatever.
00:29:33	S2	Do you see the different age groups? So, I mean, you see it starts really here, from 70 on and then, really growing in...
00:29:46	S1	Yeah, independents.
00:29:47	S2	And you have more and more people that are 90 years old now. So, this is the biggest. As you can see, it goes all through the age groups. And also, I mean, you have also children under 15 like they are probably severely disabled and have also the right to services from the care insurance.
00:30:15	S1	Autism is one of the problems that have been growing?
00:30:22	S2	Which?
00:30:23	S1	Autism.
00:30:26	S2	for example. So, this might be that there's a certain percentage who gets certain services also from the care (Overlapping Conversation).
00:30:38	S1	But for example, before people under what the... certain age parameter, people for example, under 18 have to follow the same process or there are different processes for them, do you know what I mean? If they go to the doctor, that you have been talking about the process of the assessment and how to put the services. It's the same for adults or that for children? Or they are different, parallel system?
00:31:41	S2	it's the same. But for children, there are special parts it's a little bit different, where the assessment is different. Because you can imagine that the focus of the assessment now is cognitive impairments that you have in the assessment because of dementia. This is hardly...this is not a problem for...
00:32:06	S1	For children
00:32:08	S2	For children. So, the assessment is...and actually, when the whole thing was planned and you know, you get according to your abilities, you are in these different grades now and get certain points. We had a discussion about the question whether...if you look now what you can do or not do. And suddenly, you have to look on problems that can, for example, be compensated by technique. So, you can someone...you know, this technique now where people who are paralysed, for example, can do still a lot of technique to live an independent life. So, how do you assess them if they are able to do a lot of things on their own? The same thing we had discussions with the children where the assessment that was made for the older people needing care didn't really fit in all the cases. So, there are some slight differences.
00:33:14	S1	Okay. So, this kind of services, maybe they are attended by children of family services, first of all, you know what I mean? Maybe children when they are children, the services that attend them are the family or the children services, you know.
00:33:40	S2	They are specialised.
00:33:42	S1	There are specialised services for this. I suppose they could be the children of family services more than this kind that adults or... (Overlapping Conversation) what I mean.
00:33:56	S2	Yes.
00:33:59	S1	Okay. So, briefly, which are the main regulations? The main regulation of the law 1994 is the first? And this is the main regulation?
00:34:14	S2	Yeah.
00:34:15	S1	Which regulations would have more?
00:34:23	S2	There was...I cannot name all the...or this would take too long to do. But there was a lot was in 2008, strengthening the care consulting, strengthening also services for people with cognitive impairments. There was 2013, where it was...different things, also the support of relatives taking care was strengthened. A programme for...actually, we have taken care of here, a big programme for alternatives in housing for people in need of care was set up. What are we doing now? And it was already also prepared like this new...let's say this new concept of assessment, this new care concept that was already prepared in some way. And then, in the recent years, 2000...when was the first, 2013? No, this was 2014...2017, 14, 15, 17. Three big steps were made that we called [inaudible 00:35:54] like...how would you translate that? I don't have the English word for that, but it's strengthening the care sector, it says mainly.
00:36:08	S1	About services or about money? What?

00:36:10	S2	It was about money on the one hand, like also saying that the money or the services you get, it's according to the inflation, [inaudible 00:36:28]. It was not that for many years, where you know, with the result that you know, you have the prices on the one hand, and the services didn't go along with it. So, this was changed. Then this new concept of care was introduced. We got more service, more and more money for services. And with the last part was now [inaudible 00:37:00] number three, which we're dealing right now. One big part is trying to strengthen the communities in their consulting, but also in their degree of services. There's also a big debate in Germany about who should be in charge of assessing, giving the money, deciding on the money and deciding or shaping the services. And there's a big debate. In the beginning it's actually interesting if you look at the history, because in the beginning of the care insurance in the 90s, there was the idea that communities should be strong in this. But at that time, they said, "No, we don't really want to deal with...because we have to...A lot of other..."
00:38:01	S1	Community. What do you mean community, like association?
00:38:06	S2	No. It's a commune...we mean the municipalities, strengthening the municipalities.
00:38:11	S1	The councils, you mean? The councils. The borough.
00:38:17	S2	The cities.
00:38:18	S1	The cities and the municipalities.
00:38:19	S2	Yeah, the cities. And now, we come to the...with this new law, there's another attempt to strengthen the municipalities in their decision on the care consulting. So, we will have in the whole Germany, we will have 60 municipalities who can, for example, take over the whole care consulting from the care insurance. And then, this is evaluated as a model. Actually, we have to prepare this programme right now.
00:38:55	S1	For money.
00:38:57	S2	For this?
00:39:01	S2	It's all about money.
00:39:17	S2	But we also live in a time, like with the German system. And I think we have a quite if you look at state services also compare to other European countries. We have a quite a good coverage for you know...I mean, you can live in a nursing home that can cost, in average, 3200 euros per month. And a big part is paid by the insurance. And the other part, you have to pay by your pension. If you don't have enough pension, the state also takes over. So, there is a big...there is not really a risk. I mean the state takes care. But on the long run, this also leads to a certain attention of the people saying, "I have the right to this, and I need more services from that. And I need more services from..." So, you know, it's like a [inaudible 00:40:23] insurance. With your car, some of them use a car, so, I need something that takes over the...And I think one of the challenges will be to calibrate this a little bit more out, you know. What is your own responsibility and what is your own contribution and where do you want the state? You probably know the last OECD report that just said that Germany has the highest rate of contributions, if you look at tax and social insurance. If you have an income of let's say a middle income of €40,000 a year, then you're also almost 50% of your income goes to tax and social insurance. It's a lot of money.
00:41:18	S1	But health takes a more...nearly most of the funds of the contribution of the government, because health is very, very expensive. So, I don't know, but who most spend in health, in everything, are the Nordics.
00:41:45	S2	Yes.
00:41:48	S2	And also cutting back.
00:42:18	S1	I think it's one hour. Our interview is more or less one hour. You told me from two to four p.m. But I think it's too long.
00:42:29	S2	I have my next meeting at four. But I have to prepare also...
00:45:00	S2	Look here in the care insurance. If you look at the 90s the beginning. When we started in '98, it was 15 billion euros per year. It wasn't the euro yet. With the new system, past 2017 (Overlapping Conversation). The 30 million. And then, if you...
00:45:31	S1	This is double...
00:45:34	S2	It's doubled also due to more persons in the system. And if you look here, like what we talked about you know, especially in Germany, we have these baby boomers especially this group here. So, and here you see where they will be...
00:45:55	S1	They are now in their 60, near in the 60.
00:45:59	S2	Fifties and the baby boomers.
00:46:11	S2	Baby boomer in...born in '61, the last baby boomers were born in '64 in Germany '64, '65. And here you see where they will be these age groups in 2050, in 30 years.
00:46:35	S1	Yeah, I know because...yeah.
00:46:37	S2	So, these changes
00:46:40	S1	I know, because I have been comparing, in the last few weeks, I have started analysing the demographic changes in all Europe. But it is because of, I said to you that Germany has the oldest population. But although it's for a demographic revolution, not births and more and more elderly people. Because people right now live longer and one of the most group that have risen, that have grown was 80, people over 80.
00:47:29	S2	Eighty plus. Yes.
00:47:30	S1	You have a lot of people with 100 years old. That is amazing.
00:47:35	S2	There will be more and more.
00:47:40	S1	For my age, the probability of this is capacity, it grows a lot.
00:47:49	S2	Our demographer says every second girl now has a chance to be a hundred. Every second. Looking at demography, looking at the...it goes only one way.

00:48:05	S1	Okay. The second part. You have already taught me something about their last reforms. The main...there are three or four indicators that I am measuring. Access the system. You have told me about the access, the changes in the access. One of the changes, one of the main changes that you've told me, for example, the change in the assessment. So, it has been wider. It invites more people.
00:48:46	S2	Yeah. You have to differentiate. On the one hand, the assessment takes more into account the needs of demented people. They were also in the system before already. But maybe they didn't get enough services really recorded according to their disabilities. So, this has changed. But also, you could say like the entrance into the system is lower. So, maybe if...
00:49:23	S1	It is lower.
00:49:24	S2	The entrance. You get easier into the system now. Because maybe in the old system, you could have, for example the mild cognitive impairment, and not really dependent of care according to the criteria of the old system. But in the new system, suddenly you are. So, this means there are more people at the entrance, more people coming into the system. And this is an effect that you already have in 2017, now in this year.
00:49:58	S1	Here, for example, for being assessed. Do you have a waiting list of something like that or not?
00:50:11	S2	No. It has to turn very, very fast.
00:50:16	S1	You don't have to wait.
00:50:17	S2	No, no. They're also by law within a certain, I don't know the exact time, but maybe it's four weeks. There is a certain time where this assessment has to be done where you get care consultants, where your case is decided. This can go very fast.
00:50:35	S1	And how long it takes to get in for? The assess is just you are assessed and then, you are automatically having the inform?
00:50:52	S2	Yes.
00:50:53	S1	It's a written form.
00:50:56	S2	Quite fast. Yes.
00:50:58	S1	Okay. About the provision of the services, some cut in the services or for example, with the financing. That means some cut in this kind of...in the services?
00:51:20	S2	No, you cannot. If you look at the last years, there was an extension, an extension of services. This is just some numbers. For example, in a nursing home, these are the new care grades now. So, in the highest care grade five, you get €2,000 per month. This was lower before.
00:52:00	S1	This is given to the family or to the nursing house?
00:52:06	S2	This goes to the nursing home. You are entitled to this, the whole costs, you have to differentiate costs in a nursing home. You have the cost for care and you have what we call hotel and food. But this, you have to pay yourself, and this you pay with your pension of your own. If not, the state takes over. There's also the care...the 2,000, in this case, might not carry the whole cost. So, there might also be another contribution. So, you can say 2,000 from the state, maybe another 1,200, 300 that you have to pay yourself. Then, the pension usually is gone. And then, they go to the house. And at some point, you have to sell your house. So, they take what you have. So, if you have care at home here on the other side, you see it's quite similar now. Here, look at the highest care grade. The highest care grade there's no difference if you live at home than in a nursing home. This means also there's...
00:53:20	S1	This is for home.
00:53:23	S2	This is for home.
00:53:23	S1	A grade for home.
00:53:24	S2	Yeah. So, this is almost the same now. There are only slight differences. But this is...the money that are paid...this is paid for services. If you're only a relative and say, "I don't need services. I do it myself..." Then, you get this money. This was also more than in the past. So, you can get up to €900 now a month.
00:53:51	S1	It's very similar to a salary. It was almost a salary. Because I think it's 1,300 or something like that in the minimum salary here.
00:54:03	S2	Yeah. So, like this. This is for the hardest cases, care grade five. Need a lot of support.
00:54:39	S2	Social insurance, now, it is cheaper. If you look at new forms in the past it was always way ambulant is cheaper than stationary. But now, you have different forms. Like, for example, you have little communities where four, six...four to 12 people living together. This right now is more expensive than a nursing home. If a nursing home, the average cost €3,200 per month. Then these small-scale communities cost up to 4,000, 5,000 a month. Also, a big part has to be covered by the state. But here, you're right, sure. It's encouragement for the care work.
00:55:31	S1	I suppose these papers are on the government web page...
00:55:39	S2	Yes.
00:55:39	S1	Yes, I can find it. Do you know if there has been any change in the managing and financial system? They have been growing the demand of...
00:56:01	S2	Yes, there's a growing demand for services. But there's also, like I showed you, there's also growing costs. I don't know if I have the overall view now for the costs. Let's see. I think I have an overview on...Oh, yeah. This is 2016. Here you can see where in the system where the money goes. So, a big part, the red part goes into the nursing homes, 10 billion euros. We just talked about support for the relatives, to encourage them. It's the same, 7 billion goes in this. Four billion into ambulant care services. And then, all what you have here, all this is what I told you. We have this complimentary (Overlapping Conversation) short time service. Like when your relative is sick and cannot take over certain tasks. It's also the social insurance for the people taking care. Because it's not only you get up to this €900, you also get points for your pension insurance. It's also covered. Then, you have this one I told you, if you want to go on vacation. This also cost one billion per year to make this possible. So, you can see the main parts, the main three parts is nursing homes, care services and cash allowances for the relatives in the ambulant sector.

00:58:01	S1	Okay. How do you think that these changes...do you think that these changes have affected the philosophy of the system? How do you think they have affected the users, to the people?
00:58:24	S2	The changes or the system?
00:58:26	S1	The changes.
00:58:27	S2	The changes. This is not evidence based what I say now, because we don't have yet the results of what do the users think of this system change. What is interesting in the history of this reform that usually, when people have to contribute more to a certain...they had to...I mean, this was not financed by extra tax money. It comes out of the social insurance. So, employees and employers have to pay more. So, in the last reforms, surprisingly, there was absolutely no protest or discussions about rising contributions. It was accepted by all the different parties. Interesting, right?
00:59:19	S1	Because you think that the reason for that is because people feel the necessity of that. They think that.
00:59:33	S2	They feel we live in an ageing society. There will be more. Everybody is affected. Everybody has parents that get old. Everybody will be old himself at some point. So, there was a huge societal acceptance, which is interesting.
00:59:53	S1	Yeah. Because society is conscious about the challenge of the situation. And it's a very important and a very basic human right to be attended when you are old, you know. This is a human right. So, I think it's for that. So, yeah. Just the third part and we are finishing. What factors do you think explain these changes and why? Because back to the previous thing, you know, do you think these changes, the economic crisis has affected the system? Or it was just in a short time and all the changes that you have been explaining to me, the reason for that has been another? Which factors do you think can explain these changes?
01:01:11	S2	One factor is that these changes that we face now in 2017 was prepared for a long time. The first studies that we were actually conducting also were already made 10 years ago. So, they were only started before the economic crisis. But things were starting to be prepared. Then, we had several health ministers who didn't really pick up the topic. But the current health minister now, he did one reform after the other. He took up [inaudible 01:01:47], laid on the table or under the table or wherever. And did all the reforms now. I think this could be made because as you know, it seems right now we have about five per cent of people without work in Germany, which is not much. Christian democrats now say in their programme one goal for the next government period will be full employment. So, you know Germany is in a quite good economical state right now. So, this means also we are not suffering the same as other European states from the economic crisis. I think Germany got quite good out of this crisis, which also means that there is money for these reforms.
01:02:39	S1	But if we go back to the, for example, in the heat of the crisis, that it was more or less from 2008 or 2010, did you notice some kind of something or the inertia of the reforms are maybe a little bit slower?
01:03:04	S2	Maybe...here it's quite complicated. Since 2008, looking at the system that I know a lot of, the care system. Since that time, there were no shortages, no cut. You have rising costs but you have also an extension of services. I don't know if you've ever heard of the agenda 2010 by the old social democratic government, like beginning of the 2000. There were really big cuts or shortages in, for example, if you'll be a person out of work, how long are you supported? Until the money you get is lowered. So, it seems...looking back on it, they didn't know in 2000 that there was an economic crisis in 2008. But you already knew that against the demographic changes, you will face huge problems in society. So, somehow, Germany maybe tried to solve some upcoming problems without knowing exactly what will happen, but already tried to solve before. So, this was like, how you could say, this was like prevention already. So, this means...and if I look also in the last years at the pensions, there were not really cut offs. In contrary...
01:04:54	S1	Have been increasing.
01:04:55	S2	The increasing of the pension especially in the east which was already a little behind or still a little behind the western countries, there were not really shortages. And in the health care system, I mean, health care...this is a constant debate on how managing finance. Because all in all, there's also only one way up. We're spending €200 billion every year on our health care. And the biggest part is the hospital. This is a constant. But I didn't see any effects of the economic crisis that you didn't have the right anymore to services or that certain things were cut down.
01:05:49	S1	So, you explained the last reform, for example, the last 10 years reforms. You could explain that for the reason for the improvement of the system is, for example, the needs have been growing, and the system wants to cover...a strong system to cover these needs. That is mainly. So, that's all. We are on time. Thank you very much (...)

Transcripció 6

Timecode	Sp	Transcript
00:00:01	S1	How is the LTC system organised in Germany?
00:00:11	S2	So, if we are going to talk about long-term care, I do understand the term and we have to talk in Germany about different systems, because we have got a very complicated social system that is, in a way, fragmented, separated in different subsystems, and we have parts that are structured as in insurance, and the other as a social system is financed by taxes, there's a big difference. And we have the healthcare system, insurances on the basis of insurance, we have got, we call it [inaudible 00:01:13], it's the insurance for care assistance that has been invented, set up in 1995. Yeah, 1995, and the aim was to give or to establish insurance for older people mostly, not only, but that have the need for mostly physical care, you know, dementia care and psychiatric care, and now healthcare, so no care that is part of the medical treatment, but only care that is part of the assistance for the body and for the mobility and so on.
00:02:12	S1	A daily...
00:02:14	S2	Of the daily activities, yes.
00:02:20	S2	Yes, that's the basic separation, and we have got the insurance, health insurance that is insurance that gives you the guarantee to have the treatment that you need, so if you go to hospital, if you go to the doctor, you don't have to

		pay. On the other hand, this care assistance for the older people is not full, it's insurance but they give you a certain amount of money, if you have got some degree of, not handicap, but of need, to be cared.
00:03:04	S2	So, they give you a certain amount of money, or they pay you a certain amount of assistance, so this is for the older people, and then we have got a social system to promote the inclusion of handicapped people.
00:03:29	S1	The Integration?
00:03:30	S2	Integration, inclusion, and this is a social right that you have, and that the state, mostly the local authorities have to pay for this, for example, if a person with a handicap, you're talking about the integration of handicapped people, if he needs a sort of assisted living in an apartment or in an institute, these services that we do in our enterprise, so the person himself has to pay if he has got money. And if he doesn't, if he is not able to pay himself, so the local authority, the social authority of the local unit has to pay.
00:04:36	S1	Social services. So, municipalities, do you mean, local services?
00:04:42	S2	The local authority...
00:04:52	S2	... Pays for this and we have got this system of subsidiarity which means that the state pays, and the social enterprises of churches or enterprises, they organise the service. So, we're got this [inaudible 00:05:20] or the social administration, and the citizen has the right to get this assistance that he needs, if he needs this sort of assistance.
00:05:46	S2	Yes, and so we have, for the handicapped people or for people with mental health problems, we have the separation of the health system and the system of social integration.
00:05:59	S1	Social services, social care and health care?
00:06:04	S2	Social care, and founded, financed by the government, by the local authorities. So, this is an important fact, for example, so all the work that we are doing, we have got 400 people with mental health problems living in assisted houses, our social workers care for them, our nurses go to care for them. All this work is paid by the city of Stuttgart because this responsibility, the financial responsibility to finance all this sort of assistance is on the local level, mostly on the local level. Do you understand?
00:07:06	S1	Yeah, but for example, the insurance, I know that, for example, if you have care needs, you have the right to be provided with some kind of services, for example, homecare or residential care, or respite, don't you?
00:07:47	S2	Yes.
00:07:49	S1	So, I thought that, disabled people have also the right to take services from the insurance, to have these kinds of services... Or these kinds of services are only for old people?
00:08:13	S2	It is quite complicated.
00:08:20	S2	If you are talking about medical treatment, it's the doctor, it's clear assurance, insurance. If we are talking about a person with a handicap, not an older person, but mental retardation or a mental health problem, he lives on his own in his flat and he needs somebody to care for him, the idea is to help to promote his social integration. The aim is different. The aim of this law, this law has been reformed at the beginning of this year. It is called [inaudible 00:09:15] because it's a federal law for the [inaudible 00:09:20] inclusion, integration, participation of people with a handicap, and this says there's the convention of the United Nations of the rights of people with disabilities. This law tries to promote all the rights of people with a handicap coming from the United Nations and so on, so these sort of needs of assistance, of social and cultural integration, are financed within this law and there has always been a law in this sense to promote the integration of people with a handicap, and now we have got a very complicated debate about the issue that we are talking about, what is care and what is assistance of social integration, and it's really difficult, it's a sophisticated distinction, you can't make this distinction regarding the aim, what is the objective of the service that you are providing? If the person has a handicap... and obviously, the rights of a person with a handicap are larger, he has got more rights than an older person that has some rights to have certain care assistance, because the assistance of social integration is larger and there are more needs, needs of company and the social, cultural activities, the promotion of being able to work and to go off mobility and taking part in the life of society, and some people need care in the morning to be dressed, to be washed, to get up, to leave the house, and so maybe they need care, maybe financed from the insurance system, and then they need somebody who helps them to go on the street to... for people with mental health problems, to encourage him to do his plan for this day.
00:12:21	S2	Not to be alone, just to be encouraged to do whatever he wants to do on this day, or to being able to meet other people, and this sort of assistance is part of this assistance to guarantee the social integration of people with a handicap. And to distinguish between these two systems, it's not so easy, for example, you've got some institutes, homes for people with severe mental health problems, we have got some small institutes for 20, 24 persons living together, some of them are even closed because their mental health problems are in such distinction that they need 24-hour care. This sort of care is still part of the social assistance to promote the social integration. For us, because this system has been established a long time ago, the separation of the system, of insurance and the system of social services, this creates a lot of problems because obviously, there's all this social assistance paid by the local authority of Stuttgart, it's very expensive for them because they have to finance all the needs of the people with a handicap, and if they have an opportunity to find a reason why the insurance pays a part of this, they ask for it, they're happy, and so there's always the quarrel, do we have to do it with social integration, or do we have to do it with physical care?
00:14:03	S2	Yes, okay, the special needs.
00:15:45	S2	For us, because this system has been established a long time ago, the separation of the system, of insurance and the system of social services, this creates a lot of problems because obviously, there's all this social assistance paid by the local authority of Stuttgart, it's very expensive for them because they have to finance all the needs of the people with a handicap, and if they have an opportunity to find a reason why the insurance pays a part of this, they ask for it, they're happy, and so there's always the quarrel, do we have to do it with social integration, or do we have to do it with physical care?
00:16:47	S1	Do you mean that the concept of the care insurance has been changed now with the new law?

00:17:04	S2	Yes, it makes it even more complicated, because the two systems have been reformed in a way that there's more connection, they are more similar, yes, because they say we want to promote, within the care system, you want to promote... if we talk about care, we don't always mean the care assistance for elder people or people with physical...
00:17:38	S1	Physical disabilities, mobility problems?
00:17:43	S2	Yes, it's difficult. There is this law of social assistance with the objective of promoting social integration, inclusion, and there's this [inaudible 00:18:00] insurance of care, and care can mean older people, can mean as well, for example, you've got a service for mentally and for physically handicapped people, and they need assistance 24 hours a day. We organise that with young people who are students and so on, they make assistance, they are not trained to do professional care but they do assistance. This sort of assistance, you know, partly is paid by the insurance but the service of the insurance is limited, so there is not enough money, paid finance by the insurance and the rest, or the client has money, so he has to pay himself.
00:19:01	S2	Or the local authority, as part of the social assistance, has to guarantee and has to finance this sort of personal assistance.
00:19:15	S1	Okay, so when, for example, one person needs help, one person with disabilities needs help at home, maybe because this person is attending a workshop every day, or a daily centre for people with disabilities and needs help to get up from the bed and feeding and so on, who covers this help? was it covered by the insurance or was it covered by the local government?
00:19:59	S2	There are day centres where, for example, say I would have to stay in a day centre five days a week and this day centre costs, I don't know, €80 a day. This cost, if it's necessary, if the person with a handicap needs this kind of assistance, the social assistance system, the local authority will have to pay. The help to get up in the morning, the physical help, to be able to start the daily activities, being washed, being helped to...
00:20:48	S2	Should pay the insurance.
00:20:53	S1	From the insurance?
00:20:54	S2	Insurance, yes. It's different if you live in an institute where you have 24-hour assistance a day, the social assistance pay has to guarantee the whole costs, and the insurance pays a certain, limited amount.
00:21:20	S1	it depends on the degree, they pay an amount, I suppose...
00:21:28	S2	It's different, it's very complicated, I don't know if you are interested in all these details. For the older people, if an older person has to go to an institute of care, the insurance pays. There is a distinction between five different degrees of dependents. And so, I would say the insurance pays about 80% of the whole amount and then the older people have got their pension and so normally it helps the... it's enough. If it's not enough, because maybe the person has no pension, once again the social services have to pay the rest. For the people with a handicap, quite often the costs are very high because there's a very high level of... they are expensive, just this sort of assistance is quite expensive, and it depends, for example, if you have got psychiatric needs, you don't have any physical... you might not have any physical problems, so this insurance doesn't pay anything, and the whole costs have to be paid by the local authority. If you have accepted a degree of the need of being cared, part of the insurance, if the insurance accepts well, this person has a mental health problem, but as well a physical problem, and he lives in an institute for handicapped people, there is a certain amount of money, €250, this is only a very little part that pays the insurance for all the assistance within the institute, because the idea is whether this insurance is mostly for elderly people and should not cover the costs of handicapped people. It's a political distinction, because the insurance system would need much more money, and for this insurance, all the employees, employed people have to pay, and if you would finance with the insurance or the handicapped system, this insurance would cost much more, so it's not reasonable because at the end, it's more or less, it does not make so much difference if I pay for the insurance or if I pay for the taxes. But the separation, once established, creates the idea that everyone responsible for the different systems, care, that they don't have to take over more responsibilities.
00:25:14	S1	I suppose that the system is built on the basis that you have insurance and you have basic cover, isn't?
00:25:30	S2	Yes.
00:25:32	S1	And, I suppose that it is because the structure, the institutional setting, here you have the insurance to cover the social risk...
00:25:50	S2	Yes, and this insurance has got a long story, it has been developed, it made progress in the 19 th century at the time of Bismarck, at that time it was established, the insurance for health problems, the insurance for invalidity and so on, and the insurance for the risk of being unemployed and so on. But the risk of living with a handicap was always your own risk, and if you hadn't got money, you were a part of the social system for the poor people. Now, I mean if you are interested in what has been developed in the level of legacy, of the development of the laws. There has been a very important reform of this law, as I mentioned, to promote this social integration one, and this was a debate for about, I don't know, five, eight years or even more, and there was a long debate and discussions, and as well, a high level of participation of the handicapped person as well, of their self-organisation of the handicap, there was a very great debate on how do we have to develop the laws in this area, following the convention of the United Nations, so it was not a law just to cut down, but really the idea was – it was a mixture of different ideas, there was the idea of the local authorities. We have to control the explosion of the costs, we want to control the costs. On the other hand, there was a political debate, we have to follow the rights of the – promote the rights of the people with a handicap, and with these different intentions, there was a very long and complicated process, and at the end, the result is a bit of both. There are some attempts, for example, until last year, we have always had a system of social assistance for handicapped people as a part of the social system for the poor people. And so, for the handicapped people, they are allowed to have a certain amount of income or a certain amount of – how do we say – the money they have, if they have more than, I don't know the exact data, but if they have more than €5,000, they have to pay for one part of their assistance.
00:29:16	S1	This is in the local also, in the local authorities?

00:29:20	S2	Yes. And this means a handicapped person always has to be poor, because otherwise he has to pay for the assistance that he needs, and some people said, or the handicapped said as well, this is against the intention of the United Nations Convention. This legislation has to pass from the laws that have to do with the social security, and has to pass through own law that deals with problems of social rehabilitation and of guarantee of participation, and this sort of assistance should, in the future, be independent of the income and of the money that the handicapped person or their family has. Because now, in the social system, it is like that, if my wife doesn't have any income, I have to pay because we live together, and if she has a handicap as well, I have to pay at least one part of the assistance, because the family has to take over the responsibility for the assistance, and the idea is to stop that and to arrive at the situation that people with a handicap have the right of assistance, independent of his income and of....
00:31:12	S1	Universal right?
00:31:18	S2	Yes. And with this law, we did a very little step in this direction, but not with... and there was, until last year, there was one law that was called the Federal Law of Social Help, and within this law, there were regulations for the homeless people, for the poor people and for everything, and for the handicapped. So, a handicapped person always received assistance as the poor, and now we've got a new federal law only for this sort of social participation, social integration.
00:35:12	S2	And they said we should arrive at the point that this sort of assistance for the handicapped is not part of the social system, but it is a sort of assistance to equalise the disadvantage that you have because you are handicapped. If you're handicapped, you have got a disadvantage and....
00:35:45	S1	Compared to the rest of the people...
00:35:47	S2	Yes, compared to the rest of the people, and you should get assistance to substitute....
00:35:55	S1	To compensate this....
00:35:57	S2	To compensate, yes, to compensate and this has got nothing to do with your social situation. Through your economic situation, it is a right, it's not your fault that you've got this handicap and the compensation should be a right within the idea of the United Nations Convention and so on, but this is not fact, but it's the idea of the separation of the law was to separate the needs of the handicapped from the poor, and accepting that having this compensation is a universal right.
00:36:46	S1	And if you have a handicap but you have money, so then do you go to another social services? I suppose that social services cover all the people that are in need, not only poor people, do you know what I mean?
00:37:14	S2	This law was decided last year and some of the regulation, they are now over the....
00:37:38	S2	Yes, and some of the articles will be enacted in the next years, and so there are a lot of preparations, a lot of debates about how, for example, in Stuttgart, the local authorities will organise that. At the moment, we have got the so-called [inaudible 00:38:13], the social administration, and there you go if you are handicapped and they pay for you in the same way, or the same department will give you an answer for your needs if you have no money, for example, or if you are homeless, and there's the idea to separate these two administrations.
00:38:43	S1	To create another system separately?
00:38:47	S2	Yes. And then, it's more even complicated, because if a person with a handicap in future will have a need just to cover his costs of living, the rent and the cost of living, and if he has got an income, so he won't need any assistance, so he pays for his rent, of his apartment, and his costs of living. And then, he has got a need for professional assistance, and these are two areas of need, there will be the need of income for the daily living, and if he is in need, if he hasn't got any income, so even in the future, he will have to go to the social administration for the social assistance, and for the needs that he has for his social integration, he will have to go to another office. In a way, it is reasonable to separate these two needs, but in a practical sense, it creates a lot of chaos.
00:41:36	S1	And for example, the teams, is there a team for evaluation and there are teams specialised in people with mental health, people with disabilities, handicaps and elderly. So, the organisation, is the organisation different?
00:44:54	S2	Yes, that all the services that we for example organise for handicapped people and people with mental health problems, homeless people and so on, are part of the programmes of the local authority, so we together with them; the city of Stuttgart, we establish a programme and finally the local government has to decided we won't develop a certain programme for the handicap people or for the homeless people and so on and then they've decided about the financing and we make contracts with the local authorities to provide certain forms of assistant services, houses and so on, and this is all part of a social policy for the local authorities and for the single person with the handicap, he has to go to the social administration and there are social workers as well and he will make an individual regional programme for him to establish what is the aim of this sort of process, of assistance, what we want to achieve in the next months, which sort of assistance do you have within, you know, social system within your family and which professional care do you need and this, at the end it's an individual programme and an individual calculation, how does this person need and on this basis, we do our assistance and we get our funding.
00:47:27	S2	we have got different finance for all services. There is some finance that is personalised in the sense that there's a handicap person and before we do anything for him, he has to go to the local authority and there is the programme, the evaluation of that is that they are....
00:47:59	S1	The evaluation is made from the local authorities...
00:48:02	S2	Yeah, all we do, we establish a programme that has to be sent to the local authorities and they've got the social workers as well and the social administrators and they say okay, this is okay and we accept that and there's a common dialogue and evaluation with a person in each; the social administrator and at the end they say well, we see you have these needs and you've got these... you're of a certain level of need on the other hand, the service provider gets a certain level of money for this accepted needs. And then we have got services that are free. Basic services. For example, we have here in our house a service for homeless people, they can just come in, get a consultation and this service, this consultation is free and maybe at the end and after some time, this person will accept to move to one of our assisted houses. Before entering the house, we have to get the permission of the social authority, so the basic services are paid from an institution of financing because the local authority says we need these basic services and we pay for these basic services. Normally, they don't pay all the costs, they don't cover

		all the costs and we have to get some funding to finance this services or for example I'm more or less an expert in the mental health services and we have established in Stuttgart, eight regions or sectors of community mental health services and these services are paid by the region and by the city of Stuttgart and a part of funding and we are responsible for all the people with mental health problems within a certain sector of Stuttgart.
00:50:54	S2	Area of Stuttgart, yes, that's right. And with these services we can offer a basic consultation for the client and his family, there are some clients that for years just need this basic service, they come once a month for a consultation, they come to a very low level day centre where it doesn't cost anything and the idea is to make it very easy especially for people with mental health problem, if you say you only get help if you ask for that help and if you go to the social administration, many of them will stay at home and say I'm not mad, you are mad. So therefore, we have got this community of mental health services free and they are able to go to the houses, to the hospital, to enter in relation and to establish relations and if we find out that this person needs more help than we can offer with these very poor resources, then we have to find a contract and we have to do a request for a person programme of assistance.
00:52:49	S1	so that is important because this is what I want to know. And during the last ten years, from the economic crisis, what reforms do you think have been implemented in the system or what has changed? Changes for the access, changes in the provision of the services, if they have more waiting list, or not, or are there some differences in the management of the teams, what do you think? what reforms do you think in the last ten years have been implemented and how has the system changed?
00:53:59	S2	That is very, very complicated. It's not easy to answer this question, we refer to long term care problems because we could talk about, we have got programmes for unemployed people.
00:54:19	S1	No, I am referring to long term care, we are talking...
00:54:20	S2	Long term care because if you were to talk about the cuts and increasing social problems, we see people that are unemployed and with severe mental problems, health problems and all kinds of social problems and even the economic situation in Germany for sure it's much better than in many other countries, there is a level of... a certain number of people with a lot of problems to enter the labour market. We don't talk about that and we don't talk about the problems of refugees because then we've got a lot of problem and we don't talk about the problems of the homeless because we have an increasing number of homeless people, so.
00:55:35	S1	No but we have to focus on LTC system, in handicapped people or elderly people.
00:55:42	S2	Elderly people.
00:55:43	S1	Elderly people or maybe people with mental problems but in the sense of the long-term care.
00:55:52	S2	I think we have got more older people with less money, we are talking about the problem of the older poor people because of the working biography that people have, work in a precarious situation, they don't pay for the pension and if, after some years and now we've arrived at these effects, more people enter in pension or stop working and they find out that their pension is not very high, so there will be more people in need of social assistance, older people and more people not able to pay for their care assistance and so on, if they are older. So, this is a risk that we already see and there was a correction as well in the law regarding the insurance care to increase the level of insurance for the older people and as well the access for the older people has been facilitated in a way.... (Talking on the phone in German). For example, the law for the care insurance and was only for people with physical....
00:58:29	S1	Mobility problems.
00:58:31	S2	Mobility problems and physical problems, older people, not with dementia because if you are not orientated years ago and this was not the problem of the care insurance because care will cover your body nutrition and mobility only these categories, strange but this was always the idea of what can we cover with the insurance, how much money is in the budget of the insurance and what can you pay with this insurance and therefore there was a limit in the access for people with dementia problems and this has been....
00:59:34	S2	Eliminated, so it's accepted as well the need of people with dementia problems and so in fact you can't say that as an effect of the crisis, the level of assistance of the insurance system has been limited, I wouldn't say that. There was in the last year the percentage that we have to pay for the insurance has been increased a little bit. This is always, you know, we have got the government, a government that is [inaudible 01:00:31] and the social democrats and the minister of social affairs on the federal level is from the social democrats, so for sure she tried and she did a quite a good job, you have to say because the situation is not...that you can offer everything but she could avoid cuts in the social system and there have been some little corrections in the sense that there's some more money within the social and care insurance system and the access has been increased.
01:01:20	S1	Yeah, because the degrees have amplified to five and before it was three degrees of dependence...
01:01:31	S2	Yes, and now we are five, yes.
01:01:38	S2	And more different forms of assistance are now possible to be paid by the insurance because at the beginning when this system has been invented in 1995 it was the assistance of professional care for older people that have some needs. Now you can go with an older person, you can go out to a day care and to help the older people to stay in company, you can use a little bit of this budget. Not everything is covered but I don't know you get 200 [inaudible 01:02:32] and you can use these for social activities- for assistance for social activities covered by the insurance. This is one example that these two systems are getting closer to each other and in fact it would be much better to put them together but it's too complicated to mix an insurance and we have got this private structure of insurance. We've got a lot of different insurances on one hand and we have got the system that the local communities have to pay for the handicaps and this has a long tradition and every support body says we are sort of, I wouldn't say victims but....
01:03:26	S1	Yeah, I know what you mean.
01:03:29	S2	And this is a result of a historical development of the social system and nobody has the power because as well we are a federal republic and we have got certain laws have to be decided on the federal level, others have to be on the regional level and some decisions have to be made on a local level and the insurance of course is a national level. The basic regulations for the social assistance have to be decided on the federal level but every region has to make

		laws, how to apply the federal law and in the different regions there are quite huge differences. Even regarding the responsibility in [inaudible 01:04:32] we have got the local authorities community responsibility. In other regions, there's the regional responsibility. For us we say and organising this assistance on the local level is helpful because if you organise inclusion and this has to do with the conditions of your daily life, you can't organise that from a regional level. But on the other hand if you are in a region that has not so much money and the level of social inclusion integration of the policy of social integration depends if your local authority has got more less money and this is not according to the constitution because in the constitution it says wherever you live in Germany, you should have the same conditions of living but in this area, it's not granted.
01:05:45	S1	Okay going back to the reforms. So, to sum up a little bit, okay, we have the changes in the law and it covers- these changes affect all people with... people with disabilities and older people but if they have problems more physical, you said so maybe because the integration in the case of people with disabilities is more managed by the local authority, it's like more universal, is it not?
01:06:33	S2	Yes.
01:06:33	S1	But anyway, local authorities they're responsible of the wellbeing in general. So, don't you think the system has been cutting?
01:06:53	S2	I've been talking about the social insurance and we have gotten all these new laws from beginning this year, on the federal for the social integration of handicapped people and on the federal level they say we put more money in the system than before, this new law costs more money than before so we can't say that there have been cuts. And there was one, we had for many years the number of handicapped people increase, so the number of people in need of assistance increased and so the aim of the policy was not to cut down the funding but to avoid the increase that would go on and on to reducing the....
01:08:00	S2	of the number of users, for example in need of very expensive forms of residences. For example, you have a system of protected workshops for handicapped people, so every person that are handicapped, with a severe handicap has a right to work in a workshop. So, for example we manage workshop to work for 500 handicapped persons in Stuttgart with mental health problems, quite a lot and in the last year, more and more people with mental health problems ask for the admission to these because the labour market, mental health people with handicap; doesn't work.
01:09:13	S2	More people would go to protected workshops and these workshops are expensive.
01:09:23	S2	Mental health and for people with mental retardation.
01:09:39	S2	So, with intellectual disabilities the increase was mostly in the number of people with mental health problems. People with mental health problems don't manage to stay within the labour market and therefore they become the label of being handicapped and they can go to the workshops.
01:10:10	S1	Workshops or daily centres or....
01:10:13	S2	Yes. Workshops on one hand, it has been a very important ride for handicapped people to go there because they don't stay at home, they are productive, they earn a bit of money as well and they have more money than before. So, on one hand, on the other hand, it's not inclusion, so we try to change the policy of these workshops in a way that for example you've got nearby a restaurant where people with mental health problems are working in the public and you don't see who's the one with mental health problems and so it's....
01:10:56	S1	In the normal market.
01:10:57	S2	In the normal market, yes. But accepting that their productivity is different from the others and so we try to organise a supported employment we call that and so integrated work for people who are handicapped and the policy now tries to avoid that so many people with handicap enter these workshops because they at least are expensive and they promote the direct integration on the first labour market. In the normal, mid-labour market, so in this new law it's written that you can use the money that so far has been paid for workshops as well to finance integration in the labour market and this is an advantage, this is for some of the social services or for institutions that earned their money by organising workshops now they have to change.
01:12:29	S1	And these reforms do you think they have anything to do with the economic crisis? what do you think are the reasons for their implementation...?
01:12:52	S2	As I said, this process, of I think almost 10 years, there was a debate that we have to change the policy on the assistance of handicap and we have been in fear how the future will be for these structures and then there was this process, we have the minister of social affairs from the social democrats, a lot of influence of the users and the self-organisations, a lot of lobbyism, pressure by the relatives and....
01:13:43	S2	Families and us professionals and, we have got a very strong organisation of the welfare providers and we have been part of the committees of the commissions in the ministry to work out these laws and of course they didn't accept all our proposals but the policy on handicap in Germany is a matter where even the conservatives and the liberals are afraid to touch and a part, as well, to do the German history of the Nazi time, you know? And there was a policy of killing people who are handicapped during the Nazi time, you know?
01:15:00	S2	You don't know the Czech?
01:15:02	S1	No, I don't.
01:15:02	S2	This is very important, there was a policy of the so-called [inaudible 01:15:09] and Hitler on 1 st of September of 1939, which was the beginning of the 2 nd World War, he ordered that people with mental health problems and with intellectual retardation should be killed. And they began before the camps of concentration had been established, they established centres for the homicide of mental health, of handicapped people.
01:15:46	S1	To kill people with that?
01:15:50	S2	Yes, and about 200,000, half of the inhabitants of the old asylums for the handicapped people had been killed at that time and so there was one generation of handicapped people in Germany after the war was missing, so still we said for a length of time that there will be an increasing number of handicapped people because there is a generation growing up that has been killed before.

01:16:28	S2	Eliminated. And Germany fought for it, after the war nobody wanted to know that and it took until the middle of the 70s when the in psychiatry, at that time a new reform of psychiatry began and at the same time the history of the homicide of handicapped people has been rediscovered and you've got a lot of research. Yes, the 1 st of September was last week and all the organisations of the providers of mental health services, they organised the 1 st of September every year in Berlin manifested....
01:17:31	S2	To remember, there were thousands coming there but this is a part of the history and that imagine if they are organisations of feminists and they are debating with politicians and if a politician says well we spend too much money for the handicap people, the answer is well, we had this once, during the fascism and it wasn't many more cuts against the....
01:18:18	S1	The reviews of services using money for handicapped.
01:18:23	S2	Yes, the system of the handicapped has been protected in a way, for example in the systems for the unemployed people, we had a very good structure of social, a second labour market we call it, financed by the local authorities in the 80s, even in the 90s and that policy changed, this became a matter of federal policy. Local authorities couldn't do anything anymore and in the earlier times we had long term contracts with the local authorities to, for example with people with chronic alcoholism, they worked in our forests in Stuttgart to clean the forest, helpful for the forest and helpful for the people who didn't have any chance to work in other places. Now they make competition with federal labour administration makes competition and says we have got hundreds of people with this or that problem who want to have this contract and there's a competition and we have no chance to get into this and they are private companies, sometimes the officers, some of the... and it doesn't function and these sorts of integration of working poor has been cut down tremendously. On the other side regarding handicapped people now, there's a policy against these late protective laboratories, these workshops because there's an affect against- too much institutional... I entered psychiatry in the 80s when there were these programmes of deinstitutionalisation. I went to Italy and there was the....
01:20:49	S1	Yes, I used to work in the mental health also...
01:20:56	S2	So, there was a European movement and as I remember as well, there was a lot of...
01:21:01	S1	Deinstitutionalisation.
01:21:44	S2	Yes.
01:22:24	S2	We are part of this movement, I and other colleagues and this is for professional, ethical, political reasons and in the last years there was as well a support for this movement, not only for the reason that we had but as well for economic reasons because there was the idea cutting down the number of institutions.
01:22:53	S1	Institutions, big institutions.
01:22:57	S2	The big institutions and to transfer the people and then there were a strong debate on inclusion.
01:23:06	S2	In the community and this was a political because well...there was and there is still is a very strong debate on this convention of the United Nations and there's an effort to change policy on very different levels. Sometimes you don't know what the real reason is, is it an economic reason or is it a political or an ethical reason? Maybe it's both or a mixture of both. But you can't really... and in fact if you try to reorganise the system on more institutional to a more integrated system, it's not really cheaper if you do it in a proper way, if you don't send the people with mental health problems to a working....
01:24:13	S1	In the normal market.
01:24:15	S2	In the normal market because you need a lot of assistance or you need money as compensation because the....
01:24:32	S1	Ok, I should go, I'm sorry because I have another interview and I think she will be waiting for me because I had an appointment at half past 3:00, I'm sorry.
01:24:48	S1	Thank you very much.
01:24:49	S2	Okay, I hope I could answer a few of your questions.

Transcripció 7

Timecode	Sp	Transcript
00:00:03	S1	Could you please introduce yourself?
00:00:27	S2	I mostly focus on the relatives of people with dementia. So, I mostly look after those who provide care for someone with dementia. So, if someone...an elderly person has dementia, I'm interested in the husband or wife or in the adult child who's looking after them and supporting them. That's my focus of work.
00:00:48	S1	How is the German long-term care system organized?
00:01:22	S2	Well in Germany, it depends if you have healthcare needs.
00:01:26	S1	Healthcare needs?
00:01:26	S2	Healthcare needs. If you need to go to your doctor, you have your health insurance. But we have also something called a social care insurance. So, if you have social care needs and it doesn't matter what age group you are, you're covered through this. So, if you're a child, I think, don't quote me on this, but if you're a child, you're covered through your parents and you're covered in generally from the moment you start working, you start paying in to social care insurance. So, you basically get a proportion of your income goes in to social care insurance and therefore there is sort of...it is linked to health but it's separate. There's a separate pot of money for social care in order to have support with it. And for example, if you have dementia, there is an assessment and then depending on how...what level of dementia you have, you get different allocations of money. So, people with dementia get more money than other people with other kinds of needs because we know that their needs are more complex.

00:02:24	S1	I suppose, you have three levels of dependency. It means that the level of help that you need. It's moderate, more or less important and very, very important, or the worst, so there are three levels. So, all the people pay this kind of....?
00:03:01	S2	Tax? It's a kind of tax. Yes.
00:03:04	S1	They are obligatory to pay, I suppose, but if they don't have money...?
00:03:11	S2	That's different because then you're on benefits in any case and then it's the state...then it's the... you know what I mean? So, everyone else. So, you're not paying it just for yourself, you're paying this into the pot of money – social care insurance that in case that you or, you know, that in case you...you get supported [inaudible 00:03:30] amount that you pay and will probably cover all the needs. So, they assume that some people will need it and other people won't need it. So, on that basis, it's sort of like strapped between people. So, if you don't work, if you're on unemployment benefits and you can't pay for it, you will still be covered. You will still get support.
00:03:48	S1	So, how does it work? in the sense that if you go to the doctor or, what do you do?
00:04:12	S2	I think, I'm not entirely sure but I think it's usually starts...it's being led through the doctor. I think it's sort of similar to the doctor like the GP then refers you to social services but social services then do the assessment for it. So, you get someone specifically to come and...you show them basically...they go through the normal day with you. So, someone comes in and says, "All right. Well. Show me how you shower. Show me how you, you know, do this and show me, I mean you know, not that people have to sort of have shower but basically you say like, "Well, can you go into the shower and take this thing? Can you use the hot water thing? Can you dress and undress yourself? Can you show me how you make your food?" And, so even if people are able to maybe do it, it might be dangerous. So, they're assessing how risky the situation is.
00:05:00	S1	So, there is an assessment, then they receive money or they receive the services?
00:05:08	S2	Depends. So, you receive services if you need them but if you for example have...I think if there's for example family available, that you know like if you need some finances to help with the situation or because they have to stop working. And I think there's some payment, but initially the things you receive from services. If you need any sort of help. You know, if you essentially need a wheelchair because you can't walk long distances anymore or if...then we get these things provided for you. Or if you need refurbishment in your house, that will be paid for you.
00:05:46	S1	So, I suppose you can choose between benefits – cash benefit or services.
00:05:54	S2	It depends on what's suitable. What is deemed to be suitable for you I think.
00:05:58	S1	And normally this assessment...the assessment and the services, are they organised in the local area or regional government?
00:06:14	S2	Well in Germany because this is again...social care is again linked to the insurance fund but I'm not entirely sure how exactly that process works. You know how in Germany we have insurance funds. And they are organised on sort of like a regional...well on a regional level. And they will then have contracts with providers – with local providers and they will then say, "Well, you get this service from these people or you get this service from these people." So, it's sort of the...they are kind of locally but they are basically buying services from local providers.
00:06:53	S1	are they private? Or are they from charities?
00:07:00	S2	They don't really have that much of a charity sector in Germany. I mean they're probably non-profit...Well, yeah. I guess it's depends because with charities you also raise money for them in a way. You know that people go and you know, run for charities and raise money for it. Whereas you don't do that for a non-profit organisation. They still operate like companies but they don't have a...they don't work towards a profit. So, I think there's difference there
00:07:43	S1	private sector because they normally belong to the church, do you mean?
00:08:19	S2	No, I'm just saying that the difference what I think is...from my understanding and where I think the German system's different...for example, in Germany, we have like a care assessor's association. They wouldn't provide...they might provide services but this is different from the people who come to your home service and you know, help you cook your meals. That will be like a company that, you know, doesn't ask for money from people in general that doesn't go around [inaudible 00:08:44] but this company works through the payments they get from the providers but they are not aiming to create an overarching benefit from which they take profit. So that's I think where the difference is in terms of how they are structured. Because there are charities as well they're just not as important as they are in the UK.
00:09:09	S1	So, I suppose there are also companies...
00:09:43	S2	That's true but they have to be... so private anyone can buy private services and you can do that on top of what you get...you know if you feel like, "Oh I think I need your services and I can afford it." Then you can buy private services. But these private services will then have specific deals with the insurance funds in order to pay for it. So, there's a different deal and so they usually don't get as much money from the insurance funds but they probably get a lot of people from it. So, the insurance funds basically are there that you're not paying competitive price in a way, that you're not spending more than you necessarily have to. So that's the responsibility of the insurance fund because you're paying to this. You pay, you know, a proportion of your income but don't want anyone to pay more for the care of someone than you would necessarily do because they want to go to a private provider. So, there's that...the insurance funds kind of work like a [inaudible 00:10:35] so they have like a lot of power in a way. There are a lot of providers, if they don't like to deal with that provider [inaudible 00:10:43]. In that way, it's balancing the power of the provider [inaudible 00:10:49].
00:10:53	S1	And is this public or not? or private?
00:11:20	S2	It's sort of semi – semi-public, semi-private. So, there's private insurers. There's entirely private insurance but you have to earn more than €4,000 a month. Otherwise [inaudible 00:11:33] social health insurance so that means everyone has to be insured that even though the insurance funds, the sickness funds operate independently, they're still under scrutiny to the government but it's not owned by the government. So, there is a bit of distinction. Yeah.

00:11:56	S1	From the government?
00:12:11	S2	So, insurance funds because insurance is a very old system in Germany. So, who worked in, I don't know like for example in mines, so they have specific health risk, so, they would get together and say, "Okay. Well we pay in some money here. And if one of our miners gets injured, then you make sure that he gets supported and his family gets supported." And, so we have different insurances that support different...traditionally support different occupations. That has now changed a little bit and become much wider. So, it doesn't matter which occupation you have [inaudible 00:12:50] insurance funds but there are still a number of them yes. Though I don't know how many but there's still a lot of them. In a way you can pick what they offer which is most suitable for you or [inaudible 00:13:02] to a price that you think is fair. So, you have that choice but everyone has to be covered. So, you have to choose one of those and they can't just act independently. They can't just decide, "Okay. Well we change this. We're not going to do this anymore." Because the government and the other insurance funds kind of put pressure on them and there's the responsibility on them. So even though they're in a way private, they are still under scrutiny of everyone else. All these insurance funds can also [inaudible 00:13:33] even though they have the same name on it, you pay for it separately. And then you want the private health insurance which is different to the sort of state-based insurance. So, neither of them is really state it's not like the NHS in the UK but they are under scrutiny and they're quite closely overlooked. Basically, the government can't access what money they're paying for what. That's the other insurance funds. They usually cut deals and say, "Okay. We all cover this. We all cover this. We won't cover this. We need to pay for this extra," and sometimes they're a bit cheeky and say, "But we support you a bit more on this and we support you a bit more on this." So, you get that.
00:14:14	S1	Do people go to the institutional services?
00:14:38	S2	It depends on what you need.
00:14:45	S2	Yeah. I mean if you need some...if you need some support and you have no one else at home to support you then obviously you need to go to an institution. If there is some...if you...they try to keep you at home as long as possible and try to support you there but if it's not feasible anymore then you access care. Yeah. I think in Germany people are more...people are a little bit more like, "Okay. Well, this has to be now because otherwise we can't organise this anymore." I think people even though they're obviously emotional about going in to care homes, I think they're sort of seen more that they're maybe a necessity to do so. It's not so much like, "oh. Don't take me out of my home" in many cases. A lot of people sort of understand that this is now the time for them. And all the care homes are actually quite good. There's increasing numbers now of people who decide to sell their homes and buy themselves a little apartment in that sort of care facility so they still have their own homes but there is someone there to support them. So that would enable them to stay longer in their new home. And then there's other elderly people who live there as well so they can, you know, meet in the common room and have tea and coffee or whatever every now and then
00:16:15	S1	And they have to pay for it or not?
00:16:18	S2	It depends on...it really depends on what your income is. It depends on how you are insured. It depends on what you want. If the government says, "We will support this," and you say, "well, I want this, this and this" then you have to pay for it yourself but if you're happy with what you get and you have limited income you get more support than that.
00:16:37	S1	And, what do you think has happened in the last 10 years? Do you think that economic crisis has had an impact in the German system?
00:17:02	S2	Germany wasn't hit as badly by the financial crisis. Germany's doing quite well at the moment. So, I don't think they're under pressure as much and then also I think because there is election soon, and the elderly people still quite...they're quite important and a big majority so they wouldn't really tackle that but also in Germany. So even though there are sort of cost-effectiveness studies, they don't drive the system as much as they do in UK. If anyone thinks this is good and this is an important value and this is a common good, as long as the resources are not completely strict, they will really try to push that. So, I think there's a more generous system. There is more emphasis on social support.
00:19:16	S2	I don't think anyone minds paying this as a tax because everyone knows that they will be protected. I mean there's more of a generational question because at the moment, we're still okay because the baby boom sort of generation hasn't quite hit that aging yet. In my generation, we'll have to pay for, you know, people. And with the current system we won't be able to, there won't be anything left to us. So, the reforms are necessary. A lot is really happening there but that's more like looking in to the future. Currently, I think it's still working reasonably well and pensions are still very high and yes, I think pensions provide a comfortable life much more comfortable than in UK.
00:20:01	S1	Well, how could I do interviews with professionals, services and so on in Germany, how could I approach them?
00:20:39	S2	Well I would contact insurance funds probably. Who do you want to interview? Do you want to interview users or do you want to service providers? you could approach long-term care providers. Ask if they, you know, if their staff will be willing to give you an interview. Like you know, home care agencies, care homes, things like that. You could go through that ask whether some of their users would be willing to talk to you. And otherwise you could, you know, contact insurance companies, insurance funds, things like that. They usually have public people like who are. They all speak English though. So, in Germany the level of English is quite good. So, remember we get in touch with them they should probably be all right. But I don't think you'll find much information in English. You might try getting information in English on the German government website but other than that, no. No because it's just not...because it's not as, you know, the old people don't...we don't have...you'll probably find...you are more likely to find information in Italian and Turkish than in English because it just depends on who the population is. And the elderly population is just not speaking English and there's no need for it so that's why they don't translate things in to English. There's no point for them. What you could do is also look at German journals. So, journals like long-term care journals, they're not published in German. And I think they have indexed titles in English but the articles are in English but you might be able to contact some academics who work there who, you know, might be able to link you to someone or might suggest where you could find some information...
00:21:58	S1	OK, thank you very much...

Transcripció 8

00:01:06	S1	Could you please introduce yourself a little bit?
00:01:11	S2	Yes. Well, care and benefits, they're kind of separate in the UK, you know. There's some overlap, but in the main, they're not. So, I am what's called a benefits advisor, okay? So, if someone is ill or disabled or they're out of work or they might be in work and they need help with universal credits, so they're the benefits and the main administrators for the Department for Work and Pensions. Okay?
00:01:40	S1	For benefits?
00:01:41	S2	For benefits. Now, Care with a capital C and there's a Care Act, I don't deal with. I have very little to do with it, you know. And people who have knowledge of that tend to be social workers or people who work in the advocacy services, you know. And I get referrals from these people, but it's always about benefits.
00:02:03	S1	But the benefits are part of the system too, aren't they?
00:02:06	S2	It is, but the work around it tends to be separate, nearly always separate, you know.
00:02:14	S1	Do you mean that is not it following the same process in the evaluation?
00:02:21	S2	It's not...well there'd be different rules anyway. Yeah. There'd be different uh, conditions of entitlement. So...but in the main or care, most benefits advisors you'd meet...say, for example, Citizen's Advice Bureau. Have you heard of the Citizen's Advice Bureau in this country?
00:02:42	S1	No, I don't.
00:02:41	S2	They're a major advice organisation, you know. So, when they do benefits, they do the same thing that I do which is about someone applying for a benefit. They may be refused and I would do tribunal work. You know, I'd write a submission and, you know, prepare them for the appeal and that. Or they might look for calculations whereas Care is, in the main, nearly always run by the local authorities. So, you have the benefits in this country, the benefits system, in the main is administered by either England Revenue, Her Majesty's, Tax something or other. And then you have the Department for Work and Pensions. Care, as I think you might understand it, you know, when someone is very...yeah...okay...
00:03:24	S1	So, the main resources for people with care needs are services and benefits....
00:03:43	S2	Yeah. Money.
00:03:43	S1	Because...yeah. And the benefits normally are not paid by the municipalities for the councils. What is engaged with, in the municipalities are the services, but they buy the services by the civility or the benevolent people. But there is another part of this benefit and you have, for example, care allowance. Disability living allowance. They are for people with dependence. It's a part of the long-term care. And you have also...I don't know exactly, but, they are for clients, for people with disabilities and for people with dependency. There are three kinds.
00:04:48	S2	Yeah. This PIP is a new one, Personal Independence Payment and then there's a sickness benefit called Employment and Support Allowance.
00:04:55	S1	And are they for people with dependence or they are for ill people?
00:04:57	S2	Well...both. There's a difference between disability and illness.
00:05:05	S2	Yeah, but in the law in the benefit system, there's a difference as well. Not just in plain everyday English. So, for example, with most benefits that you receive the legacy benefits they call them, you can't work and claim benefits except in some situations. If you're on a disability benefit, like Disability Living Allowance or the PIP, you can actually work and claim that benefit because it's not about your capacity for work. Okay? So, the other benefits where you can work, there are some exceptions. It's a little bit complicated. So, you can claim Employment and Support Allowance or it used to be called Sickness Benefit, but you can't work because you'd invalidate the claim.
00:05:53	S2	However, there are exceptions and they called it Permitted Work. So, if you are on a Sickness Benefit, Permitted Work with a capital P and a capital W allows you or permits you to work even though the DWP, the Department for Work and Pensions, is saying that you're not fit for work. Do you see?
00:06:15	S1	And so, do you think that the benefits are not in the care system?
00:06:27	S2	Well, if they are, there's an overlap. You know, they're being overlapped, you know. So, you could have someone who is receiving, say, a direct payment from the local authority, you know, in place of a social worker. And you know, they'd possibly, more than likely, they'd be on the benefits I've just mentioned like Disability Benefits, you know. And there would be Personal Independence Payment or Disability Living Allowance. And they'd be on, if they're under pension age, they would be in receipt of Employment & Support Allowance
00:07:04	S1	Mm-hm. But you work here, in this centre, but the centre is for people with disabilities. And it's like a workshop centre or something like this, isn't it?
00:07:21	S2	Well, kind of. Yeah. There's a...that next door for example, it's a group. It's a knitting group. So, these are ill and disabled people next door here. So, they...we have various activities. So that's...so...
00:07:35	S1	It's like a daily centre?
00:07:38	S2	Not quite daily. The place isn't big enough. We're short of space here. It's a new building. We've only moved in here. But the idea would be we'd have more space so we could have more events, you know. So, but in general, if you're looking at the economic crisis, as you call it, in Care I can't comment on that except, I don't work with it, but I do know anecdotally. That's...
00:08:05	S1	So, about the part that you know the system, what do you think that have been the most significant changes in the last ten years?
00:08:44	S2	Well, the most significant change in benefits for people who are ill or disabled and they're in the Care system in some way has been what they call the Welfare Reform Bill. We've had two of them from Parliament.

00:09:07	S2	The last one was 2000 and...it's the Welfare Reform Act 2012 which has been amended two years ago to implement more cuts. They call it reform but they're cuts and they're quite severe. Substantial.
00:09:25	S1	Yeah. In which...
00:09:27	S2	Well, just all the benefits.
00:09:29	S1	All the benefits.
00:09:30	S2	Yes. So, for example, Disability Living Allowance no longer exists. Okay? So, if you're disabled now and you want to claim a Disability benefit, you would claim PIP, Personal Independence Payment.
00:09:42	S1	Yeah. Yeah. That's changed.
00:09:44	S2	But it's a much tougher benefit to get because they have changed the qualifying conditions.
00:09:51	S1	The accessibility and the criteria...
00:09:54	S2	The criteria have got more stringent. So...and the savings there are substantial. They run to billions, you know. And on top of the actual cut, what's also happened is that the PIP assessments [inaudible 00:10:12] applies for this benefit and they're assessed by a doctor or a nurse or a physiotherapist usually who've been contracted by the Department for Work and Pensions to do this work. These assessments are appalling. They're so bad. Appalling terrible, terrible! They're so bad that people who go to the tribunal to make an appeal and I do appeals, they're 70 percent success rate, 70 percent. Five percent would be too high. Two percent would be too high, but when you have a 70 percent success rate, it means that 70 percent of these assessments have been bad. And these are only the people who've applied to appeal the tribunal. Most people...a lot of them don't. They can't get help, you know. So that's a major, you know, so as well as the cut, you have a very bad assessment. And especially if someone...if they're physically tired and lack energy or they've a mental health problem, unless they get someone to help them, they just, you know...
00:11:16	S1	And for who are these kinds of benefits for? Are they for disability people that have been disabled all their life or, for instance, are for people who have an accident... What kind of people can access to them?
00:11:44	S2	Well, you could have a disability all your life; however, to avoid this breaking the leg scenario, okay? What they have are these qualifying periods. So, if you apply for a disability benefit like PIP or if you're a child, it would be a Disability Living Allowance, you have to have had the condition for three months, so let's say you did break a leg. Okay? Say you break a leg on the first of April. And you claim and the DWP people say have you had this condition for three months? And on top of that there's what they call a forward qualifying period which is nine months. So, the question is, you know, for the nine months forward, is this likely to last for the next nine months. Okay? Do you understand? So, it's a type of prognosis. That prognosis is carried out based on medical evidence or a decision maker deciding in that. But most people we see here, they tend to have chronic disability. You know, it's very rarely we get to meet someone who's had the accident and comes in because usually if they break a leg, it's not going to last a year. You know, so that's the answer to that, you know. But if they had broken their leg and other stuff and they got a prognosis that said 'this guy is going to get steadily worse', say he had spinal damage, that would be different, you know. So, they could then apply at least for this PIP if they're an adult, you know.
00:13:07	S1	Okay. But you know, I think that there is a specific organisation that claim and advocate, for all people. It seems that are different perspectives. Do you know what I mean? There is a kind of services that they attend, people that is not content with the services which are receiving from the municipalities. This is another service. I think it's a new service from the Care Act. This is for advocacy, don't know exactly the name, do you know it?
00:14:03	S2	Uh, well, I know under the Care Act...I know very little about it. Under the Care Act, local authorities or municipal authorities are obliged to put certain things in place to see that people who need care, that that care if provided by the local authority. And it does encompass some benefits as well, you know. So, there's a duty of care under the Care Act, you know. The problem with it, I hear, from what I hear is one of funding. So, its again, local authority funding has been squeezed in the last few years, you know. A lot of that is political. So, if you...usually if you have a conservative government in power in central government, you know, the House of Commons. Or if you have a conservative local authority say in Hammersmith and Fulham at the moment, it's labour. So...and they tend to be more generous to organisations like this, whereas a conservative local authority wouldn't be. They wouldn't give us anything. So that can't be you know...
00:15:09	S1	So, do you think, as you said, the access criteria have been one of the things that more has changed?
00:15:25	S2	Yeah. And that was deliberate to save money.
00:15:27	S1	Yeah. Yeah. To save money-...
00:15:28	S2	So, if you raise the bar, you raise the bar. You make the criteria tougher.
00:15:32	S1	Yeah. But it's one of the mechanisms...normal mechanism.
00:15:38	S2	Yeah. The Sickness Benefit is the same. ESA, that's changed.
00:15:42	S1	ESA. What is that?
00:15:44	S2	Employment and Support Allowance, they call it. And it's a new name. It's been around since 2008, 2009. It's a new name for Sickness Benefit. And there's been a major cut in that this year. Major one. From the 4th...6th of April. So, that was a substantial cut, this one, you know. And it's, again, the problems with that again are the assessment, you know. And if the out... it's a little bit tricky. It's not straightforward. If you become entitled to Employment and Support Allowance, they would put you in one of two groups. One of them is called the Work-Related Activity Group and if you're in that group, you're still obliged to be talking about work. They still accept you as ill. But they expect you to be looking in the papers. Not looking for work, but to be talking about work. You've heard of Job Seekers Allowance, have you?
00:16:44	S2	It's the benefit for people who are unemployed.
00:16:47	S2	Unemployed. They don't have any health problems or...they may have a disability, but they've no...they're fit for work in other words. So, under Job Seekers Allowance, these people are obliged to look for work, go out and look for work. In Employment and Support Allowance, they're ill, they're accepted. But if you're in a particular group

		called the Work-Related Activity Group you're expected to have some involvement on the edges, you know, like attend training maybe once a week or have a CV ready and all that stuff. Okay? And the other group is what they call a support group. This is what I call the super-sick, that you're so ill they don't expect you to do any of this work-related stuff. Possibly. But you're definitely too ill to work or to get involved in work related activity. What they've done with the Work-Related Activity Group which did have an additional £30 roughly, they've cut it this year. So, someone who was in that group, although they're still ill, they will get the same rate as someone on Job Seekers Allowance. Okay? Even though they're still ill. That's kind of a break with the welfare tradition, if you like, in this country. That whereby someone with illness is always recognized as needing more money, if you like. So, this change is quite a...it's a fundamental change to the thinking behind sickness benefit. They're saying 'here you are sick. You're in the Work-Related Activity Group, but we're not giving you this extra money.' Do you see? Whereas they give you the extra money if you're in the Support Group, if you're very sick. There's a sick and there's a very sick. So, if you're just sick, they won't give you the extra money. They cut that. If you're very sick, the Support Group, they'll give you the extra money.
00:18:32	S1	And why do think is this? It's a little bit arbitrary or what...?
00:18:40	S2	Yes. It's quite arbitrary. I've heard the explanation for it, but it doesn't make sense. It was the politics. It was the politicians' explanation for it which never makes sense anyway. They just want to cut it. And they get the statement out of the way and they don't care how rubbish it sounds and it doesn't matter how many people campaign against it, they just go through with it, you know, especially if they're the majority, you know. So...
00:19:02	S1	So, the access to the system provision has been cut absolutely.... Ans could you more or less put the dates in this kind of evolution? from 2012 maybe?
00:19:43	S2	I think it was '11 or '12. Yeah.
00:19:45	S2	It's around that time. 2011, '12.
00:19:50	S2	Welfare reform.
00:19:51	S1	But what were the changes in 2008? they didn't cut anything or...
00:20:02	S2	Well, they changed. In 2008, they introduced Employment and Support Allowance in place of the old Incapacity Benefit. They changed the name, but they slightly changed the rules. But a couple of years after 2008, they made a major change to the rules, from what I can gather, from what I can remember, you know. But it's steadily...down the years, since the time of the recession, 2008 and the banking collapse things have got much worse and that's reflected actually in a very concrete way. So, for example, what happens as a result of one of the things that they've done with welfare reform is to constantly test people every year. Okay? So, you could have someone with a chronic physical problem, you know, where there's no sign of it improving. The main problems we have here are people with chronic mental health problems. So up to about 2008, 2009, I might see someone who had a diagnosis of some psychosis or schizophrenia once every five years maybe. Now, they're tested the whole time. Okay? And these people are being failed and found fit for work because of the poor assessments. And the distress levels and, so I now get referrals from psychiatrists and GP's and there's a GP in this area and he's leaving it soon who's also a researcher in Imperial College. And he wanted me to get involved a couple of years ago in some work he was doing. I just didn't have time. And the work he was involved with was the effects of the benefits system on the health of his patients. He was researching that in front of an academic, you know, but I mean, common sense and anyone will tell you if you're suddenly got to have your income taken away, you're not going to be happy. You know, so if you have a mental health problem, it sends people over the top, you know. It has a major effect on their mental health.
00:22:03	S1	The system should be absolutely awful for people with mental health, it's a very competitive system in terms of jobs or labour market, I think. And yeah and in a sense, in the systems, it looks always, the win, win, the effectiveness, you know. And they are not interested in...
00:22:44	S2	Uh, the other...what's interesting about an understanding of mental health...and I don't. I'm only a layperson. But what becomes clear in the last few years is that when someone presents for an assessment of a mental health problem and especially around the ESA, the Work Capability Assessment, to see if you're fit for work. What's never considered is the triggers that a workplace can cause, you know, the stress in a workplace. You know, so if you have someone with...who has high anxiety, a genuine...not the normal anxiety that I might experience or you might experience...you know, because I get anxious every day over something or other, but I'm talking about a mental health disorder, you know, where you have an anxiety disorder, you know. What's missed out on these assessments is that there are people on benefits...and if they're getting the money, they're fine, you know. Give them a stressful trigger, anything tiny and we've had it here with volunteers and they collapse. It's amazing what will trigger. It's the smallest thing. You know, so unless someone is very experienced in assessing mental health applicants, they're going to miss that. They just seem fine and they're calm and they are. Lots of them now are not, because once they get an application form in now, they're (choking sound), you know. As you know, the workplace can be quite stressful.
00:24:13	S2	We all have problems, you know. So, can you imagine someone with a mental health problem, it really, it's just that and they're gone, you know. And, so that's not factored in the main, it's not. In these main capability assessments. There is a piece of one of two of the regulations around that it's called Substantial Risk but it's a kind of a judgment and an assessment and it's not always assessed. This idea of risk in the workplace is not always carried out by the DWP, the Department for Work and Pensions, you see.
00:24:46	S1	Yeah.
00:24:46	S2	It's only when you go to a tribunal. So, if I write a submission for someone, mental health problem, I will ask the judge to look at this idea of Substantial Risk in the workplace. Are they likely to be at risk? And a lot...half the cases I have here that are won in that Substantial Risk argument, you know. [Inaudible 00:25:04] that unless there's someone sitting in front of them who has this diagnosis and they know with chatting with them five minutes that, you know, they know by their demeanour, you know.
00:25:14	S1	Yeah. Yeah. Absolutely.
00:25:15	S2	So, you know you don't have to be a doctor to...

00:25:17	S2	So, um, so that's, anyway, that's another aspect of it. Sorry. Go ahead.
00:25:22	S1	No. It is fine. So, Tom, finally, what factors do you think are displaying these changes, the cuts? Do you think that the cuts could be explained through the economic crises, citizen pressures...? I suppose do you know that in 2014, the Care Act was up here with a lot of more rights. For instance, the carers have a new right because they can be assessed.
00:26:23	S2	Mm. Yes.
00:26:25	S1	And all people have to be assessed. All the people...
00:26:31	S2	I didn't know that. No.
00:26:32	S1	Yeah.
00:26:32	S2	Uh, when we finish here, I...I know someone who does know about the Care Act here. If she's free, I'll get her to chat.
00:26:40	S1	Oh, perfect.
00:26:41	S2	Because she works in the advocacy section so I'll see if she's free for ten minutes or so. I'll get her to chat to you. That might be...she might be better help than me.
00:26:49	S1	Okay. Or I can arrange an appointment another day...if...if...
00:26:52	S2	Yeah. Okay. Sure. Yeah.
00:26:52	S1	I can arrange for another day. I live here...two minutes.
00:26:56	S2	Oh yeah. John was telling me about it. Yeah, John was saying you live around the corner.
00:26:59	S1	Yeah. Yeah.
00:26:59	S2	That's really great.
00:27:11	S1	So...so just two minutes. So...yeah.
00:27:13	S2	So, do you request an explanation for the cuts?
00:27:15	S1	The explanation. How do you explain them? What the explanation are? What do you think...?
00:27:22	S2	Well, everyone will have a different explanation, you know, but quite clearly...in my view, quite clearly, I mean there's, so again, it's back to the politics in this country, you know. You've got the Conservative Party and the Labour Party, especially now under Corbyn, for example. There's no way these cuts would have gone through under Corbyn, okay? So, it's a mixture of ideology, okay? But it's...the ideology was used, you know, it is an ideology, but it was used really to justify these cuts, you know, especially to...and the right-wing press helped it along. And the justification is this, that people who claim benefits are waste...they're wasters. They're not...they're hiding behind curtains. That went on for years. Up to two years ago when the language changed because everyone started complaining that people being referred to, you know, who are...you know. But more importantly, besides the ideology and this always happens under a conservative government. The group these cuts are directed at, the group of people it affects, are the most vulnerable. They have no voice. They do not know how to complain. Even though they [inaudible 00:28:34]. A few of them may have parents and family who are articulate, who are professionals and educators, and they do, but they're tiny. In the main, they're targeting a group of people who don't fight back. And they get away with it. You have a right-wing press supporting it. So, if you're really looking to save money, I can't think of a better way to do it than to attack people who don't fight back. And that's why I think they did it, you know. You know, so for example, pensions weren't touched in the last few years, this triple lock, because of the vote. You know, most pensioners who have good private pensions, they tend to have good professional careers, for example. You know and these people vote Tory. They vote conservative, you know. And on and on, you know. So, it's just an easy cut to make, you know.
00:29:31	S1	Mm. Do you think the more explanatory factor is political decisions?
00:29:40	S2	Well, they're all political. All these decisions.
00:29:42	S1	All political?
00:29:42	S2	Every decision. Nothing changes unless it can change in the House of Commons. So, I've been on...I used to be involved with some other organizations that were campaigning stuff and I used to write bits for them, but I couldn't see eye to eye with them because I told them unless you get the Labour Party, who were in opposition at the time, on board with this we're going nowhere, you know. And the Labour Party at the time actually abstained. They didn't oppose it, the last welfare reform. They actually abstained from voting, you know. It's ridiculous. They're supposed to be left-wing party. It wouldn't happen now under Corbyn, you know. So, if you don't even have the opposition on board...on board, you know...
00:30:25	S1	A strong opposition, do you mean?
00:30:33	S2	Yeah. But they did nothing, you know.
00:30:34	S1	Yeah.
00:30:35	S2	And Labour traditionally were the...were really the party of, you know, the poor and the vulnerable and all that stuff, you know. But they abstained whereas the Lib Dems, the Scottish Nationalists Party, the Green Party, opposed it. They opposed, you know, they voted against it. So...and that's a problem. But that's changed under Corbyn, maybe, you know.
00:30:53	S1	Mm.
00:30:53	S2	But it is politics, you know. There's nothing else. So, I had...last year or two years ago, I had...do you know what Whitehall is?
00:31:01	S1	No. I don't
00:31:02	S2	It's the government administration. It's right beside the House of Commons. It's where all the top civil servants go [inaudible 00:31:07]. So, I had a group of guys here two years ago and they were talking about these changes. And

		they asked me my opinion about these bad assessments, you know. So, I said to them, the only way you can change the bad assessments is by making doctors...these doctors and nurses and physiotherapists accountable. Because they write and do what they like, because it suits the government for them to fail as many people as possible. If they were genuinely interested in giving someone a fair assessment, you know, they should be made to appear before a judge, a tribunal judge, to explain why they gave someone zero points, why they failed them. And that would change the culture within it because a lot of these judges are quite short-tempered and cross and cranky, bad tempered people if they're messed about, you know.
00:31:56	S2	Yes. So, if you have a doctor or nurse sitting in front of a judge trying to explain why they gave someone who can hardly walk no points and failed them that would change. I can assure you, you know.
00:32:07	S1	Yeah.
00:32:08	S2	And there wasn't...I've...I've checked with other organisations whether it's possible to subpoena a doctor and they said it's a big rigmarole. There's the political thing.
00:32:17	S2	If the politics that...if they were interested, they would have put into that contract, these doctors and nurses must be put on guard that any decision they make may be tested...they may be asked to appear before a tribunal appeal. And I can tell you that would sort the whole thing out. It would...because there's the accountability. You know, or [inaudible 00:32:35] and they'd save themselves a lot of money too. They've already made the cuts. We have to live with them. But we're having to deal with bad assessments on top of it from people who are not accountable to anyone. And they treat people like crap. They treat them awfully, you know. So that's my... Opinion.
00:32:52	S2	...soapbox.
00:32:53	S1	Okay. Thank you very much.
00:32:55	S2	I'll get...Tina's her name. Yeah, it was nice chatting with you.
00:32:58	S1	Okay. Thank you.
00:32:59	S2	I'll just I'll see if Tina is free.
00:33:02	S1	Okay.
00:33:02	S2	She can chat to you about the Care Act.
00:33:03	S1	Okay.
00:33:04	S2	Okay.
00:33:04	S1	Perfect. Thank you.
00:33:05	S2	Bye-bye. Nice chatting with you.
00:33:07	S1	Bye-bye.

Transcripció 9

00:01:35	S1	Could you please introduce yourself?
00:01:40	S2	The first thing is, this team itself is made up of social workers, and what we call social cares assessors, they're not trained. They do a similar role, but they are not trained as social workers. The referrals that we take are referrals from anybody who is over eighteen plus, so we are an adult team and we cover adults with old age, adults with learning disabilities, but fairly straightforward ones we have got a complex learning disability team that just deal with the really complex cases. So, we do support and assess people with learning disabilities, but it's not that complicated, and then also people with physical disabilities as well. So that is the group of people that we support. Also, the newest legislation they've brought in about careers, as well, and the fact everybody is entitled to an assessment.
00:01:52	S1	So, the majority people that you are attending are people with learning disabilities?
00:01:58	S2	No, the majority of people are older people with dementia or frail because of their age, and you know, so that encompasses some elements of mobility issues but people with physical disabilities are often younger people with, you know, with physical disabilities but not dementia, and not retired, so, but I would say that the majority people are older people who have retired. They maybe frail or they may have some dementia.
00:04:57	S1	what kind of services and benefits are provided to the users by this service?
00:05:06	S2	Services, we look at services, we've got the Care Act which is our most recent legislation, and that from 2015 is looking at preventive work that is keeping people at home longer and maintaining their independence, so a lot of our services are around split into three, really, so preventative work, so, somebody has been identified that they've got maybe a long-term health need and we need to put services in place to keep them at home, so, that might be telecare, and that's monitors and sensors, it might be providing people with links into the community, so lots of community groups to keep people motivated, to make links with there, with other people in the community, so they are not isolated, lots of career support groups, so that, you know, support groups within the community. So low levels needs we put lots of services in place early on, then at the point that they need and assessment, but are still able to stay at home, then we put services in place to meet their needs at home, so that might be care providers going into the house helping with personal care, helping with meals, helping to maintain the house, it might be, yeah, home some services, or might be going into the community and looking a day center, so activities in the community, and that's all about supporting people at home, if you're looking at careers, careers might be doing the personal care in the day to day and then we need to put maybe respite or short stay services in place to maintain the career's wellbeing. So, wellbeing throughout is a theme throughout the Care Act. So, there's that service to keep people at home and then if people can't stay at home, then we look the next stage, which might be long-term care homes, so we have different types of care homes: residential homes, residential dementia, nursing and nursing dementia. So those are the homes, that if you have been through all of this and you've had a care package at home, but your needs are getting too high to be kept at home then that is when you go down those routes.
00:05:44	S1	But are they considered social or health services?

00:05:51	S2	Well, there is a whole remix, we have a continuing health care service, so where it's identified that somebody has the majority of their needs are health needs, so not personal care, but health needs, then they are assessed separately by health, and if they are awarded health needs then their care goes over to health. If somebody it is not fully funded by health, under continuing health care, so, that's where they've had an assessment meeting, and their needs are determined to be primarily a health care need then they are funded by health. If they're not, they are just a social care need, with a small bit of nursing, then the health pays a small bit every week to the nursing homes, but only the nursing homes, not residential homes, because the residential homes access district nurses, community nurses going to residential homes, nursing homes have a nurse on duty all the time. So, they are a mix.
00:06:14	S1	And what are the difference between short and long-stay?
00:06:17	S2	Short stay, for us, might be career breakdown or they need a break, and then they carry on caring at home, so that is a short stay, or we might say somebody is a short stay, if they need, if they are struggling at home and there has been a crisis, then we might put somebody into short stay, and then make the decisions about long term, it just gives that little bit more time. That person is safe and then we can do all the assessments, incapacities, assessments about long term care, and that is when it's, sort of, you know, the decisions will be make about long term care.
00:06:32	S1	How is the attention process and how is the eligibility assessment carried out?
00:07:11	S2	So, we've got the Care Act now, so the Care Act came into play, prior to that we had about loads of different bits of legislation that have been amended, and then something else came in and something else came in, so what they did was put all that together and came up with the care act, so we've got the Care Act now that has been in place since 2014 on the document but is introduced in 2015, so it has been in place for a couple of years now. So, wellbeing is a big issue in the care act, and that is quite, what's the word, it's quite fluid, wellbeing, as a concept, so there is a bit for local authorities to interpret that, and the care act leaves a bit loose really, so it quite often says, you know, it is at the discretion of the local authorities as to whether they provide a service or not, there is clearly some elements, when you know, it's broken down into different categories and if you meet two or more of those categories you are eligible for services. You can get a referral in from anywhere really, it could be from the person themselves, from another professional, a doctor or a visiting nurse, a friend or family, or, you know, or hospital, so we get referrals in from lots of different places. Under the care act people, everybody is entitled to an assessment. Full cost people might not have, you know, people that had savings or something like that, they might not have had an assessment or maybe they just had a verbal assessment, so everybody is entitled to an assessment now. It can be proportionated, so it might be that you know, an occupational therapist goes out and does an assessment or it might be a telephone assessment, you know, but people are entitled to assessments and from there, so we do, we take the referral, and we look at all the information and we then sort of grade that referral because we have waiting list, so we have to grade the referral. So, you've either got a priority one which means that somebody has to go out and to see that person, they're in crisis, they need to be seen straightaway or within a couple of days, then you have got all the others referrals that can wait, so sometimes referrals are taking three weeks to be looked at, and to be allocated to a worker. That worker then goes out, makes contact, completes an assessment on the system and at the end of it they deem that person eligible for a service or not. If they are not eligible, so they don't have needs that meet the criteria we will try and signpost them, so we will try and make sure they have information about services that are in their community, so we do that, so if people are eligible needs, then we look at care providers or care packages in the community. So, somebody would be assessed, they are all assessed, if they are eligible, we move on putting the services in place, if they are not eligible, we make sure that they are aware of what services there are in the community that they can pay for. I am talking about, so we've got assessment, so then that would be not eligible, so when they are not eligible, then we let them see the services that are in the community. If they are eligible, you make a plan, now these could be people that are private or not, so, if they are eligible they can choose to have their care needs met privately and we close it down or they can choose to come through us, social services, and we will charge them full rate for their care, but if they've got not savings, then we say they are an assessed charge, and we charge them after the assessment what they can afford to pay. So, if they are eligible, they can still come through us, they can go privately, pay for it all themselves, or they can come through us, if they are not eligible. If they are not eligible, then we just let them know what's out there and they make their own arrangements, but they still have an assessment.
00:08:38	S1	What about the personal budget?
00:08:47	S2	If somebody has savings over 23,000 pounds a year, and they are private then they can't have a direct payment or a budget because they have savings. They can still have their services through us, but we will charge them the full amount. If their savings are under that, then they can have a direct payment, where we give them some money, and they purchase their own care, or they can come through us and we will, the care provider will invoice us, and we pay the care. They also have what is called the client contribution, so we do a financial assessment and we look at what they got coming and we look at what they got going out for paying bills and things, and then the bit that is left and over, we say right you can contribute that much to your care, so that is the financial assessment side of things. So, say a care package cost 100 pounds, the local authority pays 75 pounds and the financial assessment says that the person can pay 25 pounds, so together, the 100 pounds is the cost of the care, but it is made up of the client contribution and the social contribution. All the providers are agencies, there are two ways: people receive the money and pay themselves or they come through us and the provider, the care provider, invoices us and we pay, so, there are two different ways, and people choose which one they want, or if they lack of capacity, and there is nobody to do it, then it has to come through us.
00:09:13	S1	So, the law has changed the top from 23.000 to 27.000, hasn't it?
00:09:35	S2	Yes, but it hasn't been implemented. The care act came in two parts, so the first part was about the assessment, and wellbeing, and the second part was about the financial, the care accounts and the threshold was going to go up and all that but that's not coming, and there has been no more said about it, so, I don't know. I think it is a few years away, if it ever comes in, I am not sure.
	s1	how long takes to complete the assessment?
		They get a copy of their assessment and that's it, if they are eligible or not in their assessment. The length of the process takes, well, it depends on how complex it is, sometimes you can do it in one visit and get all the information, but

		sometimes, if they are not willing to engage or if they lack capacity it might takes two or three visits to get to know that person. It's supposed to be done within 28 days, but sometimes it can take longer because that person has communication problems, or you know, or they lack capacity and you try to get them on a good day. I think the process has got longer, sometimes, it may take months before it's allocated and some of the local authorities might, they might be cut further. We at the moment here, we can be usually three weeks depending on how serious it is, or sometimes a couple of months if it's low level, you know, they are not a priority. We get to them, when we get to them.
00:12:56	S1	in the case, when the person needs to go a residential home, what happen?
00:13:03	S2	There is an assessment and then we have a community care board, that everything goes through. Care packages at home, residential, nursing homes, everything goes to the community care board and that is where it's looked at. So, we do our assessment, make the recommendations and then it goes over to the board who looks at that and make sure that is happy with everything and then it gets agreed.
00:15:02	S1	Do you know exactly what have been the most significant changes in the LTC system in the last decade?
00:15:25	S2	To start with, I don't think the assessment process itself has been affected by the economic climate, because the assessments have been more affected by the care act, and the changes in the care act have changed the assessment itself. So that is that. The changes within the teams maybe the people aren't being replaced as quickly, so that then, you know, if somebody leaves. I don't think the economic crisis has affected us that way, I think it's more from 2008, I think, you know, I don't think we felt the effects of it then, I think we are feeling it now, because now the budgets for social services are smaller, as we've got to make savings, you know, we have got to save millions this year, millions next year. You know, we're getting less money, we have got to make savings but people are getting older. I don't think we felt it in 2008, I think we are feeling it in the last couple of years now, you know, does that make sense? I think it took a while to filter through, so we have got to make savings, the whole local authorities got to make savings. Perhaps people aren't being replaced as quickly, the workers, yeah, so that, slows things up. The effect is now, I don't think we felt it in 2008 I think we are feeling it now, you know, but not then, so, you know, maybe the last three, four years or something like that. That is when we've started to feel you got to make savings, you know, services are being cut. So, I think it's more recent years rather than at the beginning. In the financial assessment, my understanding is that things have only changed slightly, so some things that were allowed a few years ago are not allowed now, and then, people's benefits, so disability living allowance, mobility, we take more of that money, you know, so, the charges might be higher, slightly, not massively but I think that has changed. I think the costs of services are rising. What we're finding is that the care homes cost a lot of more than we are willing to pay, so we pay say 430 pounds but cares homes charge 800, so there are more third-party top ups that family have to pay or we have to pay a bigger rate. You know, so, that seems to be a big change now, there are not many homes that pay our rate, all of them tend to be higher.
00:17:00	S1	And has it been the same along the time, why?
00:17:02	S2	I think it is slightly worse, slightly longer waiting time now because of the lack of staff, we have had a new system come in, we also got to go to care boards, you know, to get approval for anything we want to put in. So, the system's in place to guard what we are giving, in a way, so it's that sort of system in place, and then just the amount staff that is needed that we haven't got. And there are more people asking for assessments now under the Care Act. So, the referrals have increased, the people have decreased, so therefore you're waiting longer.
00:17:48	S1	Changes in the criteria?
00:17:51	S2	It is the same criteria. Sometimes there are deficits, so we might say pay ten pounds an hour, but the service themselves is charging twelve pounds an hour. So, sometimes, if we got all the services but the family want that then they have to pay the difference. Sometimes if we can't get a service we have to pay the difference, because we have nobody else to go to, so it's changeable, really, you know, it depends on the circumstances as to whether we pay more, or if the family is choosing a more expensive service and we have got an alternative the family have to pay or the person themselves have to pay the difference because they want a different service.
00:20:48	S1	Are the people going into the system reduced?
00:21:03	S2	No, anything, it's increasing because the Care Act, is very set criteria but it's also introduced careers, who have a right to an assessment and a right to a service, whereas previously careers could only have a service if the person who is not having anything and now that is different. So, the career is entitled to a service, and the cared for person is still entitled to a service so it's actually increasing.
00:21:22	S1	What do you think about the externalizations of the services?
00:21:38	S2	Here, we don't have any care services provider in people owns homes, so that's all gone to private agencies. We don't have any care homes, now, so that's all private agencies, but that's been happening over time. So, what we have now is reablement, so that is where a service goes in short term, tries to see what that person can do for themselves and then we put care in, after they've done their bit, so we have rehabilitation type stuff but other than that it's all private. Previously we had some services, we just to have short stay respite care homes, we used to have careers that provided care, maybe, 15 years ago.
00:25:41	S1	Do you think has there been a change of philosophy and principles of the system?
00:26:02	S2	Yes, everybody has a right to an assessment, and you've got a wellbeing team all the way through the Care Act for individuals and careers. These teams have all been in place. So, social workers, social care assessors were not qualified but they do a very similar job. The teams have been in place for a long time.
00:27:28	S1	Impact for the users
00:27:42	S2	Because all the services are private there is a conflict in between a good service and making a profit, so sometimes services will end because they are not making enough money. So that, I think is an impact because we don't have services as such, so I think that is an impact. There are no public services. And also, in rural areas, so countryside areas, you can't get many providers because is not profitable for them, so that is a struggle as well. Whereas previously when we had our owns provider, we knew they would always go into there because there weren't a profit making, they were just the local authorities' provider, that's the difference.
00:28:09	S1	What do you think are the explanatory factors for these changes?
00:28:33	S2	I think legislation, the Care Act for us, but then I think a small portion of the economic crisis because it has affected it

		us, so, that we are not getting as much money in to provide services. So, its, I feel more the Care Act but some economical money decisions. So, maybe, I think, 60% CA, 40% money. But the money coming from government to the local authorities is reducing and we have also got to make savings, every local authority has got to make savings, millions every year. So that has to come from somewhere, so maybe libraries are going or leisure centers are going to try and keep care in place so they are making decisions about what stay and what goes.
00:30:33	S1	WHY DO YOU THINK THE CARE ACT HAS BEEN IMPLEMENTED NOW??
00:30:43	S2	We've now got community care board, where everything goes to them, and that is new from this year, so they are looking at the assessment, they are looking at the support that you are asking for, and then decides about whether can be ahead or not, and that's about consistency from everybody, but there is an element in there of getting the best value, money wise. The community board weren't there before, it is new from, introduced in November last year.
00:31:33	S1	Why do you think the CA has been implemented now, it has been because of politician, increasing needs?
00:32:03	S2	We got a community care board that came into place November, and I think that is about money and watching what people are spending and making sure that it's appropriate. So, you have an assessment, you take it to the board and they say yes or no. And I think that is directly a result of the economic crisis, the Care Act is just something separate. What we got now, because we have no money, we have a community care board, so it's a panel of people that look the assessment and say yes or no to the care. That is new. The reasons for the board are for consistency in how everyone writes the assessments but I think is underlying that is checking that we are getting the best, we're not overspending, control the money effectively.

Transcripció 10

00:00:33	S1	Could you please introduce yourself?
00:00:36	S2	So, I am the manager of the advocacy service in this organisation. I've been working in advocacy since 2009, however many years that is. Seven, nearly eight years. We are a small team. We started off with three advocates and myself managing, and we're now one advocate and me.
00:01:08	S2	The other person, the other advocate works four days a week, I work five days a week.
00:01:14	S1	So, you are lawyers, aren't you?
00:01:16	S2	No, not legal advocates. No, we're independent advocates.
00:01:21	S1	Can you say a little bit more?
00:01:23	S2	Advocacy has been set up as a result of disabled people saying that they needed support to be heard by authorities and commissioners and the like because if the people are being told what they should have in their lives rather than being asked what they need in their lives. And so, the role of the advocate is to ensure that the person's voice is heard when any decisions are being made about them, that their opinions are put forward, their wishes are put forward. And the advocate's role is not to advise, not to judge, to listen to what the person wants, help them to find out what their options are. And once they're fully informed, they make the decision. We don't influence it and even if we think they've made a bad decision, we still support them to be heard, because it's their life and their right and it's not our place to tell them what's good for them or not.
00:02:23	S1	with mental capacity or just physical disabilities?
00:02:27	S2	No. It's a whole range. It can be learning difficulties, it can be mental health. It can be sensory impairment. It's across all disabilities. We don't just work with physical disabilities. But our approach is that most people have capacity to know what they want. They might not be easily able to tell you, but as an advocate, it's your job to do your absolute best to find out what that person wants. And if they're not able to tell you because they can't communicate verbally, then, we use other methods to...
00:03:05	S2	So, it could be pictures, it could observation, watching what they appear to enjoy or not enjoy. Speaking to family, friends, professionals, gathering information to find out what this person historically has said in their life as they would and doing their very best. It's important. And then, going to whatever the authority is or decision makers. And ensuring that people get what they're entitled to and they get proper explanations of why decisions have been made and they feel that they've had a part in what's happening to them rather than being told.
00:03:48	S1	And this kind of help, these kinds of services or just like a volunteer service or it takes obligation from the law, for example.
00:04:14	S2	All right. Well, we don't provide advocacy in any kind of legal proceedings.
00:04:20	S1	The Care Act talk about the advocacy of the...
00:04:25	S2	Yes.
00:04:26	S1	No.
00:04:26	S2	So, I mean, we support people. Say, for example, one of my cases could be a mum with learning difficulty whose child is going through care proceedings. So, we've got to support the parent in court and perhaps in meetings with solicitors and parenting assessments. But we don't give legal advice. That's the difference. We don't give any advice.
00:04:52	S1	No. I understand. Maybe I didn't explain myself properly.
00:04:56	S2	There is a legal duty to provide advocacy.
00:05:00	S1	Yeah, not legal advocacy but a support...
00:05:03	S2	That's right.
00:05:03	S1	It's a kind of support.

00:05:05	S2	Absolutely. Until the Care Act, there was no legal duty to provide. Since the Care Act, there is now a legal duty on all local authorities to ensure residents have access to an advocacy service, but only in specific circumstances. And the local authority here has a much broader view. So, they fund our advocacy service here. And we take on a broader range of clients. So, we're not just restricted to the legal duty. We can also support other people in other situations.
00:05:54	S1	What kind of services are provided and what is the structure of the long-term care system?
00:06:04	S2	Okay. So, people might start off without being in their own home and needing some support with their day-to-day care. They may have a deteriorating condition and as things progress, we would support them to get more hours of care package. Eventually, it may come to the point where the person is no longer able to live in their own home because of risk. Or it may even be that they feel isolated and would prefer to live in a residential setting. So, there are then a range of settings that people can move into. So, with the sheltered housing scheme, people are still independent, but there is a warden system and alarm system and so forth. So, the people aren't totally just left to their own devices. Someone will check in on them periodically. It used to be that there is a live-in warden in every scheme, which was excellent. Unfortunately, that's now gone. And one warden may have to cover maybe three sites. So, they don't have the same relationship with the residents any longer. Lots of community activities that used to take place within the scheme don't seem to happen so much anymore.
00:07:23	S1	So, do you think this kind of supports are inside of the umbrella of the long-term care system?
00:07:31	S2	In theory it is.
00:07:32	S1	In theory. There is another structure parallel to...
00:07:38	S2	Yes. There is supposed to be something called social inclusion whereby people are supported to be part of their community and not become isolated. But that can be quite tricky, especially for people who are fairly severely impaired or elderly. It can be a bit too much for them. And so, organise things that are just around where they're living is much better. When you move on to a care home, which might be where someone has low level need of care, but they need care every day. It might be early stage dementia, things like that. there are activities provided. And it's much more of a communal setting. But even then, in a load of places, what we see is that people are sitting and watching television all day. And there are some activities going on but there aren't enough staff to really get everybody involved or to do what individuals want to do. So, they're kind of given this group thing and they might not suit everybody. And that can be quite isolating in itself. And then, from there, it just happened with one of my clients, he's just moved from one of those extra care homes to a nursing centre because his care needs have now deteriorated to the point where he needs a more substantial level of care. And so, we're just settling him in there at the minute. And he is struggling. He doesn't have any family and he doesn't have anyone to really visit. He's 91 so it's quite a big thing for him, you know, to have to deal with that. So, again, it's one of the things that I want to be a familiar face to him for the time. Our cases aren't open-ended. We eventually do have to close them. But because our local authority is very supportive of disabled people, they do give us quite a bit of autonomy in terms of what we feel the person needs. It's not very strict. Oh, you have to finish a case within 24 contacts or something like that. At one point, that was being mooted as a potential future in order to make the most of the service. But they've decided not to go down that route, and I'm very pleased. So, a lot of it is left to our own discretion. So, with some people, they don't need that much support once their issue is resolved with someone like this client I'm talking about. Even though I've helped him with the move, which was my original reason for seeing him, I don't want to just leave him now that he's moved, because I am the one person that's familiar from where he lived to where he is now. And so, I would continue visiting him, even it's only for 20 minutes or so, every couple of days until he's settled in.
00:10:42	S1	While you are talking, I was thinking in the same similar organisations in Spain. They are...they have not advocacy. They are tutor, tutor? Tutoring associations
00:11:08	S2	Oh, okay.
00:11:10	S1	And what they do is, for example, when one person hasn't any family or social support or maybe is mentally disabled, you have to ask for a judge. And then, the judge decides what kind of association to support them. You know what I mean? And they do everything for this person, for example, I don't know, if they need to go to a nursing home, they arrange everything. Or, maybe, if they can still stay at home, they visit them regularly.
00:12:12	S2	I mean, here the social services would have that responsibility, obviously. But often, people feel that their social services are more worried about the budgets than they are about the individuals and they're trying to watch... I mean, yes. We do understand there have been so many cuts. It's not anyone's fault.
00:12:39	S1	They are not part of the government. They're separated. They are association.
00:12:44	S2	But are they funded by the government?
00:12:45	S1	Yes, they are funded by the government and they work by the government. But they are independent associations. And what they do is take a look and take care for the person that is in needed of care.
00:13:02	S2	This organisation does exactly that. We have people like Tom, who you met, who helps people with their finances. We have someone else who helps with employment with things like learning to use computers. A whole range of stuff. We do all of that. But we're not completely funded by the local authority. Some funding comes from trust making bodies and big charities and things like that. So, I might get a referral for one person, and then, after meeting them, I realise that they might need three or four other things. If it's something that we can provide here, then, I'll pass that on to my colleagues and they will take that up as well. If it's not something that we provide here, then, I'll find another organisation and get them involved as well.
00:13:54	S1	So, move on to the second part. What changes do you think, have been implemented in the system since the economic crisis started?
00:14:51	S2	Well, I think it's all the cuts to services, basically, is the main thing that's happened. That is, it, cuts to everything. In the past, a person would have an allocated social worker who would be able to see them through their whole journey and make sure, you know, be a contact for the person if they had an issue and they would be on their case.

		Now, you don't get an allocated social worker long term any longer in the UK, yes. Well, certainly in England I (Overlapping Conversation).
00:15:30	S2	Social worker.
00:15:32	S2	It's only for an issue. So, they're issue based. So, say for example, my client that has just moved from one care home to a nursing home, a social worker became involved because there needed to be in order to facilitate support. And also, basically, to persuade the gentleman that he needed to move because he didn't want to move. And that's why I got involved to make sure that he was being heard. But it was in his best interest, absolutely. He wasn't in the right place any longer. And he did come to see that, and he did agree to move. So, now that the move has happened, the social worker is kind of gone again. He's not responsible for this person. And it might be for the next few days I can call the social worker and say, "He's not settling in and can you do this or that?" But then, he'll be gone. Then, if another issue crops up, he might get the same social worker, he might get a different social worker. He might have to wait quite a while to get a social worker. People find that hard. It's much easier for them if it's the same person. They know who to call. They know how they're going to be received and there's a relationship formed. I think that's a huge loss. (Overlapping Conversation). There are so many things that I could talk about the changes that have come in. good changes as well as not so good. I think the fact that advocacy is now a legal duty is a really good thing, not just because I'm an advocate, but because I've seen what can happen to people when they aren't supported to be heard. And the effect it can have on their lives. That's been one of the really good changes.
00:17:25	S1	Do you mean in the sense of the Care Act?
00:17:30	S2	Yes.
00:17:31	S1	Because for example, they have more support for the carers right now, for the advocacy. They're more...
00:17:40	S2	Well, I mean the thing is that it still comes back to money. And while in theory people will offer, will say, "Yes, we will provide this, this and this," the quality of that is questionable, depending on how much each local authority is willing to invest. So, we do occasionally get calls from people who live in other boroughs who want support. And when we say, "I'm sorry, but we only work in this borough. This is the organisation that you need to contact," and they will often say, "Oh, no, there's no point. They're no good, or they won't come to visit me. They're not very helpful." So, it depends on how much they're willing to invest.
00:18:28	S1	And what specific changes have you noticed, how have they affected your service? For example, you say that the cuts have been strong...
00:18:45	S2	Oh, yeah. Very.
00:18:47	S1	But do you have less money. How affected...? There are also less professionals?
00:19:02	S2	Yes, I do. As I said before when I started with the service, there were three other advocates and me. Now, there's only two of us. So, obviously that's been a huge impact. When I originally took on the role as manager, I was meant to do a small number of cases. And we worked with two other organisations as well. So, we're like a partnership funded by the local authority of mind and [inaudible 00:19:27]. They also provide advocacy. And I manage the partnership. The idea was that I would develop it, that it would grow, that we would recruit volunteers and have a much bigger service to offer people.
00:19:47	S1	Stronger.
00:19:48	S2	Yeah, service. Yes. And wider and reaching people in other parts of the borough. But because I've had to focus a lot more on case work, because the need is instant and it's there and people have to have it, I haven't been able to focus on the development. I mean, another one of the issues which is not to do with the care act at all but to do with the cuts is that the boroughs were trying to work together to have one service over three very big boroughs. But each borough was not willing to put the same amount of money and it went on for years. So, in May 2010, I was told that our service was going out to tender in August. It never went. So, we were told that basically, we might be out of a job in another 12 months, maybe less. And at the end of that period, they extended it because they weren't ready. They gave us another six months. Then, they gave us another three months. Then, they gave us another six months. Then, they gave us another year. So, we were having short contracts since 2010 until this year, we've just been told now that we've got a year and that they're planning on giving us a further two years as well. So, for the first time, since 2010, we've got three years contract we're looking at. Now, I can look at how I'm going to grow it, because I can focus on that, not short term...just reactive kind of work. You understand what I'm saying?
00:21:31	S1	A more preventive...
00:21:32	S2	Yeah. And looking at ways of doing it. But I still need another person so that I'm freed up from the case work to do more of the development side. But that's not going to happen. We're not going to get any more money. We just carry on as we are.
00:22:18	S1	And in the evaluation. Has there been the evaluation more tied or have the criteria changed?
00:22:25	S2	(Overlapping Conversation) definitely the case. Yes.
00:22:34	S2	Yes, it has. Definitely, things have changed. Things are definitely tighter and people find it harder now to be eligible for social service. I think I mentioned to you the other day about the groups that are particularly sort of fall through the gaps, like people with moderate learning difficulties, or people with high functioning autism, they are particularly missed out because resources are going to where this could seem to have the most needs. But it means that these people do have needs. And when they're not supported, they end up with greater needs. And then, they get support.
00:23:22	S2	Yes, but it's very tough. So, for example, I've got a mum, a young mum who has foetal alcohol syndrome and a learning disability as a result of that. She's been assessed by one service that says her IQ is below 70 and so, she automatically is found to have a learning disability. However, the learning disability service they've said that they've assessed her and she doesn't, and she's 72. So, they're refusing to give her a service because she's got two IQ points more than... (Overlapping Conversation).
00:24:00	S1	In the evaluation of the assessment...

00:24:03	S2	Yes. So, they have two...the psychologists have got different assessments and they're sticking to the one. Now, we can maybe try to challenge it, I don't know, and I don't know how lucky we're going to be. So, things like that are very tight. So, it means basically this young woman will still get some support because she's got a small child. But the support will be because of the child not because of the mum, and the mum needs support for herself to be a good parent. And she's just been through child care proceedings, and they've decided they're going to leave the little girl with her, but keeping a close eye, which is great. But the support is all around the child. There's just nothing around the mum, except in her role as a mum.
00:24:50	S2	So, she could do with support for herself as an individual as well, because she's a young woman, you know with certain abilities and the potential for growth as a person. But without getting the right help, it's not going to happen.
00:25:05	S1	Because of the last changes in the Care Act, do you think it has really changed the philosophy of the system?
00:25:44	S1	Or the nature of the system. Because the system, the Care Act has two main parts, you know. One is about the assessment and another is about the financing which has not been implemented yet.
00:26:12	S2	You're talking about the Dilnot cap.
00:26:14	S1	Exactly. I think right now is still €23,000. If you have more than €23,000, you don't qualify.
00:26:31	S2	And the Dilnot cap was the most anyone would ever spend in their lifetime on care was going to be 72,000. And anything they had above that would be provided by the government. That's not coming in. And it doesn't look like it's ever going to now.
00:26:47	S1	So, in fact, the Care Act is a new law, is a new framework. Do you think the philosophy of the system has changed or it's still the same?
00:27:12	S2	We're still having to battle as advocates to be taken seriously as professionals by not everybody but by a fair amount of people. Social workers are not making referrals to us that they should do under the Care Act. And they're not doing proper carer blind assessments as they're supposed to do. You know what I mean by that, yeah? Where they don't take the carer into account. They're supposed to just look at the entire need of the person. They're not all doing that. They're supposed to be giving written reasons for all their decisions, properly laid out.
00:27:51	S2	It's not happening. They're supposed to...I mean, they might get a letter with you can have this, you can't have that. But not properly explained reasons. And before an assessment, people are supposed to get a copy of the assessment document to see what kind of questions the social services are going to want to know about. That's not happening. We've brought it up. That's brought up to a senior person in the local authority who said, "Oh, well, you know, we tried to and it's not always possible." And I said, "But you do know that you're legally obliged." And she kind of looked at me. What are you talking about? Then, someone else who was also senior said, "Actually, she's right. You are supposed to be doing that." And that's even top people, not (Overlapping Conversation). So, there are still old ideas. There are still...some people seem to feel like some particular types of social workers think that it's almost like it's their money and they're hanging onto it. And they're quite critical of individuals for wanting things. Or it's not...that should not even come into it. It's not about that. It's about what they're entitled to or not entitled to. It's not about cost. They say things to people that aren't really true. They tell them we don't do this or we don't do that. We only provide so much a week time on housecleaning or laundry. Actually, in the Care Act, you're not supposed to have those kinds of restrictions, because it's all supposed to be based on the individual, their well-being as well as their care needs. But they're still doing it the old way. And they're still trying...they're probably being put under pressure by management to keep a tight budget. So, I do understand that they're getting squeezed from both sides. So, I have a lot of sympathy for social workers although sometimes, I feel that the pressures they're getting from above they take out on the person that they're supposed to...it doesn't happen with all, but with some it certainly does.
00:30:02	S1	Yeah. But now, do you know the board, care board, you know this kind of team. This is a new...that has been introduced in the last year.
00:30:19	S1	It's like a team, an expert team that they decide in the end. All the cases have to go through them. And decide whether the money and the services are correct or not. it has been introduced last November, October November, I think.
00:30:41	S2	Never heard about that. thank you very much for that information.
00:31:06	S2	I know that there's a panel. Maybe that's...are we talking about the same thing like when a decision is made by a social worker or an assessment is made by a social worker, then it goes to panel? Is that the same thing?
00:31:18	S1	Yeah.
00:31:20	S2	Yeah, I knew about that. So, the panel then decide if the social worker's assessment is correct or not. and if the money they're asking for is too much...
00:31:29	S1	Or not.
00:31:29	S2	Or not. Never too little, they don't worry about that. But too much, yes. Yes, I am aware of that. Sorry, I knew about that.
00:31:36	S1	Panel. Maybe it's a different name. But someone I interviewed said care board.
00:31:46	S2	I'm going to have a look at that on the internet. Because it could be that they have slightly different rules now compared to what it used to be. So, it's good for me to know that, thank you.
00:31:55	S1	In some, for example, in social workers that I interviewed that they are from, for example, not from here, from London. Because I couldn't go in. It's really, really difficult. You can't access to them.
00:32:13	S1	So, going to the third part. what factors could explain these changes? Do you think the main reasons for this cut has been, for example, the economic crisis or maybe political decisions or maybe Brexit or maybe globalisation? because it is not understandable, for one hand, you have a new Care Act that implements more help, and on the other hand, you have these cuts, that is a little bit bizarre, do you know. What do you think?
00:33:57	S2	Okay. So, I think that it is political more than anything. I think that the finance crash gave politicians the opportunity to cut back on things they've wanted to cut back on for a very long time. And so, they used the crisis to be able to

		say, "Well, we have to cut. We have to cut. We have to cut." And people accepted it because they felt well, yeah, of course we all have to. But what we find out is that it's the poor, the vulnerable, who have taken the brunt of the cuts and it hasn't affected the well-off. In fact, if anything, they've become better off. And so, I do believe that it's politically motivated because I don't think the cuts had to come quite so heavily on the people who are least able to take them. I believe that if it's motivated by the voting population and they look at who is more likely to vote and who is not and people who are ill in their homes, who are disabled, who are poor, often feel that politicians don't even care about them. So, they don't bother voting. And they think all politicians are the same. So, they don't get engaged in the process. And so, they're not valuable in terms of a politician's election. They mean nothing. So, it's much more important for them to protect the people, like older people who usually will vote. And middle-class people are more likely to vote than working class people, things like that. I think that that is a big part. They wanted to dismantle the public services in this country. That's what I believe. And I believe that they used the financial crisis to be able to do that.
00:35:52	S1	Yeah. But do you think that this process started a long time ago?
00:35:59	S2	I don't know how long ago it started. I mean, certainly I'm not Tony Blair's government. So, it's not just about Tories. I think it's like...
00:36:06	S1	Labour.
00:36:07	S2	Labour. Certainly, the new labour I should say, the Tony Blair type government. They started very quickly on this kind of thing. Because they wanted to make their base in the middle classes much stronger. And that looks good if they weren't too soft, too lefty, too in a Nanny State, all that kind of thing. I think it did start there, but the Tories have run with it and they have just decimated...and if they carry on, there'll be no NHS left, there'll be no social care system. It would be back to flipping work houses, or you know, maybe not quite. But you know what I mean? I do believe that it's not just because of the crash. I think how you respond to the crash is a political decision.
00:36:57	S1	And why they have been implementing the Care Act right now? Why? if they didn't want to put money in it, because you need money to implement the Care Act.
00:37:08	S2	Yes, you do. I honestly don't know how that came about or what the pressure was. But what I do know is that if you look carefully at the Care Act, on the surface, it all looks amazing, as if it gives people a lot more rights and a lot more autonomy. But if you look at the legal aspect of it, and what the local authorities are obliged by law to provide, it's not that much really.
00:37:37	S1	It's the same.
00:37:38	S2	It's the same. There is a lot of get out for them. There are certain things that are new and different and better, like advocacy, like having carers having...
00:37:49	S1	Assessment for carers.
00:37:51	S2	Yeah, those things are very good. But a lot of the stuff that sounds really good, actually, it's not. But when the Care Act was being introduced and they wrote the guidance, and one of the examples that was given was of a man who was living in his own home and his carers were coming in at 8:00 or whatever, to put him to bed. And he wasn't happy. Basically, they ended up giving him a bit more money so he'd pay a little bit more. So, it ended up he didn't have to go to bed till 10:00. That sounded really good so that they were listening to what the man wanted. But we all know that doesn't happen. You'll just get laughed at if you went and said, "Okay, we want to pay more because this man doesn't want to go to bed for another hour." They just don't do that. It's not that easy. My other concern is that because there's advocacy, the people who manage to access advocacy are being listened to because we're good advocates and we make sure and we fight. And so those people are going to get what they're entitled to. But there is a whole load of other people who never come near advocacy. We try to reach but we can't reach everybody. And what's happening to them? I feel that because our clients are getting a little bit better, it's not because they're providing a better service. It's just that they're taking it from somewhere else. That's my feeling, my fear. I see really good social workers get worn out and leave. And I see the ones who it's just a job and they're not really all that bothered. They're the ones who seem to thrive and to stay and to get promoted.
00:39:40	S2	I'm afraid I'm cynical. But...
00:39:42	S1	No. Thank you very much. That's okay (...)

Transcripció 11

00:00:01	S1	Ok, let's start. Your name is X. You are the manager of the team calls SMART. What does it mean, exactly?
00:00:31	S2	It's the Skilled Multi Agency Resource Team; it's just a name for social services. So, Skilled Multi Agency Resource Team and it's because of health and social services becoming integrated, so that's where you get the multi-agency because we have occupational therapists and local area coordinators within a team, it's not just all social workers.
00:01:04	S1	But are these other professionals only for assessments?
00:01:11	S2	The occupational therapist does assessment and put in equipment and can put in care as well to work very closely with the occupational therapists.
00:01:23	S1	Okay, but you are located inside of the council, so, you are part of the social services and, I think, it should be, I suppose, it is an adult social care team, isn't it?
00:01:41	S2	It is, yes. An adult social care team with occupational therapy attached.
00:01:47	S1	But, is it something general, across England, or every county works differently?
00:01:59	S2	It's different in different areas but we're all supposed to be moving towards having all the different professions working together, so district nurses, occupational therapists, social services, we're all supposed to be working more closely together and eventually all be based in the same building and working as one team.

00:02:25	S1	But around England, are these organisations the same or it depends of the county? Do you know what I mean?
00:02:51	S2	It's mainly the same with a few slight differences. Some councils are ahead of others.
00:03:01	S2	Ahead, you know, some councils have gone further with the integration than other councils, so we're quite... we're in good in Cheshire East, we're quite advanced, other councils haven't got there yet but, the aim is the same.
00:03:36	S1	which are the main tasks carried out by the services.
00:04:01	S2	Okay, assessment, care planning, so that will be for both care in the community within their own homes, so carers coming in, washing, dressing and providing meals, that kind of thing, residential care, nursing care, learning disability and physical disability. We deal with as well as older people, a lot of safeguarding. Safeguarding is a big part of....
00:04:33	S1	What is safeguarding exactly, what does it mean?
00:04:36	S2	Safe guarding is where somebody's got a concern that someone's being abused.
00:04:44	S2	abused either financially, physically, sexually, emotionally and those referrals come into adult social care and we have to investigate along with the police district nurses to see whether those people are safe or whether they are being abused and that's a big part of our work.
00:05:08	S1	But how is the work organised. I suppose there are different kinds of rules in the services, for example, assessment or safeguarding...?
00:05:33	S2	No, not in Cheshire East. Depending on the grade of social worker, so if you're newly qualified, you wouldn't do much safeguarding. If you're an experienced, progressed social worker, most of your work's going to be safeguarding but all of the social workers do assessments, care planning, safeguarding, learning disability, physical disability, older people it's generic they do them all.
00:06:06	S1	Could you explain more or less briefly the process of the attention to the users, please?
00:06:15	S2	Yeah, firstly we'd receive a referral, so that would either be by telephone, letter, e-mail, so that would come into our front line and that would be triaged, in triaged looked at and decided what priority it needs.
00:06:36	S1	Whether is it urgent or not?
00:06:44	S2	Yeah, if it's urgent and needs dealing with today or whether it can wait to be allocated. If it's urgent for today, it goes to our duty worker. If it's safeguarding, it is always urgent for today, always goes to the duty worker. If it's not urgent it will go for allocation at some stage in the future. Once allocated, the worker will make contact and will arrange to go out to carry out an assessment, so there's an assessment form that is then completed. That assessment will say whether the person needs services or not, if they don't meet the criteria for services, they're given a copy of their assessment and that's finished.
00:07:38	S1	And inform about there are some services if they are needed?
00:07:41	S2	Yeah, and signed posted to voluntary agencies in other areas if they don't meet our criteria, if they do meet the criteria then it would go to support plan which would breakdown what services are needed as in homecare, residential care, nursing care, day care, any services that needs to be provided, that then needs to come to a board that will look at that proposal and decide whether it's value for money mean, whether the assessment shows that level of care is needed and if it's approved at the board then those services go in.
00:08:32	S1	So if the person meet the criteria, then you would do a plan of care, of needs and present this plan to the community care board and the community care board have to decide whether is it appropriated or not?
00:08:59	S2	Yeah, basically whether the care matches the assessment.
00:09:06	S1	But where is this community care board located? Is it here? and this money is from the municipality and how long has it been implemented?
00:09:32	S2	The last eight months.
00:09:35	S1	So, the SMART didn't exist before, It's suspicious....
00:10:14	S1	How long does it take to have for example, to have the assessment, the plan and the service is delivered? How long does it take more or less?
00:10:46	S2	It does depend, it can be as little as a week, it can be done on the day if it's urgent, it's not the board that slows things down because the board is held every Tuesday and every Thursday, so it's very quick. We made sure of that, we argued for that, we didn't want it weekly or nightly, we wanted it twice a week, Tuesday, Thursday. What slows things down is finding the care and I think that's the same across the country, the agencies out there just don't have the staff, especially in the more rural, as you've seen by Sandbach it's a nice area, Cheshire's a very rural county. In some of the little villages, it's very difficult to get care and you can wait months to find the care in the very rural areas.
00:11:50	S1	And here also, you said here also because there aren't providers, do you mean, there aren't enough providers?
00:11:56	S2	There're not enough providers, there's not enough people wanting to do care work, it doesn't pay enough, so as you'll see in Sandbach a new supermarket has opened on the outskirts, it pays more than doing care work, so people will go and work there, so we can't find the carers to do the work, that's what slows things down.
00:12:27	S1	So, the problem for the delivery of the services, it's not for you, it's because you have not enough providers, have you?
00:12:50	S2	Yes, all of the care is provided by private companies and they're really struggling to recruit staff. There's only a certain amount of people that want to do care work and there's far more work than there are people wanting to do it.
00:13:09	S1	And then I suppose that people can wait are the people with the lowest needs?
00:13:29	S2	Lowest needs. We have people that will need to go into residential care just because we can't find the carers to provide care at home or they get stuck in hospital because we can't find the carers to provide the care at home, so it's a national crisis.

00:13:51	S1	But the reason for that is because the agencies don't pay enough or why the government don't pay enough, or both?
00:14:03	S2	The same thing really, we pay very little, that means the agencies can only pay very little and most carers are working for minimum wage. It's a hard job, unsocial hours, it's emotionally long hours, hard work, much easier to work in a supermarket, if you're going to get more pay, you know, there aren't many people that wouldn't take that option.
00:14:38	S1	Because the council, I suppose the council is funded by the central government...
00:14:54	S2	Yeah, it's funded by the government and our funding has been cut year after year, and recall the efficiencies they then....
00:15:06	S1	Has been cut?
00:15:07	S2	Yeah, has been cut both in health and in social care, so that puts pressure on everybody. And it's being cut again this year.
00:15:24	S1	Okay, I suppose regarding to the ages or the main feature of the users, are they over 18 and they have disabilities or are they elderly, or do you attend both kind of people?
00:16:00	S2	Yes, the only difference with our learning disability clients, we start at 14 because we work alongside children services with children that have got a learning disability we don't provide any care but we work with children's services to transition them into adult services at 18, so we are involved with them from 14 onwards.
00:16:28	S1	And what happens to the children, for example below 14, how is the care provided to them?
00:16:42	S2	There's a children's team, children's social care team.
00:16:46	S1	Locally?
00:16:47	S2	Yeah, here as well. So, they deal with children from 18, we deal with them from 14 onwards, so you got that four year overlap where children and adults are working together.
00:17:04	S1	Okay and what is the name of this team, what's their name?
00:17:08	S2	Its Children and Families Social Care.
00:17:13	S1	I didn't know this yet.
00:17:20	S2	Everywhere in England we'll have a Children and Families Social Care, it might have a different name but everywhere has one.
00:17:27	S1	But are they in the councils?
00:17:31	S2	Yeah, in the council.
00:17:33	S2	And they'll be more than one team because there will be the children's disability team and then there will be the child protection team and so obviously very different roles, ones where somebody's got a learning disability or a physical disability, the other is where parents are abusing children.
00:17:55	S1	And these services for children with care needs are also provided for private services, or the providers are most of them public?
00:18:21	S2	They have some in-house services but mostly private services, yeah, mostly private services. And locally via council tax, so everybody pays council tax, that money come in to the local authority and some of that money is used to fund these services but we are dependent on money coming from the government.
00:20:32	S1	But as far as I know he councils, the communities they have also other kind of services, for example, housing benefits, tax support reduction, home care services...
00:21:11	S2	Within social care?
00:21:13	S1	Yes, In social care.
00:21:14	S2	Within social care, so we have like the meal delivery service.
00:21:20	S2	So, food being delivered to the door although that's privatised now, that's either private companies or charities that provide that, we pay for it but it's private companies.
00:21:33	S1	Is it for free?
00:21:35	S2	No. Nothing via social care is free, everything is assessed and charged depending on your income and your savings, so nothing is free through adult social care. Children's social care, everything is free but adult social care noting is free.
00:21:57	S1	I suppose that it depends on the level of the incomes....
00:22:07	S2	The income and savings.
00:22:23	S2	If they've got more than £23,250 savings.
00:22:29	S2	Savings, so in their bank.
00:22:40	S2	That's assessed as well but if you've got more than the £23,250 in the bank then social services won't help, we will tell them where they can get the help and they have to pay privately for everything. So, in a residential home, you're looking at a £1,000 a week but they have to pay out of their own money.
00:23:09	S1	And do you make a care plan? do you follow this plan? in which cases do you follow it? Is there a revision of the plan or not?
00:23:30	S2	At the same time that the assessment is going on, the person has a financial assessment, we have different people that do that financial assessment if the financial assessment says they're full cost client then we don't put anything in, we just help them to get the care set up and they pay for it privately, directly to the company and adult social care step away, we don't then have anything to do with that package. If they got under that level then we would implement the plan and we would review the plan and we would provide the services.

00:24:55	S2	If they can't do it themselves and they don't have family or friends that will do it for them then we would implement the plan but if they're mentally alert and they can manage it themselves or they have a family member or a friend who can manage it for them, pay the bills to... then we wouldn't be involved.
00:25:22	S1	Okay, so, will you only get involved if they don't have money?
00:25:29	S2	If they don't have money or they don't have the ability to do it themselves. If they've got dementia and they don't have any family that can review the care and pay the agency that we would stay involved. They would still be charged the full cost but we would stay involved to oversee it for safety but if they've got a daughter who is happy to pay the bills and can make sure the care that's going in is right, then we would close the case and we would step away.
00:26:07	S1	Okay, so you told to me that you have, for example, meals that they are not private, is this service free for people without money?
00:26:28	S2	The meals are a flat charge, so I think it's £5 per meal and pudding, so that's not free. If somebody has no money then the care that comes into the house could be free if they've got no money at all, if they're just on really basic benefits. Most people have what's called attendance allowance, we would charge a proportion, we would take a proportion of that and so most people pay something towards their care.
00:27:24	S2	And something else we would do as well is the financial assessment to see if they can pay, we will check they're on the right level of benefits and apply for those benefits if they're not, so that's something our finance department will do to make sure that their income is correct.
00:27:44	S1	So, the services that you have, what the council can provide are for example meals, the housing benefits will pay for heat, I think?
00:28:01	S2	The housing benefit pays for the house, it pays for the rent.
00:28:07	S2	Housing benefit will pay for rent in social housing or private housing; it doesn't pay for any of the bills.
00:28:19	S1	And tax support or reduction ...
00:28:23	S2	Yeah, council tax reduction or support.
00:28:26	S1	And there are also a kind of pension credit or guarantee credit...
00:28:37	S2	Yes, this is a different department that does that, this is, an adult social care doesn't get involved with benefits. It's the department of work and pensions that deals with benefits.
00:28:56	S2	It's completely separates to adult social care. We would help them to get those benefits by helping to fill in the forms and making sure they're on the right benefits but the benefits have nothing to do with us.
00:29:11	S1	So, they are financed via the central government.
00:29:15	S2	Yeah, it's a completely different department, completely different workers. It's not adult social care.
00:29:23	S1	Care premium or care addition is also from the...?
00:29:29	S2	Yeah, all benefits are by the department of work and pensions.
00:29:33	S1	And disabled facility's grant for the patient's homes?
00:29:39	S2	That's via occupational therapists who work with hospitals, so they work with us or in the apply for those disabled facility's grants
00:29:50	S1	Economic support for odontology or ophthalmologist?
00:29:56	S2	That's again by the department of work and pensions, that's the benefit that could be applied through that.
00:30:04	S1	But I think you have the care support for mobility, is it from here?
00:30:11	S2	Yeah, telecare is from here, assistive technology is from here.
00:30:18	S1	But I suppose you have telecare, but maybe the central government have some kind of monetary support for mobility or maybe for wheelchairs or something, haven't it?
00:30:42	S2	Wheelchairs would come again under occupational therapy, so they would apply for those. Most of the money comes from the central government, assistive technology comes under adult social care, so that would come out of our budget, so things like the lifeline buttons for sensors, smoke alarms, all that sort of thing that comes out of our budget.
00:31:10	S1	So do you manage all of these kind of tools?
00:31:13	S2	Yeah.
00:31:15	S1	which changes have been implemented in the evaluation, the provision, the managing and the financing of the services? And in the philosophy of the LTC system?
00:32:39	S2	We have the Care Act that came in. That's put the customer far more in control then they used to be, so if you look at safeguarding, making sure somebody's safe, that was very much social services in control telling the person what to do. Under the Care Act we now get told by them what they want us to do, as long as they've not got dementia and they know what they're saying, they can take risks, they can be unsafe if they want to be unsafe and as long as we've documented that then that's fine, so that's a big change and a positive change.
00:33:34	S1	Yeah, the big change is that the person is more protected, you mean in general?
00:33:45	S2	The person can take more risks.
00:33:49	S2	Yeah, can take more risks, so if your daughter is stealing money from you, previously we would've got the police involved and we would've dealt with that, now if you were to say to me, I don't want the police involved, I know my daughter's stealing from me but I don't care, I want to let her carry on doing that then that's your right and we just have to back away because you can make that decision. So that's a big change, we don't interfere in people's lives now if they don't want us to.

00:34:32	S1	But even if someone is in the point of...are really at risk because someone abused for many reasons, for example for emotional manipulation or....
00:34:54	S2	It all depends on whether they have the ability to keep themselves safe. If they can keep themselves safe by choosing not to then we don't get involved, if they can't keep themselves safe then we would protect them.
00:35:22	S2	That's one change.
00:35:23	S1	This is one change, maybe about the implications or the evaluation, but, in general, in the process that people going in, access to the systems, do you think has changed in some way, for example, in the disability criteria, waiting list for having services...
00:35:57	S2	Yes. We have a waiting list for assessments, it is slowly coming down but because we're short staffed, we do have a waiting list for assessments which we didn't used to have, we also have the board now, the community care board, I used to be able to make the decisions as to authorise the care, I can't now it has to go this to board and they make the decisions, so that's not slowed things down too much because we have it every Tuesday and Thursday but it's still a delay.
00:36:41	S1	You mentioned that there has a reduction or there are less workers, from when?
00:36:54	S2	Over the last I'd say four years it's been slowly reduced and still being reduced.
00:37:03	S1	And what are you doing? Because if you don't have workers, there are no people in the team, and I suppose, you can attend to the people, what do you do?
00:37:15	S2	It generally means the people work a lot harder, longer hour to get the work done, so this office is open from 7:00 AM till 7:00 PM, I regularly leave here at half 6:00 quarter to 7:00 and I still have workers that I have to move out of the office, saying "come on, you need to go home now" because there's too much work and not enough staff and that's across the country I would say.
00:37:50	S1	But has it also affected the access?
00:38:15	S2	The changes are mainly on the workers but the only change for the customer is that I think they may be waiting longer than they used to be, they're still getting the same services at the end of it, the only other change over the last four years is the charges because we charge more now for the care than we used to.
00:38:55	S2	The system has changed for the charges, yeah. We used to look at people's income, look at what they needed to pay out and then anything that was left, we would take 70% off. It's now a 100%, so that's a big change.
00:39:26	S2	They would've been left with 30% of what they've got left after they've paid all their bills. Now, once they've paid out all of their bills we take everything, so.
00:39:37	S1	You don't let anything, only the money that they just need for paying...?
00:39:46	S2	So, where that causes problems if somebody's a smoker or likes to drink or likes to go to Bingo, there's no money for that.
00:39:57	S1	It's absolutely awful for people, for example, living at their home, that they are independent, because they can't do anything and they can't go on holidays, they can't do anything...
00:40:14	S2	No.
00:40:16	S1	Oh, my god. So, the waiting list, for example, what is the period that they have to wait? could you say to me, for example, more or less, what is the timing, how long it takes right now compared to the...?
00:40:48	S2	Yeah, we prioritise every day, so if it's urgent, it will be seen quickly. If it is not urgent, the longest we've had somebody wait is two months.
00:41:01	S1	Two months?
00:41:02	S2	Yeah, that's the longest.
00:41:04	S1	Under the law? The law put the limit on?
00:41:14	S2	Yeah, there should be an assessment within one week but the longest we've had somebody wait is eight weeks.
00:41:32	S2	That's the longest that we've had somebody waiting for an assessment.
00:41:36	S1	Related to the services, you told me the main changes have been in the work place, and in the money, because they have to pay for everything, is it correct?
00:42:00	S2	Yeah.
00:42:02	S1	About the delivery of the services, you told me that the changes have been implemented in the last four years, so, weren't they implemented just after the economic crisis in 2008, were they?
00:42:40	S2	Yeah, now even before that we were losing staff that we were having to make if they shouldn't see savings when the economic crisis hit, I think it has got worse and that the cuts to our funding have become more but even before the economic crisis, we were having to make cuts.
00:43:04	S1	Related to the service that we previously talk about, that you have normally here and delivered to the people with co-payment, you know, we could say that services has also been cut?
00:43:36	S2	Yes.
00:43:37	S1	Have they been cut?
00:43:39	S2	Certain things have been cut, transport has now gone.
00:43:44	S1	Transport?
00:43:44	S2	Transport car or bus to take it, so we can arrange for you to go to day care but we won't get you there, so you have to pay for a taxi or a family member has to take you previously we have many buses that would pick people up in their homes, take them to the day care and then at the end of the day care take them home, that's gone now and then went about two years ago, that stopped. What else is gone? Day care has been drastically cut and the worst thing I think is the voluntary sector, we've always relied quite heavily on charities on the voluntary sector to pick up the

		things that don't meet our criteria but the government has cut their funding, so they're just not there anymore, every couple of months another Charity that we deal with shuts and that is a great shame.
00:44:56	S1	Absolutely. Okay, the next one is about the organisation or management on the services, what changes... I think you have already told me about the cuts in the staff in the social workers mainly, also, I think that you don't really have the services that you used to?
00:45:43	S2	No, we used to have in-house respite serviced and in-house day care, they've gone now, they closed two years ago, so everything now is out in the private sector.
00:46:04	S1	And did you also have residential care homes, or not?
00:46:09	S2	For respite, residential and nursing care very many years ago probably at least eight years ago, residential care homes that were owned by the council went but up until two years ago we had residential homes for people that needed a break, so they live at home but the wife's going on holiday, so they need space somewhere.
00:46:38	S1	Yeah, respite.
00:46:40	S2	Yeah, so we had those in-house but they got closed two years, so it's now it's all reliant on the private sector and where there's a bed.
00:46:53	S1	And related to the natural and the philosophy of the system, that is like, from my point of view, it could be seen a little bit just a contradictory forces here, because we have the new Law, the Care Act, that enforced the prevention, the assessment to the cares, you know, and that surprisingly the Care Act provides further right to be assessed, it was really new, this is a big change, but, on the other hand, you are talking about that everything has been more and more reduced. So, for what reason? why do you think it has happened? and what is exactly the philosophy or the nature of the system?
00:48:16	S2	I think the government, like all governments wants people happy with what they're saying, so the care act gives everybody what they want, it's a very generous Care Act but the reality isn't the same, so everybody is entitled to an assessment and we would never turn anyone away for an assessment, if anybody comes to us and says I want an assessment, we would go out and assess them. What they get from that assessment has reduced over the years, so having an assessment's great but if you don't get anything much from it which that hasn't changed, so yes, you can have an assessment, but...
00:49:07	S1	But do you feel that related to what the law says, what the Care Act says, really the system hasn't changed really?
00:49:19	S2	No, it's a lot more work for the workers but not more benefit for the customers.
00:49:30	S1	Well, it's impressive. Okay, going to the regulations. Do you know what the main regulations are? for example, one was the Green Paper...
00:49:54	S2	The main ones that has affected us is the mental capacity act, that's a major impact on us, the deprivation of liberty, that's a huge amount of work and we go to court now in front of the judge far more than we ever did before, got a massive legal team of lawyers that work on this all the time, there are massive changes that only come in the last few years, so people that were in a care home who have got dementia and are allowed to leave now have to go to a court, to have that approved in front of a judge and that never happened before.
00:50:53	S1	But why exactly?
00:50:56	S2	The government decided the safety mechanism to make sure that there's nobody in a care home that shouldn't be there, so a judge... if they've got dementia and they can't make their own decisions, a judge now has to rule that it's....
00:51:14	S1	Is it like an incapacity process? Has the person to be incapacitated?
00:51:27	S2	Yeah, incapacitated. Yeah, but whereas before that would be a decision that the social services would make is now lawyers that now goes before a judge, you know, is a massive....
00:51:41	S1	Do you have to do that, also?
00:51:44	S2	Yeah, when I started my career, I went to court once in five years, I go to court twice a month now at least, so it's massive.
00:52:02	S1	As far as I remember, the first Care Act in England was implemented in 1990 or 1993?
00:52:20	S2	1990, I think it was.
00:52:22	S1	1990 was the Community Care Act.
00:52:28	S1	Which regulation has applied before the new one?
00:52:40	S2	It was the NHS and community care at I think 1947.
00:52:49	S2	Yeah, 1947, it was under [inaudible 00:52:52] people, so yeah, it had been updated over the years but that was the main....
00:53:08	S1	And now some pieces about the Care Act come out and that's been a big change.
00:53:14	S2	Yeah, because they were out of pieces of regulations, you know?
00:53:21	S2	The green card, the white paper, yeah, there's a lot.
00:53:30	S1	Okay, any other changes that you would like to mention?
00:53:42	S2	No, I think that's it, yeah.
00:53:24	S1	So, we are going to move to the third part. What impact has the reforms had for the long-term care users?
00:54:16	S2	Okay in the community as I've said it's harder to get care now and it's harder to get good quality care if you've got a care agency that isn't doing a job they're supposed to do, a lot of people will stay with that because they know there's not a choice out there, they know that they say I don't want this agency anymore, there isn't another one to pick up that care, whereas, before there were quite a lot of care agencies, so you could just change, especially again in rural areas, the more in the country you live the harder it is to get the care very much so. Elderly people having to go into hospital, it means that they're staying in the hospital a lot longer than they should and that's nationwide,

		I heard stories of people being six months in the hospital for no other reason than they can't get the care at home and that's not good for anybody, no one wants to be in a hospital for that long and equally people go into care homes because we can't get the care in the community and we say that if they're more than eight weeks in a care home the chances of getting them out and getting them home are very, very slim because they get used to it, they get institutionalised, they get deskilled, they get used to people bringing them cups of tea and bringing them meals, so you lose them and the only reason they've gone into the care home in the first place is because we cannot find the care to go into their own homes, so that's a huge change. I think the other change is with residential and nursing care, mainly residential care but the criteria for going into residential care has got a lot tougher. You really need to not be able to take yourself to the toilet to have to get into residential care, if you can take yourself to the toilet then you can be at home and that's changed over the years, that's got a lot tougher, we have a lot more people living in the community that years ago would've been in a residential home but it is tougher to get the funding now, much tougher.
00:57:03	S1	The problem that you mentioned is the luck of providers now, but what happened previously? Do you mean that before the services were provided by the municipality? So, it was easier to get the services, do you mean?
00:57:31	S2	Some were provided by adult social care in-house but we had a lot of private providers as well but the main issue is that the government....
00:57:46	S2	Well, they've not given us anymore money to pay the providers but they've done things like they've raised the minimum wage, they've taken away tax breaks for training, so they put more and more costs on the providers, so there was research that came out just recently saying that one out of every three providers is on the verge of going bust, is going to have no money, broke, one in three and that's because the government is putting more and more pressure on them but not paying them anymore money, so their profits are shrinking and any person running a business is only going to do that for so long and then when there are profit margin is there closed and that's what we see happening all the time and then they hand back all the customers that they go out to and we have to desperately try and find care for all those customers and sometimes we're only given a week's notice to do that and then you end up with people, ended up in hospital or in care homes that wouldn't go in otherwise, so it is a crisis.
00:59:08	S1	Absolutely.
00:59:10	S2	Really is.
00:59:11	S1	Absolutely. So... but, do you think these changes or reforms in the system have been due to the economic crisis or what do you think are the reasons that can explain these changes?
00:59:45	S2	I think the financial crisis had a big impact on it, I mean across the whole of Europe and it wasn't... but this was happening before the financial crisis, we're living longer, we're growing older, the amount of people that have got care needs is growing all the time and we're also getting..., we're a wealthier nation, we're getting better-off, so you don't have as many people willing to take those kind of jobs, I really worry about all these discussions about immigration because the hospitals and the care services only run because of immigration.
01:00:40	S1	There's nobody here that wants to work in this kind of...
01:00:45	S2	And what worries me is if the government doesn't make their mind up about these people before the Brexit thing happened, we already know people that are going home because they don't feel welcome here anymore, who's then going to take those jobs? Nobody. So, it's going to be a real crisis I think and you know, Cheshire, you said is a lovely place, a lovely market town, lots of people retired here, perhaps prices are quite high, so the population is generally older retired people, so we have a very high level of people needing care and needing residential nursing care, that's only going to grow. The young people can't afford to buy houses here, so they'll move into the city, somewhere else, so it's growing older and more frail all the time and the oldest person that we've got at the moment is a 109, you know, if people are living over a 100 routinely, you're going to have more dementia, you're going to have more high level care needs, more needs for nursing and residential care, so and there's no more money.
01:02:15	S1	Yeah, but why is the money not coming? because in one hand you have the government implementing a new law, a new right, so it is an intention?
01:02:39	S1	But on the other hand, it's cutting. Here the economic crisis maybe is, in other countries also in Europe, the figures says, that the economic crisis have affected in general, in the United Kingdom, two or three years no more, from 2008 to 2010 and it stopped then, after that, it's going up again, UK is growing again?
01:03:24	S2	Yeah, the growth, it's gone up 2.7% again now.
01:03:37	S2	It's not, the conservative government has always been anti-services, in the last conservative government under Margaret Thatcher, she cut all the public services. It's part of the conservative way of doing things.
01:03:59	S1	So, do you mean that because of the conservatives having the power the last 15 years maybe?
01:04:07	S2	Now, not 15 years.
01:04:13	S2	David Cameron.
01:04:16	S2	Yeah, he was conservative and Tony Blair.
01:04:20	S2	He was Labour almost. (chuckles) Tony Blair was kind of between labour and conservative.
01:04:34	S2	He was Labour but he was much more conservative than previous labour.
01:04:43	S2	Yeah, there wasn't really a lot of difference between David Cameron and Tony Blair, even though they're different parties.
01:05:02	S2	Yeah, now with Theresa May.
01:05:05	S1	Do you know that there could be another reason for the changes? For example, pressure from the citizens or the European Union policies, the globalisations or another kind of pressures, how do you think that we can explain the changes?
01:05:46	S2	I think there's a lot of fear over Brexit.
01:05:53	S2	Yeah, I think there's a lot of fear over Brexit, Theresa May didn't want Brexit, she is being left with it, nobody knows what's going to happen after Brexit, so I think a lot of the worry about funds, yeah, I think they're trying to

		keep some money back in case but then on the other hand they find money when they want to, the HS2 train line, do you know about the HS2? They are spending billions of pounds on a new train to go from London to Manchester to knock 20 minutes off the journey.
01:06:41	S2	Like faster, yeah. Is that a good value for money, you know, compared to say, you know, you got social care where there's no money, you know, yet they're finding billions for a train and that doesn't seem a good use of money, so they do... the conservatives find the money when they want to, social care will never be a high priority.
01:07:14	S1	(Overlapping Conversation) certainly. Okay, I think that's all, we have all that we need and for me it was very clear to understand you. So thank you very much.
01:07:34	S2	Thank you. It's been interesting. Hope you have a good journey back to London.
01:07:39	S1	Thank you...

Transcripció 12

00:00:39	S1	The first point is could you please introduce yourself a little bit, what do you do in the organisation, what is your main goal?
00:00:52	S2	Yeah, we are a voluntary agency supporting Jewish members of the community across North, West, South London, across all geographical areas of the UK. And we support people from 18 years old up to hundreds, and with a wide variety of health and social care issues. We have care homes, we have centres for people living with dementia. We'll support people in the community at home with domiciliary care. We have a holocaust survivors centre, we have... oh, goodness me, my mind goes blank. But basically, we will advocate for someone in the community. We understand the statutory system which people don't understand. They don't know what their rights are, especially carers. And we will help them navigate through the health and social care system. We have some amazing networks with the voluntary sector, statutory and we work in a collaborative way to support the community. That's it.
00:02:13	S1	Do you know exactly what have been the most significant changes in the social care system in the last decade?
00:02:32	S2	The Care Act. The National Health Service Community Care Act of 1990 stopped. I think it's about... coming up for three years ago now. And the Care Act...
00:02:43	S1	In 2014.
00:02:44	S2	... The Care Act came into force and that changed things quite considerably. It gave law to carers, which I think is wonderful. Carers are often very much forgotten. And so, we work very closely, we have a dedicated carer support team. We found... and the Care Act says you've got to offer preventative services to people, prevention and wellbeing, good advice and information. And that's basically the two things that my organisation absolutely support, is to work in a preventative way. Especially for me, because my passion is also end of life care. And I believe people don't know that they have a choice at end of life to die at home. Often people have a rapid deterioration in health, whether they're young, old, especially old really, and they don't know that there are support systems, both voluntary and statutory, that can assist their outcome they're trying to achieve. And we found that in the last few years, there have been a lot of local authority cuts, services are stopping, and the voluntary sector are more and more....
00:04:32	S2	There's no money.
00:04:34	S1	The own Council services, do you mean?
00:04:38	S2	Yeah. They are absolutely stretched beyond belief themselves. We work with some amazing colleagues in local authority, they are stretched beyond belief, working with the very deprived members. And they're... people who have the financial means to help themselves are expected to help themselves. Although by law, they have a right to an assessment, but they may have to wait several weeks, so their situation can spiral. And then you've got....
00:05:10	S1	But do you think that this situation was Before the Care Act, also, what do you think?
00:05:19	S2	I think yes, I think it was. Not as acutely. We found that – and it's not just my own agency identifying this – that the complexity of need out there is increasing. So, our referrals are getting more complex in terms of really acute financial deprivation, complexity and family dynamics. The extended families, the divorce rates, the mixture of the families are getting wider.
00:05:57	S1	Absolutely.
00:05:58	S2	And the changes in demographics, older people living longer, religious families expanding. We're finding that people are leaving things to crisis much more and I've got no evidence to back it up. But just... it's a narrative listening that older people are helping their families get on the property ladder. So, they're leaving their own needs and then, they go into crisis, admit to hospital, die in hospital where they don't want to be, or they're being treated, bed-blocking, discharge back home is not as smooth as it should be, and so forth. Now, whether that's because of the Care Act, or I don't know. But I'm sure it's political, sociological factors, but that's what we're having to deal with. But with my own agency, we're trying to listen to unmet need and we are working a very creative and collaborative way that will try and create new resources to fill that gap maybe. But we're....
00:07:15	S1	But do you work with the local authorities also?
00:07:22	S2	Oh, yes. Oh, very much so. Very much so. We've got some great rapport in my local borough, yes, here. And my other social work manager colleagues work with their own geographical... yes, very much so. With clinical commissioning groups, local hospices. We pick up the phone, they know we're there, they can call us. Absolutely. And it's not... it's all religious. We work multi-faith, which we're very proud of.
00:07:50	S1	But I suppose that the cuts from the local government also affected you in your work?
00:07:58	S2	Yes. Yes, in admissions to our care homes. The restriction of funding has tightened up. I've worked here for 15 years, and when I first started, getting funding for somebody with residential care needs was very easy – well, not easy, but now it's nigh on impossible. You have to have acute nursing health needs and you've got to really evidence

		base it. And that's a major change. Local authorities want people to stay at home for as long as possible, and people do want to stay home.
00:08:39	S1	It depends on their needs...
00:08:40	S2	Absolutely, exactly. And the wishes.
00:08:42	S1	Exactly.
00:08:43	S2	Our team, when we'll meet somebody, we'll always look at the person holistically. Don't just look at the medical need, look at their emotional, practical, spiritual, psychological, family needs and what are they trying to achieve? And we'll try and empower them to put their affairs in order. For instance, lasting power of attorney is very important, becoming responsible for yourself, do your love ones know what you want as you deteriorate, are they equipped, their bereavement needs, kind of anticipatory. Do you know what they-...? If you'll know that you have a diagnosis of dementia now, have you put all of your affairs in order? Don't leave to crisis. So, then the state will have to come on-board. That's the kind of move shift.
00:09:45	S2	So, that's the shift in well-being. And I know the government want to promote well-being and prevention and absolutely be in control of your own situation wherever possible. But.... Yeah. Do you know, for me personally?
00:10:31	S2	For me personally, I'm absolutely passionate about two things. Multi-disciplinary working and acting as the coordinator. So, if I'm involved, I will assume I'm going to be the coordinator speaking to all the different services involved, unless of course otherwise, another health professional says, "I will be because I know," not better, "I have more..." brilliant. Somebody must lead, otherwise the person in the middle and their carer get lost. They get overwhelmed, they don't have control, they don't know what's going on. A very frequent call we'll get is, "I have all these people coming into my-... I haven't got a clue what they're doing." No one's explained it to them. They have no idea. And then everyone duplicates, they repeat the conversation to someone.
00:11:31	S1	Yeah, but this is the function of the local authorities. The local authorities are responsible to inform and give....
00:11:48	S2	But often they don't. Often, they don't.
00:11:54	S2	But you see, this is in our experience.
00:11:57	S2	Just because it's says, it doesn't mean it's happening.
00:12:01	S2	That's fact.
00:12:02	S1	This is in the Care Act, but it is not much applied by the local....
00:12:07	S2	No, no. Because I think people don't have the right training. There is perhaps-... an explanation might be a lack of ownership, accountability, integrity, that actually, I need to inform the OT of that information, but actually, they'll know anyway. But that's in my experience. And I think having the skills, the good communication skills, the good organisational skills as a social worker to collaborate, to understand that that OT knows more than you for this particular time. They need to know that; the person needs to know that. If I'm involved in an end of life case, the clinical nurse specialist knows more about the symptom control of that, I want that person out of pain. I can't do it, they can. They're the important one. Am I making sense?
00:13:10	S1	Mm-hmm. Yeah.
00:13:10	S2	I've just been involved with a very lovely lady, she died last week. It was a beautiful end, because she achieved what she wanted, to die at home in her own bed, but she had to have all the right professionals on board. And it was steering off a little bit, but I was able to, from experience, bring it back. And by communicating with the nurse, she didn't know something, she needed to know, she said, "Thank you, I'm coming back." It's a little thing, but I took responsibility to do it. I don't know if that...yeah?
00:13:48	S1	Yeah.
00:13:49	S2	So, it was just because that's what she was trying to achieve and I thought it is possible, because we all sat down and discussed it, but let's all communicate. Because we have to understand human nature is involved, emotions are involved and you have to act quickly in of end of life care.
00:14:08	S1	We talked about the most significant changes. You told me about the Care Act. But, don't you think it's a little bit theoretical, because it hasn't been applied so much?
00:14:32	S2	Yeah. I think it's true to say that. In fact, we also looked at research, what effect has it had, and there's very little evidence to say there's been a change. But I'm not a great expert on that.
00:14:44	S1	So, it hasn't meant a change of the system, of the nature of the system?
00:14:53	S2	No.
00:14:55	S2	It feels very much like the local authority have a reason to not provide a service because people. They're providing information to empower the individual to be autonomous, especially if they're over the financial threshold. That's how it feels. But I think also a major change is just me again, in my experience, medical technology has given older people an extended life, where perhaps years ago, they wouldn't have been available for the medical technology. So, people are living longer and the demand for the services is increasing. It's a bit of a mess at the moment. And we have something called an enablement package, have you heard of that?
00:15:44	S1	No.
00:15:45	S2	So, if somebody's in a hospital and they have a physical need that they can't wash and dress themselves on discharge and they had nothing in place at home. So, by going home, they're going to be vulnerable if they had no one around to help them. In order for the discharge to be safe, they'll put in an enablement package. They'll decide if the person needs a morning call, an afternoon call, whatever. For six weeks....
00:16:15	S1	It's like a tele-assistance?
00:16:19	S2	No, it's a physical person that will come in...
00:16:22	S2	...to just manage their needs for that six weeks to give them the rehabilitation back to base where they were. And they'll review it and it's free for six weeks. But it's to get people out of hospital. Now, that sometimes doesn't always go smoothly. Somebody might leave without it and they're vulnerable, fall and go back. So, there's a bit of

		a mess there. Then, or someone comes home with the enablement package. They're unsure of really what it is, no one's really explained it to them. After the six weeks, it's going to be... you're going to be financially assessed and then you're charged. Now sometimes, the social worker on this didn't explained that and they still think it's free after three months, and what a mess. So, we have to unravel all of that. Do you see what I'm saying? So, the Carer Act in principle is great, but the behind the-... the small print hasn't really been read.
00:17:28	S2	Because everyone's overworked, pressured, colleagues in hospital, I feel for them. But there are some people that don't use their integrity and accountability to provide right information because they're....
00:17:47	S1	And you also told me about the cuts on the services. Do you think it's more difficult to get the services, going into the system? Do you think that are there more difficulties right now for being assessed?
00:18:06	S2	Yes. Yes, there are. There's a waiting list.
00:18:10	S2	Huge. Yes. And if your needs are not acute, you'll have to wait regardless of your financial savings. But we have found that obviously, we want to advocate more for that person and say, "Look, we've just..." although they're still waiting for an assessment, "This has changed. Can we alert you to that change for them?" That's where we come in. Or we'll get the person to call up again themselves and say, "You must..."
00:18:41	S1	But it was since when...?
00:18:48	S2	Has the change been?
00:18:52	S2	We've noticed a waiting list has occurred quite badly perhaps, time goes so quickly. Certainly, not recently, a long time, a long time. But then, it was-...
00:19:04	S1	From the economic crisis or not?
00:19:07	S2	I think, as I said before, the local authority is coping with a high volume of deprived situations, acute safeguarding situations where people have acute needs. So, if somebody wants an occupational therapy assessment or a generic social work assessment for long term planning, they're going to wait a long time, because they have to prioritise according to need. They're now offering community hubs. So, if somebody on a low level can go in for a face to face visit, rather than wait for a home visit. And that's good. They're trying to do that. So, under the care act, if you want advice and information and a quick assessment, if you can physically go to your doctor, you can physically go to the hub, it's called. I get that. It's a nice choice. It's an option, another choice. Yeah.
00:20:13	S1	Okay, would you like to mention anything else you think is important? One question, do you also have social workers working here?
00:20:44	S2	Yeah.
00:20:46	S2	We have four social work geographical teams and we're a mixture of social workers and unqualified social community support workers.
00:20:57	S1	And I suppose they give information and orientation....
00:21:02	S2	Yes.
00:21:05	S2	We'll go out and do an assessment of need. We're not a statutory assessment. We'll go out and if see somebody at home, and we'll record their needs and do an assessment. And we'll advocate for them. If we know that they are above the financial threshold, we know that the local authority won't prioritise them for services. So, we'll try and empower them to achieve what they're trying to achieve. They will increase their wellbeing and independence. They may be lonely or isolated, we might give them information about a group they can attend or education or practical things for their physical health. Signpost them to mental health services if that's the case. Yeah.
00:22:01	S1	And what do you think there has been the impact of the Care Act for the users?
00:22:18	S2	We've always acted in the same way. For us, the Care Act hasn't made any difference. We've carried on focusing on people's wellbeing and independence, providing information before the Care Act. That's what our organisation does. Look at the person first and their carer. The Care Act for me, as a manager as well, has.... It's kind of my advantage really because it is about prevention, informing people about services, what's available to them, how they can increase their wellbeing, how they can process information. We take the time to explain it. Our local authority colleagues really don't have the time. I mean, I'm working on a case with a local authority social worker, she doesn't have the time... I don't have to close anything by a certain time, she's got to get on, you know. So, we work together. I might do some more creative things that she doesn't have time to do. She'll do the statutory need, it's a safeguarding situation, she'll focus on that. So, we're working together, it's working really well. I have contacts in the community to get a dementia advisor on board, so I'm doing that. So, we'll work in... collaboratively together for the wellbeing of this person. Does that make sense?
00:23:46	S1	How the changes have affected the users.
00:23:53	S2	As I said before, if they are below the threshold, they will be eligible for services, if they're above the threshold, they won't.
00:24:04	S1	But it was the same like....
00:24:05	S2	It was the same before. I really can't see... Safeguarding may have change... safeguarding has changed under the Care Act.
00:24:15	S1	That is good for the users.
00:24:16	S2	Yes, yes. Good for the users. That's extend... that's been more... yes, that's sharpened up, but the waiting list for safeguarding is high. Because more safeguarding has been alerted, in my experience, I've had to wait a very long time for a response for a safeguarding. It's because the local authority is choked with referrals.
00:24:46	S1	But now, safeguarding... all the people that, for example, have dementia have to be legal incapacitated.
00:25:04	S2	Well, it's-... the two things are not linked, I don't think. Just because someone has dementia doesn't mean they don't have capacity.
00:25:15	S1	Advanced dementia, I mean, in case that they wouldn't have mental capacity, then they have to be incapacitated.
00:25:24	S2	Right. Yes, yes. Well, a safeguarding situation can be, as you know, for a wide variety of situations.

00:25:33	S1	Or event abuse also.
00:25:34	S2	Yes, of course. Safeguarding, my understanding of safeguarding is that it's not the expectation that the local authority is going to come along and rescue the situation. It's very much they'll look at what's gone on and what can be done better next time to review it. But again, very collaborative, but they are stretched. Really stretched.
00:26:03	S1	The last part is about the explanatory factors. All these changes implemented in the last 10 years, how would you explain these changes along the time?
00:26:42	S2	Yeah. Demographic.
00:26:52	S2	Yeah, sociological.
00:26:54	S1	And how do you explain the fact that is more difficult to go into the system because people have to wait more time to be assessed. So, how do you explain all these changes?
00:27:18	S2	It's really, from what I see from the organisation, from the referrals coming in, to people talking to me, me seeing live situations of homelessness that we have here walking in, listening to the news, research, readings that I've done and my own personal view. It's from what we said, a demographic increase in older people, massive, massive. When I, as I say, started 15 years ago... Excuse me...
00:27:56	S2	... To here, when somebody was 100, was, "Wow!" Now we don't bat an eyelid, 104, 105. That's been a huge change. The changes in family dynamics, extended families. Increasing religious need in our community, expanding. Homelessness, financial crisis situations. Now, those... how do I explain it? Political. It's political.
00:28:30	S1	Is it political?
00:28:31	S2	It has to be. It's medical technology, extending people's lives, the expectation, "You can have this, and you'll get it. Keep my father and mother alive longer please. Do everything you can. Get them in hospital," clogging up hospital. There's all of that. I don't think the Care Act has had anything to do with it, personally. It's...
00:28:59	S1	Like a dynamic of the process of life, the evolution... do you mean?
00:29:03	S2	Yes, absolutely.
00:29:04	S1	And do you think the economic crisis has had anything to do, can explain it?
00:29:21	S2	Yes, I think so.
00:29:22	S1	Do you think the economic crisis has had an impact here, in England?
00:29:24	S2	I'm sure.
00:29:30	S2	Being homeless in this borough is a nightmare because there are very few properties. And, so advising someone to go to the local homeless unit, we know what's going to happen, they're going to offer someone out of borough and the people will decline. What happens to people, I really don't know. It's a very different landscape than when I first started, very different.
00:30:00	S1	But do you think that it has anything to do with the economic crisis, or not?
00:30:05	S2	I'm sure, I'm not an economist.
00:30:08	S1	No, no, but you...
00:30:09	S2	It's my personal- I think it must be. It must be. The benefits system is being cut, benefits are being looked at. The changes in the last 18 months from Disability Living Allowance has changed to Personal Independence Payment, all people have been reviewed on that.
00:30:30	S1	Yeah?
00:30:30	S2	Yes. And some people have had their benefits taken away.
00:30:35	S1	And why?
00:30:36	S2	Because of the changes in the political review.
00:30:41	S2	Yes, because they're cutting down on.... They want people to become autonomous. And that means, "You've been on this benefit for five years. We're going to review you now. You really don't need to be on it now. Go back to work." That's happened. We're seeing an increase in... we have a benefits team that helps review. They're inundated with, "Please help me, my benefit is being cut." It's political. I don't think it's... some cases, it's right.
00:31:14	S1	I am going to check it out, because it's important. This is an important cut in the system, this budget for Disability Living Allowance...
00:31:20	S2	Disability Living Allowance changed from that to Personal Independence Payment, PIP. And everyone had to have a review to see whether they're still eligible. So, that must've saved millions.
00:31:40	S1	Yeah. And when was it happened?
00:31:45	S2	I don't know, a year ago, 18 months, something like that.
00:31:48	S1	Okay.
00:31:49	S2	You can Google it. We've been inundated. Political, sociological change.
00:31:58	S2	To encourage people under the Care Act to be independent. Take responsibility.
00:32:18	S1	It's a little bit strange, you know, because now, from the Care Act, the carers have also to be assessed...
00:32:27	S2	But in principle, it doesn't happen. In reality, it's not happening.
00:32:31	S1	No?
00:32:32	S2	No. In reality, carers are not getting their carers assessment fully. That's a fact. Because there are not enough staff to do them, they're not done when you need to get them done, there's a waiting list for the local authorities to do them.
00:33:00	S2	Well unfortunately, if you do get a carers assessment, there's no money to support the carer.

00:33:07	S2	So, what's the point of having it? But... you know, there are... we could talk for days and giving examples and examples. But definitely to summarise, I think there's a political change, a sociological change, and a medical change in technology, fantastic technological changes. But I also believe that a hospital is for curing, it's not for dying. It's not for older people to be there for months bed-blocking, poor things. They need to be in their own environment, but... yeah. And what is another factor that I've noticed, when people are at end of life care, the local authority don't really know what to do. So, if somebody has a very fast deterioration, we will actually exclude the local authority and we'll work with the clinical commissioning groups to get fast track help via a different funding pathway.
00:34:16	S1	Because of health needs...
00:34:18	S2	Correct. Yeah. But some people slip through the net, you see. And that's another problem. When people are in hospital discharge, sometimes their end of life needs are missed. And they go home on an enablement package, but really that's the wrong pathway, and that's a problem as well.
00:34:54	S2	Or if their symptom needs will be missed. Were they... would you be surprised if this person were to die in six months or something? The palliative needs, the end of life needs are missed because people are not trained acutely to recognise that. So, they go down that pathway, but actually, they're dying and enablement is the wrong pathway. And these things happen. You have to account for human error as well and an overload of... the system is...
00:35:28	S1	So, and to sum up, don't you think that really this kind of accent in independence and prevention from the Care Act makes any sense?
00:35:54	S2	I'm veering towards no. I want to be fair and I can't see that it's made a difference at all in the general world. I mean, I hope you're going to ask other people their views and see what they say, they may have a different experience. But in general, the Care Act, provide information, advice, work in a preventative... we've always done that.
00:36:19	S1	But, the local authorities, they feel that they have much more work now than before and the staff has been cut a lot.
00:36:38	S2	Have you been speaking to social services?
00:36:40	S1	Yes, I'm speaking with ...
00:36:41	S2	And they're telling you that? That's true.
00:36:46	S2	So many social workers in the local... were cut. So, how can they manage? How can they manage? The idea of them being cut is that hubs and the helpline are providing information. Well, you can do this yourself if you go. But then somebody, maybe an older person doesn't know, they're not... can't go on the internet, so they'll come to us. And we recommend a wide variety of agencies that... we've got one agency that we go to that helps people put their paperwork in order. So, we'll work with them and that's really helpful. We have a befriending scheme, a volunteering scheme, we're chock-a-block ourselves, but we try to give that person that bit of dignity.
00:38:16	S1	Ok, thank you very much...

Transcripció 13

00:00:01	S1	Okay, first of all, could you please tell me a little bit about your work here in the Health Department?
00:00:14	S2	I'm the Chief Social Worker for Adults in the Department of Health. The three key things I have to do is advise the government, advise ministers, advise policy makers about social work and social work matters, try and influence the legislation or any guidance so that it accords with good social work practice, and underpins good social work. Now, the second bit is to try and improve the profession and professional practice through education, training, agreements, regulation, post qualification standards and so on. And then the third bit is to try and be a voice for social workers but also reach out to social workers in the field to understand their issues, to try and feedback what I'm trying to do in the department, and to motivate and inspire social work out in the sector with adults.
00:01:08	S1	In general terms, how is the long-term care system organised here in England?
00:01:15	S2	Generally, if people have money, they usually go about sorting out their own arrangements. So, if they have enough money, they might buy their own care home placement or get in care into the home, make a private arrangement with an agency or whoever. But where people don't have money, they have to rely on the state for publicly funded support. So, they would approach their local authority, social services department, social care department, say they're struggling or they need help. They would then get advice and information, or if they appear to be in need, they would have an assessment of their needs to determine whether they're eligible for publicly funded support, which is channelled through the local government, local authorities. So once the social worker, or whoever it is, establishes that you have a level of need that's eligible for help, then they will work with the person to identify what's the best way for them to be able to live life as comfortably as they can. Sometimes that might be through home care, people going into the home, helping somebody get up, get dressed, get meals, or maybe going, if they're...
00:02:32	S2	Or if they get to the point where they need 24-hour support, they might go into, what they call, extra care sheltered flats, where they have their own flat but people go in and out of the flat all the time. Or they might go into a residential home or a nursing home. Sometimes, if they are people with learning disabilities or mental health needs, they might live in a particular scheme where they have their own flat, but they have specialist staff there to support them, they might go to a centre during the day to do different things, they might be supported into employment, so many different things, it depends on the person.
00:03:09	S1	And the characteristics of the groups which are assisted by the social service. which groups do they attend? Do they attend children, do they attend just adults or people with mental illness, how are the groups and support organised?

00:03:32	S2	Local authorities have social care responsibilities through the life course. So, for children right through to very old people, locally, they may organise their services in a particular way. But they do have responsibilities for children, child protection, children who may be in need or families who may need a bit of support, but also children with disabilities, it's the local authority's responsibility to support parents to look after their children if they have disabilities. But adult social care, the Care Act relates to people 18 and over.
00:04:13	S1	With all kinds of disabilities, could it be mental health or physical disabilities or intellectual disabilities, everything?
00:04:21	S2	Yes, yes, yes.
00:04:23	S1	The teams that I have seen, they are called SMART, this is a multi-specialised rehabilitation team and they are both; adult social and health care. I don't know if this kind of teams, maybe they have different names, do they act the same in big cities like London or other zones.
00:05:12	S2	Well, there are some models where local authorities and health services will come together, join up teams, so that they're very focused on rehabilitation. So, they might have health professionals and social care professionals working together to improve people's functioning. Is that what you mean? Yeah. But most places will have a team like that, because they're particularly dealing with people who are just about to come out of hospital or to avoid them going into hospital, and there's a lot of therapy that goes on: physiotherapy, occupational therapy, building people's confidence, that sort of thing.
00:05:50	S1	Could we say that they are integrated, health and social. Is that the case in London?
00:05:59	S2	Yes, there will be teams like that.
00:06:03	S1	And if I am not wrong, the benefits are paid by the government through of the Department of Work and Pensions, aren't they?
00:06:33	S2	The department of Work and Pensions will pay people a benefit related to their disability. So, if you have needs arising out of your disability, you'll be entitled to a benefit payment to help you live.
00:06:57	S1	But if you have never worked?
00:07:08	S2	You can still get it, yeah.
00:07:13	S2	Well, it depends whether you've worked or not, you can get a personal independent payment, which is for disability related expenditure, and that relies on what level of disability you have. And you can get a carer's allowance if you're a carer, that's all through the benefit system, DWP. But if you then have social care needs that are eligible, you can get from the local authority a direct payment, an amount of money to purchase care, but you can only use it to purchase care, whereas the benefits, you can spend it how you want to.
00:07:53	S1	But I suppose people who are working have a different kind of incapacity. For example, if you are working and you have an accident, a traffic accident, then you have another kind of an incapacity or not?
00:08:16	S2	DWP, yeah.
00:08:17	S1	About the legal regulation, what are the main regulations in social care.
00:08:56	S2	Okay, so there used to be many. Then in 2014, they put in place the Care Act 2014, that is the main piece of legislation.
00:09:08	S1	And the former one?
00:09:25	S2	In 1948... I mean, you're better to read up on this, because I'm not an expert. In 1948, they set up the National Assistance Act, and they had different pieces of legislation. And over 70 years, more different ones, different ones, different ones, and then they said, "Oh this is no good, let's just have one which relates to adults called the Care Act," and that brings together everything. Then there's the Children Act from 1989, that covers children.
00:09:56	S1	It's still functioning?
00:10:01	S2	Yes.
00:10:02	S1	Are The children separated in the Care Act from 2014?
00:10:07	S2	Yes, yeah.
00:10:32	S1	Do you think that eligibility criteria has changed from the Care Act, or is the same than before...?
00:10:47	S2	Well, all the Care Act did was set a national standard of criteria that everybody had to meet a particular level. Whereas before that, they could choose which level to meet depending on their resources. Now, this is the level everybody has to meet, and it's in the Care Act.
00:11:28	S1	The second part is about the reforms in LTC system. You told me that one of the big reform in the law was that the eligibility has put a minimum of care. What do you think there have been the most significant changes in the system, in the last decades?
00:12:07	S2	Firstly, the carers, people who care for people, have the same standing under the law, so much more attention to what do carers, family carers, need to help them in caring for somebody, that's significant. That the wellbeing principle is the main driver, that it's not so much about being about what types of services and how much, but more about what's important to make this person feel that they can live their life and that they are quite happy with their life. So, you might be putting different types of things in or nothing. You might be just talking to them and encouraging them. But what's more important is the wellbeing principle rather than a minimum standard of health and safety. Does that make sense?
00:12:55	S1	Mm-hmm.
00:12:56	S2	Also, the safe guarding requirements that there's a statutory footing to ensuring people, if they're being exploited or abused or left to be neglected, that there's a responsibility on the state to sort that out.
00:13:10	S1	Are they the most significant changes from the last legislation?
00:13:20	S2	I think so. And also, that there's a much bigger emphasis on trying to prevent or delay needs increasing. So, you can see that if you provide some help here, it means that in six months' time, the person won't be being pulled into hospital. So, it's more proactive prevention, yeah.

00:13:38	S1	Prevention. Community based. So, maintaining people at home...
00:13:49	S2	And also, that somebody doesn't have to get to a really bad state before you help them, that you can see if you help them here with a little bit, they don't necessarily then have to get up to this point when you think, "Oh okay, now we'll help you."
00:14:02	S1	And do you think there has been a change in the philosophy or in the nature of the system related to you are saying?
00:14:18	S2	Yes, the change has been to do with, that it's driven by the wellbeing principle rather than gatekeeping of resources, a process, rather than a process. It's about what matters to you, what's possible, how can we look at what we could do either from your own resources, from the community, or where necessary, from publicly funded support, to keep you as independent as you can be. So, trying to think ahead.
00:16:03	S2	You can still... If you have money, you can still go to the local authority and you can say I want help to know what my needs are, what's possible. And then, if you've got money you pay, so you can still go through, but you don't have to.
00:16:18	S1	The second part of the law speaks about the financing, the finance cap, but it wasn't implemented yet, what has happened with this?
00:17:25	S2	It got delayed until 2020 because of the bad finances in the public sector. So, the local authorities were being told we're going to cut this amount of money, and you have to implement this cap. And they were saying, "What's the point of giving us no money, and then telling us to implement this cap? Better to leave the cap for a bit until our finances get into better shape, and then implement it."
00:18:07	S1	Okay. We are going to speak about the crisis. How do you think the crisis has affect to the social services, the long-term care services?
00:18:32	S2	Okay. I think the main thing is that they've probably had to reduce spending in some areas. So, for example, some of the very low-level preventative-type work such as luncheon clubs, you know, befriending schemes, kind of community work type things, they probably don't fund as much because they have to focus on people who have high level needs, firstly. Secondly, they've had to cut back on staff in various areas. So, probably less staff doing what they call back office functions, like admin or HR, finance, training and development. I think they've had to get the staff to be much more creative and innovative in thinking about how they might help people whereas before, they would just pull off from a menu of services. Then on the provider side, because they have not been getting increases or amounts of money they think covers what they provide, some of them have pulled out of the market, so you've got a very unstable provider market of home care, domiciliary care, and less residential beds available.
00:19:54	S1	Some research put the accent in the reduction of local authorities' budge. From where have the cuts been exactly? Some people think the amount of money that the central government transfer to the local authorities has reduced over and over. What do you think about this?
00:20:48	S2	I understand, yeah. I think it's definitely that central government have given local authorities less money. So, when they get their pot of money, they had to say, well, how are we going to use this pot of money, there's less. I think they cut back a little bit on social care, but actually, its other things that have suffered more, libraries, leisure centres, fixing the roads, they have suffered more because the social care is statutory, they have to do that. But I think it's definitely because they're not getting enough money from the central government.
00:21:20	S1	And do you think these changes has been for the economic crisis or there are other factors that can explain the changes in the last 10 years? For example, increase of people needs, citizen pressures, political and domestic decisions, European Union policies, why do you think, or what factors do you think could explain these changes in here in England in the LTC system?
00:22:20	S2	I think the main change comes from something that's been around for a long time, which is how do you make responses to people more personalised, so how do you give people more choice and control over what they want? So, the disability rights movement was very strong, saying if we had control over the resource, we would come up with a better way of meeting our needs. So, in the 1995, direct payments legislation was to try and say, once we've decreed what your level of need is, we'll give you the money and you choose how you're going to meet your needs. And this idea of people should be in charge of what's happening, so that's been a philosophical shift that was nothing to do with the financial crisis. And that's what set this...
00:23:08	S1	It was in 1995?
00:23:10	S2	It started there.
00:23:10	S1	In '95, and we have the Care Act now?
00:23:15	S2	Yes. It sorts of started to, yeah, move towards the Care Act, really consolidating the idea of thinking more about what matters to people, what they can do, how they have as much choice and control over what care they get so that they can live the life the way that they want. So, that's been the main change. Now, it just happened that it coincided then with it coming in when there were money problems with the public finances.
00:27:44	S1	I Okay, thank you very much for your time. I am really, really glad to you to receive me.

Transcripció 14

00:00:04	S1	First of all, could you please introduce yourself? And then, I would really be interested in knowing how you define the LTC system here in England. Because in Spain, although we have a parallel system for people with mental problems or learning disabilities, all people with care needs are included in the LTC system and have the same benefits depending on the grade of their dependency.
----------	----	---

00:01:01	S2	Yeah, it's slightly different here so I can maybe explore that. Okay, I'm the Chief Executive of Care England. And we are a representative body for care providers so we have large numbers of people who deliver care in our membership. And we represent people who deliver care to older people, to people with learning disabilities, to people with brain injuries, and to people with physical disabilities as well. So, our membership is quite significant in numbers, about 3,500 services, and also represents the entire cross section of residential care for those people.
00:01:49	S1	Do you mean community and residential care?
00:01:51	S2	Yeah, mainly residential. We have some community services but our services are mainly residential services. So, our biggest challenge is that our system in the United Kingdom is very separate. So, we have a healthcare system which is free for everyone at the point of need, and a social care system that particularly for older people is means-tested. So, one of the problems that we have is that our older population who have lots of health problems are told their social care problems. So, somebody with Alzheimer's disease does not get their care paid for by the government, whereas somebody with a learning disability who's younger does. And also, when the government does pay, when it's for older people, they pay very low levels. And when I say very low levels, we talk about £400 a week for residential care, that's for 24-hour care, works out at about £2.31 an hour, and this is to provide accommodation, to provide meals, to provide support, to provide all the services that you'd have to provide to somebody who is very frail and very old. So, there is a real challenge in our system in the social care is means-tested for older people but not necessarily for everybody.
00:03:17	S1	Not for everybody?
00:03:23	S2	Yeah. So, for example, a person who is very rich who was a young child with a learning disability will get lots of services, an old person who's got dementia and owns a house, who's not nearly as rich as their parents or child, will be asked to pay for some of their care. So, there is a great fragmentation in our system.
00:03:47	S1	And so, how would you define the care system in England? just for adults? because in the community social services we have both kinds of teams, one for adults and one for children?
00:04:08	S2	Well, one of our problems in the United Kingdom is that we have a very clear separation between health and between social care, but we have local councils who are leading on social care. So, in some areas, the local councils have split social work teams and in fact, they might have an older person's team, they might have a disabilities' team, they might have a children's team but in the other areas, they just have a team of social workers who commission care. We've also got a slightly challenging issue in that there are people in council who commission care, and then there are social workers who support people, who are the people who decide what care people need, but then there are commissioning managers who are totally separate from that, deciding what services should be in the local area. So that is another fragmentation that we have in the system.
00:05:05	S1	Now you have a new law, the Care Act, from 2014.
00:05:14	S2	Well, the Care Act gives councils the requirement to deliver a diverse and sustainable care sector. But the problem with the Care Act is nobody monitors the council, and I can show you all over the country lots of councils whose policy does not deliver that and, frankly, nothing happens to them. So, if you have a law which says you've got to do something and nobody calls you to account when you don't do it, you might as well not have a law.
00:05:45	S1	Do you mean that the law is not applied?
00:05:50	S2	The law is not applied. It's not applied to the council, but it is applied to the care provider or to the citizen. And the other slight problem was that when the current government came to power, we had the new Care Act which was going to give citizens a clear position on how much they would have to pay for care, and then the government said they will pause that act. So, it seems bizarre that you can do that. You know, for something that's just gone into royal assent and is now a law, how can you pause it? Well, they did. So that didn't help at all with the process of delivery because... And partly of course they paused it because local authorities weren't ready to administrate, and time and time again, the problem in this system is local authorities who are often incompetent, inept, they squeal about having no money when they've got enough money to put about 20% of it into their own pension schemes, so frankly they've got some money, and they don't have a very clear steer from national government about how they should deliver things. So, the government's obsession with using local authorities is a serious impediment to the delivery of good quality services across the country. And the other thing that I think is a challenge when people talk about localism, there is no framework which says to a local authority tell me why you're doing it differently in one area to another. So, what you get is no strategic approach to this, you just get what's happened in the past being the baseline. The other challenge is that, frankly, if I'm a person living with dementia in any part of this country, there are some things that I need. And it doesn't matter whether I'm in Newcastle or Newquay, I have needs, so why the service is so different in different parts of the country is because the government allows local authorities to get away with a completely unfettered laissez faire approach, and they don't call them to account.
00:08:05	S1	I was talking with two managers from the public services in a local area, not from here in London, and they told me they were absolutely collapsed since the Care Act has come in...
00:08:47	S2	Well, of course, because what's happened is public services in local areas have got completely detached from what their purpose is and from their local citizens, so one of the things that's happening is they're increasingly telling you how incredibly hard working they are and how incredibly busy they are, and how tough it all is. But the reason it's so tough is because they never change or shift from the way in which they work, so every cut is responded to by shaving a bit of the current system rather than saying, "Let's stop, let's see whether or not we are fit for purpose now in a new era and let's do things differently." And certainly, it's happening in local authorities but it happens more and more in the health service. The health service is just a bottomless pit. You can pull money into it, but unless it gets culture change and re-evaluate what its role is, and has an honest conversation about the cost of it, and starts to do things differently, we will be in perpetual crisis. And the problem that we have is that we've in crisis with the health service. But every time there's a crisis, politicians, instead of saying, "Well, you're going to have to sort it out," they reward it with more money. So, the cycle is, go into crisis, get more money, get more money, go into crisis, get more money, and we need to have a paradigm shift in this country about the health service as well as about social care.
00:10:11	S1	Okay, that is about social care and not health service, but it is related. It's the same system in Spain, the health care is universal and free and social care has a co-payment. So, could we say that entirely, the whole, long-term care system here in England is mostly for adult people?

00:10:39	S2	Yes. I mean, the majority of people who have care in the social care sector are adults and older people. But interestingly, the majority of people are older but, in some areas, the money spent on younger people with learning disabilities is more than we spent on older people. And there are probably 10 times as many older people as there are younger people and yet they hover up disproportionately high levels of the spend in the local authorities.
00:11:11	S1	Because the services for young people, I mean people below 65, are for free even if you have money?
00:11:29	S2	Means-tested.
00:11:31	S2	Yeah. Well, the majority of them are not. So, for example, if I am a person who is 25 and I need support because I have a learning disability, well, I'm not means-tested. If I'm 95 and I need a social care-...
00:11:47	S1	That is very unfair.
00:11:49	S2	It's not only unfair, I don't know why it's allowed to happen because in this country, we supposedly have an equality in Human Rights Act which says that age is a protected characteristic so how is it possible for social care to discriminate on the basis of age when there is supposed to be an act. But of course, the problem with all these things is that governments put in laws and then they ignore them themselves. But actually...and I'm outraged that the equality in Human Rights Commission hasn't done anything about it because it is quite clearly ages' act and an ages practise, and they have not done anything about it.
00:12:31	S1	I think around more or less 2000 started to be a lot of regulation... What are the main regulations in the LTC system? Because there are many pieces of regulations, what is the main regulation for long-term care here?
00:13:01	S2	The main regulator is the Care Quality Commission and they regulate all care services. And they regulate hospitals, they regulate general practitioners, they regulate care services. So that is the main regulator for care. And the Care Quality Commission inspects-...
00:13:24	S2	Well, there is a law that underpins it. So, there is the Care Standards Act or they call it whatever which act it is now, there have been so many, but there is a legal framework and the Care Quality Commission has legal statutory powers to inspect services, to give a judgement on services, to force services to publicly announce what their judgment is, they have the power to close services if they feel that they're inadequate. They have the power to force services to bring in an action plan to improve. Then they have the powers to ultimately, if they don't believe those services run a great quality, to close those services.
00:14:05	S1	But it is a commission for the services; they control the quality of the services, I suppose, they make a...
00:14:16	S2	They make a judgement on the quality of the services based on the requirements. And they have five domains which they look at. So, they look at is the service safe, is it responsive, is it well led, is it...I can't remember the other two, but there are five domains they work to. And then they judge every service on that, and then they give them a quality rating. So, they say this is either an inadequate service, requires improvement, good or outstanding, but only 1% of services they have defined as outstanding.
00:14:55	S1	Okay. So, are there many services that they don't work properly?
00:15:01	S2	Well, you see, good is good.
00:15:05	S2	And vast majority of services that...and actually what we should remind ourselves that good, is a good service, and the ones that are at the bottom of that are that requires improvement; but there's also an issue that there are hospitals who are in special measures, they don't close them, but if they're a care services they close them. So, there is like a level playing field across the system in how people are responded to by the regulator. So, I would argue that if a service is so unsafe, that it's in special measures, I don't want to go to it as a citizen, so why are they letting it continue.
00:15:45	S1	Which do you think have been the main changes since the law, what has the new law changed? Because councils have to do an assessment and assess everyone who is in need...
00:16:08	S2	Well, they're supposed to, but the problem with the law is nobody calls them to account when they don't do it. So, we had lots of things. So, we'd had in the past, everybody is supposed to have a carer's assessment. Well, does that happen? No. We've had in the past, every GP's supposed to be doing an over 75s health check, well they didn't do it. So, what did they do, they just said, "Well okay, you don't need to do it." You got councils who are supposed to provide choice, different options for people, and they don't do it. And who calls them to account? Nobody. So, you have all these laws which supposedly raised the quality, raise the choice for the citizen, but actually, the citizen doesn't have any choice. So, for example, the other thing which is another contention of mine, in a regulated service which is care is regulated; there should be no such thing as a council telling a person you can't go to this service or that service. But councils do that all the time, they have preferred list and usually, the people on the preferred list are the ones who provide the cheapest service and yet, the law says people are supposed to have personalised care and they're supposed to have choice, autonomy, and control, and the councils are not delivering that and nobody challenges it.
00:17:27	S1	They don't buy directly, but they supposedly, the council, buy the services that people need after carried out a care needs assessment and then they assess the level of money and they can get the personal budget or co-payment.
00:17:51	S2	Yeah, well yes. But of course, what happened was, there was a target which was to say people should be on direct payments, and local authorities hated it because people were not buying their services. So, what did they do, they changed the target. They said, "Oh, they must have a personal budget now." And interestingly, they say things like... So, if you go to the local authorities, they say, "Oh, older people don't want to manage their own budget." Well, how does somebody with a severe learning disability manage their own budget? Well of course they don't, they have an advocate paid by the taxpayer to do it. So why is that offered to a younger person and not to an older person? And what happens in the local authority is they say, "We will control the budget, we will tell you where you're going to go, we will tell you how much you're going to be given," and yet, the legislation that is supposed to underpin this, tells the older person that they should have an assessment of their needs, they should have a response to their needs in terms of the service, they should be maintained where possible in services that they want to choose and that delivering dependence or autonomy. So, there is this complete mismatch, there's all this rhetoric from politicians, there's all this legal structure, and then there's the reality of people who are told what they can get and usually, it's very little, of a poor quality and you only get it when you're in an absolute crisis. So, interestingly, another part of the Care Act is the prevention strategy. So, if you're supposed to have a prevention strategy and yet, you're only giving people services

		when they have a crisis, how does that work? Where does the element of prevention come in? So, if you look at where preventative services are in the system, they're pretty much been abandoned.
00:19:41	S1	I know only a little about the law, but I think it is focussed in the prevention. They focus the prevention assessing everyone. If you assess everyone, you assess people in all levels, not just people highly deteriorated, it should be a kind of prevention, don't you think so?
00:20:12	S2	Sure. But it's not a prevention if you don't do anything. So for example, if they came to assess a person who's 82, who's quite happily living in her own home, but she's bathing in a bath and they say to themselves, "Well she's 82, she's got the potential to fall and hurt herself, so what we're going to do is we're going to put some bath rails in that will help her in and out of the bath and stop her falling." Now, that would be a prevention strategy. And what they do is, they go in and they say, "Oh, she's fine, she can get in and out of the bath." And then they wait until she has a fall and breaks her hip and then they say, "We've got to bring in some support or we'll put a hoist in her bathroom," well, it'd much better to put something in her bathroom before she broke her hip. So, there's seems to be no connection with this notion of prevention.
00:21:01	S1	(...) So, there is a study that says the level of funds in the long-term care system had been reduced by 10%. Also, the numbers of jobs in LTC have been reduced by 5 or 6%. That is a lot...
00:21:39	S2	It's a lot, but of course what the problem is the politicians haven't turned down their rhetoric. So, the politicians haven't said, "Okay Mrs Jones, you might be 82 but you're not going to get a service anymore," and then there is this mismatch between rhetoric and reality. Now, I would argue that probably the problem is, the response of a local authority is always to say, "We've got a cutback on staff." Well, there are these things they could cut back on. They could say, "right, we can't afford an index-linked pension scheme anymore," because actually, the majority of the people don't have an index-linked pension schemes so why are they spending a huge amount of money doing that rather than deliver a service? Now if you ask your [inaudible 00:22:21], if you went out on the street and say to the people who live in Lambeth, "You have a choice, either you can have a service or the people who work for the council can have a very good pension scheme." What do you think people would say? They'd say, "I want a service," but they never give them that choice. So, councils always do what they've always done because they have no creativity and because they never shift the paradigm, and faced with this level of cuts, what you cannot do is do the same things you've always done, but just do less of them. This is a moment in time when you have to say, "Let's review how we do things and let's shift this agenda completely," but they never do that.
00:23:10	S2	And say for example, a council will tell you they've got no money to deliver X number of either a social care packages, but then they will tell you, in a regulated sector remember where the taxpayers pay for regulation, where they've set up a monitoring unit to make sure that council services that they outsource are done properly and they put four people in it. Well, how many care packages could you buy for those four people on 45,000 to 65,000 with pension and contributions and an office accommodation? You can buy loads of care packages. But because they're obsessed with control not with outcomes, councils always replicate things that somebody else is doing, and there is a regulator so why do they get involve in that? All they need to know is any service that is a regulated service is considered to be a usable service, so they do not need to have a department which completely reinvents the wheel. But that's about their desire for control rather than their desire to deliver care.
00:24:18	S1	(...) the next part is about the reforms. Theoretically, now, we have the Care Act but it's not so much useful. So what reforms do you think had been implemented since the economic crisis?
00:25:14	S2	Okay. Well, I think one of the problems is that they have not connected these reforms. So, what happened is they done things like pause the Care Act as a way of saving money, but then they've still... Because the Care Act is still in normal, people or citizens expect to get that as their position and then they're not getting. So, what we've seen is, we've seen the economic crisis results in things like pushing problems further down the line. So, the reforms would've been very helpful to citizens because it would've meant that they had a really clear position on how much money they'd be able to leave to their families. And instead of 23,000, it would've been a 100,000...well, 72,000. So, what the crisis did was it meant that there was less of that sort of certainty for the citizen. The other thing it did was it's...
00:26:17	S1	Cuts, do you mean?
00:26:18	S2	Yeah, well-...
00:26:19	S1	Less services?
00:26:20	S2	And there's less services as well, because what happened was the government cut back on local authority funding. So local authorities they had a cut back on services, but of course, the Care Act supposedly gives you a unified assessment process, so there shouldn't be any difference in your access to services depending on need wherever you are in the country. But of course, there is because the cuts meant that some areas cut worse than others, the cut meant that some people got access to service and other people didn't, because they were delivered in a completely piecemeal way, and then when the government decided there was crisis in social care, they put a lot of money in. So, they put first of all, £3 billion in the first budget with Chancellor Osborne, and another £2 billion in the first budget with Chancellor Hammond. But...
00:27:11	S1	Chancellor Hammond, who's that?
00:27:13	S2	He's the Chancellor of the Exchequer, Mr Hammond. And the previous one was Chancellor Osborne, Mr Osborne. Now, Mr Osborne put £3 billion extra in, Mr Hammond put £2 billion extra in, but because they gave it to local authorities, some of them just didn't increase any of the funding, the social care. So, you are now in a space where the...in effect, the position means that there is a free for all when we were supposed to have consistency across the system. And it's all about local authorities, and they all do things differently and I just don't know why they're allowed to do that when we're supposed to have a Care Act. So, the response of government was cut back to the local authorities and then give money to the local authorities, but the local authorities, they'll cut back when they're told to cut back. When they're given the extra money, it doesn't necessarily go into care.
00:28:07	S1	And then do you think that the most impact has been in the services, in delivering the services? And in the access ...?

00:28:23	S2	Yeah, certainly, the access issue has been very much affected by the austerity thing. And of course, the other thing that's happened is people are getting less services at higher levels on dependency, so people who've got high level needs are given low level services just to keep them on the cusp of crisis.
00:28:44	S1	So, in reality, don't you think that the philosophy or the nature of the system has changed with this new law?
00:28:53	S2	No, I don't think it has. I think the new law has been something which has raised expectations but hasn't been delivered. And partly, because the government paused it, and partly because the government has no mechanism to make sure local authorities do what they're supposed to do.
00:29:10	S1	So, how would you explain these changes? on one hand, there is a big effort for changing the system to be clearer, to be more regulated, but on the other hand, the government didn't put enough money to finance the services, so the local services have not enough money to finance. What factors do you think can explain these changes over the last 10 years? What factors, for example the economic crisis, citizen pressures, the globalisation... what do you think are the explanations?
00:30:18	S2	I think that the explanation is, in terms of cutting back, it's the economic crisis and the desire of governments to bring their physical policy into line and to make sure that they don't run unsustainable deficits. The other issue there was that citizens are really starting to engage with this because there are more of them, and it's very obvious now, particularly when you see older who are living with dementia, this is a problem. It then also has become a problem in the health service. So, what we have got now is a health service that says it's on the brink of collapse, [inaudible 00:30:52] with a 136 billion in it. And so, when the health service starts to suffer and squeal more than that, when it squeals, politicians are so nervous of what the public think about the health service. And of course, the public had 60 years of propaganda about how wonderful it is, and it is wonderful, but the problem is it's not fit for purpose in today's system because actually, the position is we spend you amounts of money on things like hospitals and we should spend it on helping people to live well with the long-term condition. So, what we've got is a 1948 model with a 2017 problem and we haven't revised and reviewed the system. Well, if you look at the amounts of money in the system, if you carved it up differently, you'd probably be able to deliver much better-quality services and deliver them much more appropriately because we've now got the challenge of long-term conditions. So, I think it's a political challenge that's caused where we are and it's also an economic challenge as well.
00:31:59	S1	I don't want to take you more time because I think you are a busy person. That's fine. I just wanted to ask you. I got some interviews with the charities, but I don't know how to approach to private sector. So, how can I do that?
00:32:28	S2	I'm sure we could find some people in the private sector to talk to you. So just drop me an email and say, "Can you get somebody in the private sector I can talk to."
00:32:36	S1	Okay. I'd really appreciate if you do it for me...
00:32:41	S2	I will do that.
00:32:42	S1	Okay. Okay, perfect. Thank you very much
00:32:44	S2	Great, excellent.

Transcripció 15

00:02:16	S1	(...) The first question is could you please introduce yourself and your relation with the Long-Term Care sector?
00:02:42	S2	I have a company that has built nursing homes for old people to live in for the last 25 years, and we build them and operate them, we run them, and then some I have sold, and now I'm left with three. I have three homes which have about 200 people in them, total.
00:03:12	S1	Users, do you mean?
00:03:13	S2	Users, yeah, all in Sheffield in the north of England. And the ones in Sheffield were the first ones we built, so they were built in early 1990s, and they are still there, working. And that's it, we've gone up with what we've done in there, we'd come back down to just three homes in one city, and we provide the service for the people of Sheffield, the old people who need some sort of nursing support, residential nursing support, not in their own home.
00:04:02	S1	And what is your main task? I suppose you are the manager. What is your job?
00:04:14	S2	My job used to be the director of the operations, but now I don't do that anymore. In the company, we have a person who is managing director of day to day operations, the finances, and the smooth running of the company, that's what her role is.
00:04:36	S1	So, are you the supervisor or...?
00:04:40	S2	My job now is... we had two homes, we have one home in London and one in Kent, and I moved from the north to the south to sell those homes, and I've sold them and not gone back to the north, so our plan now - my plan now - is to sell what we have in the north, so as a result, I am not in the management team, because when I sell it, the buyer doesn't want me, so I'm now out of the system, but I still have to watch it because it is a big investment.
00:05:38	S1	And what is the reason why do you wanted to sell it? is it because you want to retire?
00:05:45	S2	Because it's very, very, difficult to work with the public sector, so when you're a private sector, the public sector in this country don't like you, and they don't like the system, they would rather - the public sector would prefer that they provide the service, not the private sector, so as a result of this mentality, they don't pay us enough money to do the job properly. So, the job, the management and the operations are constantly a problem, because of the shortage of money we get to do the job properly.
00:06:32	S1	But they don't have resources anymore... that is not in the questionnaire, but they don't have any service because they sold everything, the public sector...
00:06:48	S2	Yeah. They have a few places.

00:06:52	S2	A few places, but very few. The majority of provision of services, buildings and services are private... There's a few of them around still not for profit, but they make profit. They say they're not for profit but they make a profit.
00:07:28	S1	Yeah. That is an eternal discussion, do you know? and it's the same in Spain, because they depend on the public sector a lot, they rely on the public sector, and they also have to make money if they want to survive...
00:07:56	S2	Yeah. Exactly, yeah.
00:07:59	S1	So, you told me that the profile of the users of these residential care homes were old people. weren't they?
00:08:21	S2	Yeah.
00:08:22	S1	You have been working for a long time in the Long-Term Care System... so if I asked you what is the Long-Term Care System here, what would your response?
00:08:57	S2	I mean, the fundamental is that... and this originated when we began the welfare state that you've already mentioned, so our welfare state has started after the war.
00:09:14	S2	After the World War Two, England or Great Britain, decided to create a system of care and health that would be funded by the tax payer, so effectively, the public sector would control this new system, this new approach to health and care. And we created something called the National Health Service, and the idea of the National Health Service was it was a National Health Service, and national being the government and this would look after people, any English citizen, who needed any sort of health, and care, and support, would be cared for through the NHS, the National Health Service. Before the war, we didn't have that. Created by a guy called Bevin, and he persuaded the doctors on the hospitals to take on and embrace this new world of care, because before that, the country had people who would pay for their care and health, and then you could also get... you could go and get a voucher if you had no money, you could go and get a voucher from a certain department, that you could use to buy your support- your health medical care. Don't forget this was soon after the introduction or the invention of things like Penicillin, which, one of the biggest changes in all our lives, was Penicillin, and so, the system was emerging where the public sector was slowly but surely going to take charge of the future, in this country of health and care, and to do this, they set up an element of tax called National Health Insurance, NHI, and this money was raised, which was tax, it got everybody who was earning money paid tax, this money was raised to fund the National Health Service.
00:11:52	S1	But the health care service and social care service are different....
00:11:56	S2	Yeah. In that era, at that time, social care was very, very small, it didn't really exist. As the socialist movement got into power after the war, they very quickly developed a concept of social care to sup- I say quickly, over 20 years, not over two years, to support the health care. So, you had the health care in the hospitals and the doctors, and then the social care was some sort of support for people who maybe weren't really ill, but they just needed help, social services, and you could go to your local council, your local government, and receive support from them whatever it is you needed, which still exists, that's where it all began after the war. This has now grown into a different place. So originally, when they decided that they would look after older people, because what they were discovering is that the old people, who are the majority of the users of health and social care, so in our hospitals today, two thirds of the people in the hospitals are over 65. Most people in a hospital bed are over 65, so as it emerged, as the hospitals grew through the '70s, '80s, and '90s, and the number of hospitals went up to support the increasing population, these places all funded now by the NHS system, and the system is sort of like working, because to begin with, the doctors were very reluctant to work with it, but they embraced it and worked with it, and the hospitals grew in number, and then they also had councils building places for old people to live in as well. And in the 1980s, the English private sector was given the opportunity to build what they called, convalescent homes. So convalescent home was where you would go and you would maybe have bronchitis say, and need some, nowadays, basic treatment, a bit of Penicillin, or whatever, you'd go in there, and then if you got better, you could go home and if you didn't you didn't go home.
00:15:06	S1	I know, but that is like a convalescent. It's like for a short time, if you suddenly had an accident or something, and you need to be in a place after you leave the hospital ten you will be in this pace for one or two o months, is a place just for rehabilitation...
00:15:29	S2	Exactly. That was the convalescent home.
00:15:32	S1	It is like in Spain. In Spain, this kind of convalescent homes also exist, where you can stay for two or four months.
00:15:41	S2	Yeah. And most people in those places, and they were nearly all setup by the sea, because in that era, in the '50s and '60s, people thought that the sea air is all good for you, and so what happened was, the seaside hotels, many of them converted into convalescent homes for older people to come and live in, to be by the sea, and to have maybe a little bit of help, food, whatever, and this business grew. It grew quite fast, the convalescent homes, and then what happened was, the government announced that a private sector company could build or open a place for old people to live in that would have to be registered to provide this service, and if the person needed the support, and the doctor said they needed the support, then the government would pay. And we set something up called the RNHA, I think it was called the Royal Nursing Home Association... well it might have been something like that. That was...
00:17:05	S1	And why this association?
00:17:07	S2	Because that was an association of all the building, all the homes that were created to do this and it became official, so you could set up one of these places for old people to go and live in it, or older people to live in it, but you had to have it officially registered. This was the first of that in the '70s, and so, out of that, the residential care home emerged. Some councils have built some, but they were mainly private. About 50/50 at the beginning, but it was then more private started to get built.
00:19:27	S2	So political decisions were made, and they created a system in the 1980s, where if you were old, and you were either lonely, or even if you're a couple, and you felt you need some sort of social support, you could merely go to your doctor, get a form from the post office, fill the form in, and go and live in the care home. They call the era, the golden egg of development. So, a lot of developers started to build these care homes for older people to go and live in, in the mid to late '80s, and by the early '90s, when I arrived on the scene, you had about... let me think, there's now 400,000, there were about 80,000 care homes when I started, now there's 400,000. In that era, there

		must have been 80,000. They were fast growing, these buildings where you'd get a three-square meter bedroom, food and services, and the government would pay for, if you went and signed down the local post office, you got your ticket, it was called an SP1 form and you're in, and that was it. Everything paid for. We got the money from the post office and old person lived there, and these places were regulated by the NHS. The NHS had an inspection team who would come out and inspect the buildings to see they were okay, and that worked very well. Well then the conservatives in the early '90s decided that this free movement of money into old care was not being policed by anyone and was becoming too expensive, so they changed the system of payment and moved the responsibility of the money and the decisions, to local government, so the local government in 1993 I think it was, were given that task, so they said, "We're not doing this centrally anymore, you people at council, we'll give you the money and you have to run your own system for old people in your area." And at that point in time, a lot of the northern cities had built their own provision, so a lot of the socialist cities had built their own care homes, so the government said to them, "Over the money we give you, 80% of the money has to be spent in the private sector, so you can only keep 20% for your own services", and what a lot of northern local councils did is, they took their homes and they put them in the trust, which meant that they were then officially, legally, right, it was illegal, but no one was challenged, and they became private sector homes owned by the council, and on it went. So, the money came to councils, the number of beds was still growing, and in the '90s, the number of hospitals closing was alarming. So, in the early '90s, we had over 300,000 hospital beds, and now here are in 2017 which is, what's that, 27 years on, we have now got 130,000, so we have gone nearly two thirds reduction in hospital beds, so how is that possible when we're a growing demographic? The answer is, when John Major was in charge of the politics in the '90s, they took the decision to reduce the number of hospital beds because they were full of old people, and to farm out the old people to the private sector care homes, so the number of private sector care homes grew through the 90s, fast, and it went from 80,000 to about 300,000, it was a very, very fast expansion. And at the same time, the hospitals were closing, because we had a lot of hospitals, that were long term care, we had what we used to call loony bins, that nowadays, that would be considered, politically incorrect to call it a loony bin, but these were basically dementia hospitals, they all closed across the country, there are none left, not one, and they were replaced with a new care home that could look after people with dementia, so the old loony bins that were hospitals, I mean, loony bin was like a nickname, their real name was...
00:25:14	S1	Loony is because they had dementia?
00:25:17	S2	Yeah. It has to do with the moods.
00:25:20	S2	And a bin is like the dust bin, so if you're loony, you just chuck them in the bin, the loony bin. It was a high security... it was like a prison, the loony bin, people were secured in there, and that's where they lived their lives generally away from the town in this big old building.
00:25:42	S1	They were like mental hospitals.
00:25:43	S2	Mental hospitals, yeah. Yeah. So, these places were closed down in the late '90s, early 2000s, they all disappeared, to be replaced by private sector care homes, smaller, more efficient, better service, better building, more modern building, and all the rest of it.
00:26:09	S2	So that's that, and the councils funded the new wave of care homes. That's how that worked.
00:26:21	S1	Okay. We are now going to talk about the changes because you explained it very extensively, the history of the services.
00:26:52	S1	So, in the private sector, how does it work when one person needs care and this person goes to the social services in the council, how is the process? does the municipality put people in contact with you, or does the person directly go to the provider, or it can be both?
00:27:47	S2	Okay. Fundamentally again, the system of the history has emerged into a system of not everybody gets support, you have to be financially assessed to say if the government pay for you or if you pay for yourself, and where we are today, about 50% of people in care homes pay for themselves, and the other 50%, the government pay for. If you're private, if you have to pay for yourself, social services are not interested, they don't want to know, they would just tell you, you can do what you want, so the rule in this country, if you're worth more than £23,000 with your money and your assets and everything, the government doesn't pay, so say, you're worth 50,000 and you ring up social services and say, "I want you to help me to get into care." They will soon see that you have the money and say, "We can help you find a place, but you pay." So fundamentally, social services are there for the people who have less than £23,000, that's it.
00:29:42	S2	So, approximately, we have 400,000 people in care homes, there are 400,000 care home beds, my opinion is less, but the official figure is about 385,000, and half of those are paid for by the government approximately.
00:30:29	S2	Yeah. But don't ask me why the people don't have the money, I can't answer this question, what I can tell you, as an example of the problems the country has with this issue, is if I take Sheffield, because I know it best, Sheffield has 500,000 people living in it, it has about 3,000 people in care home beds of which half are paid for by the council so 1,500 people, so if you are being paid for by the council, the council has a legal obligation to financially assess you, which means the council has to assess financially, 1,500 people per year effectively, if they're placing 1,500 people, which is 30 people a week. That's how many people should be being financially assessed. How many financial assessors do you think Sheffield has?
00:31:43	S1	I don't know.
00:31:44	S2	I ask the question, if there's 30 people a week have to be assessed, how many assessors?
00:31:53	S1	I don't know.
00:32:01	S2	They have two.
00:32:04	S2	Two, to do the financial assessment.
00:32:08	S1	And why?
00:32:10	S2	Because of their resources or lack of resources, but there's a far bigger thing than that they will never admit, that in the northern cities where they're socialist, they feel that everybody should get free care, so they are not bothered about financial assessment.

00:32:32	S1	That's good.
00:32:33	S2	It's good for the people...
00:32:36	S2	But it's not good for the government, Because the government needs this people to pay.
00:32:41	S2	Otherwise, the council can't afford to pay for a proper service, and this is a huge problem in this country that nobody talks about, because if they were all assessed properly, there would be less people than the government is paying for, which means the pot of money from the government per person is bigger, so they can then pay a fair fee for the service. So that's a problem we have. But the answer to your question is, how do people get it, they go to the social services, they assess them, and if they decide- the social services, they decide the person needs a care home, they come to us with a person and we take them. That's how it works.
00:33:38	S1	So, when they refer the person to the service does municipality, the council, pay you directly or who pays you...
00:34:16	S1	In a case that a person needs to go into a home care and doesn't have money to pay, so is the social worker in this case who arranges and talks to the services and pay you directly?
00:34:40	S2	Yeah.
00:34:40	S1	Or is it through the person?
00:34:43	S2	Oh, no. The council.
00:34:48	S2	But it's more complicated because okay, if you live in a nursing home, then the National Health Service, the NHS, they make a contribution, so in the nursing home, you have a contribution from the NHS, a contribution from the municipality, and sometimes even contribution from the individual, from the patient, because if you have more than £13,000 but less than £23,000, in that band, the patient makes a contribution, not very big but they make a contribution.
00:35:39	S1	Like a co-payment...
00:35:41	S2	Part payment, yeah.
00:35:43	S2	Yeah. So that's how it works, that's the break down.
00:35:47	S1	Yeah, because it's a nursing home. It is supposed to be for the medical care and it is paid by NHS. In Spain is the same.
00:36:03	S2	Yeah. It's a flat amount, £150 a week comes from the medical.
00:36:08	S1	Because the idea is, I suppose, that the medical care is very expensive, it's more expensive than the social care.
00:36:26	S2	Exactly. And then another thing you need to know is here we have the hospitals, the ultimate line from health support, then we have the care homes, and now we also have something called home care where you stay at home, and they send someone to you to look after you.
00:36:55	S2	That's it. Domiciliary care.
00:36:57	S2	Yeah, so that's the other level.
00:37:02	S1	Yeah. We have different kinds of services, one of them is residential and the other is community care. In community care, we have home care and daily services- daily or night services, it's just in theory, they exist, so I don't know if there are many of them but they exist. Like, for example, they are very common in Spain.
00:38:43	S1	Okay. We are going to move to the second subject. The second issue is the reforms in the last 10 years. What reforms, do you think, have been implemented in the 10 years?
00:39:26	S1	How are people assessed if are the services costlier? Changes in the access to the system, about the money that the government gives to the services or organisations. Maybe the changes have been in the staff. Have you noticed any change in the access to the systems, in the provision of the services; eligibility criteria, in the co-payment, and so on?
00:41:37	S2	I mean there's been a lot of changes in the last 10 years, so going through the general ones, you know, you have eligibility criteria has changed enormously, so you have to be much more poorly, much iller, to come to us now than 10 years ago, and they are much more specific on the person's condition before it becomes residential care or nursing care, and there's a massive layer now of regulation to say what makes someone residential, what makes them nursing, and what makes them dementia. Pages and pages of each admission, 20 pages admission document that you assess our people, assess the patient to say what we think, but now the government also assess them and say what they think, and the person that wins is the government normally.
00:43:17	S2	The person who makes the assessment is normally a social worker. Normally. Sometimes, they will have a district nurse, sometimes it's a nurse, sometimes it's a social worker, but one thing for sure, is there's not enough assessors to- as the old person's condition gets worse, they move from needing residential to nursing, and the person making these decisions, is not there. They should come, we say, "This person is now no longer residential, they should be getting nursing care." And they say, "Okay we'll come in eight weeks." And eight weeks is a long time, and that's what happens. So, the care homes who are trying to look after someone with residential money, who is a nursing patient, it's very difficult, and that's a big problem going on at the moment.
00:44:27	S1	So, you mean that it's difficult to change the status of a person who moves from social care needs to nursing care?
00:44:51	S2	Yeah.
00:44:52	S1	So, do you mean that government delayed a lot to pay?
00:45:01	S2	Exactly, yeah.
00:45:03	S1	And why do you think it is?
00:45:07	S2	To save money. Yeah. It cost us money, and it saves them money.
00:45:13	S1	But, I suppose, if you make an application to the administration, it doesn't matter how much time takes the administration to decide. this should pay since you have applied for it...
00:45:38	S2	Yeah.

00:45:42	S2	Not here.
00:45:43	S2	No. Officially, they have to come and check them in five days, but that never happens, never happens, it's normally about eight weeks, two months, sometimes three months, sometimes after the person's died. So, we, my company, we don't take residential. We don't take the residential, because they cheat us, they get us to take residential, when really, it's a nursing person. Dementia we have a place for those with dementia, it's not a problem, because nobody can argue about dementia. Dementia is dementia. It's easy to measure, so we're okay with that. We have a dementia unit, and then nursing units. And we also have contracts with the NHS, which is very rare, in each of our homes to provide a service where the person comes out of the hospital, they come to us for 30 days, and then all being well, they go home because they're lying in a bed in hospital, they cost the hospital three or four or £500 a night, and if the... this gets a bit complicated, if the council doesn't get the people out of hospital, it's called delayed discharge or you maybe have people talk about bed blocking, if the council can't get them out from the hospital in a certain time which is a short notice time, the council gets fined £300 a night for the person staying in the hospital, which is £2000 a week, and when the council put them in our places, they pay £600 a week, so it's much cheaper to get them from the hospital to us, and pay us £600 a week, than a fine of £2000 a week, but they don't do it, they pay the fine. And the problem that's happened is in the last three years, so many people like me have now closed, that now they genuinely have a major problem because the hospitals are full with people, we are full like tonight, I have 200 beds and we have three available beds tonight which is nothing, we're running at 95% the whole time, we have some double rooms, big rooms where you can put two people in them, but that's another thing, that's not a big issue, and they don't want to put two people in the room, so we have probably tonight, we have another three beds in double rooms, but I don't count them, so we have three available rooms tonight. If we're lucky, I think it might be two. The hospitals this evening in Sheffield have 60 people lying on trollies in corridors, because there's no spare beds, and there are no care home beds in the city to put these 60 people other than a bed, my three beds and another care home maybe has two beds because maybe yesterday someone died, and there's a bed available, so there's always a turnaround of people. So, basically, the city is running full in the hospitals, in the care homes, with no solution to the problem. We have more people growing older, and nobody has a solution to this issue. Home care is okay, you send them back to their own home, but it's generally more problem than it's worth because you send them home, and a week later, they're back at the hospital, because they go home and fall over and have to go back, because they're too poorly. So, we are in a... the truth is, and nobody wants to tell anyone this, the country's in a mess, we've got more people growing older with not enough services, so what they need to happen is to encourage people like me to build more places to create the provision. The hospitals can't do it because they have no money. The private sector can do it because it can get money, but the private sector is not doing it because it's not worth it. There's no profit.
00:50:58	S1	Yeah.
00:50:59	S2	So, we don't do it. And we have got to a point this year, where it's- they're stuck, the country's stuck. In the middle of July, the best time of the year, the hospitals in Sheffield, and I talk Sheffield because I know it but everywhere is the same, the hospitals are full, we're full, home care, there's no one to do the service, they can't find the carers to go and do home care, and it doesn't work. Home care is- yes, it's cheap, but it doesn't work because the people are too poorly, so they send them home, you get someone who comes in for half an hour a day to look after this person for half an hour, by the time you walk in the door, make some tea, sit and talk to them, it's time to go. They've had no bath, they've had no food, and that's the service. So, it doesn't work. The residential service is very good because we have them 24 hours a day, they are safe- you hope they are safe. They're safe, they've got food, they can be washed, and they have their own room. So, it's not where I want to live, where you want to live, but if you're old and poorly, it's a very good place to live. And then that...
00:52:36	S1	But if you are not autonomous, if you have a high level of dependence...
00:52:46	S2	Yeah.
00:52:46	S1	You need to be in a place 24 hours.
00:52:51	S2	Yeah. And so now what's happening is, people like me who know the market, we know how to do it, we're all selling, and we're selling to investors from abroad, so American money comes in, and they put the money in and they're building these big groups and they'll buy my group soon, but the people in the sector who understand the management of it, we've had enough. We've had enough. And so, I don't know what the solution is. It's not good. There're not many new people- not many new places being built to help the hospitals. There're places like I showed you what we were going to do, there're places where you can build a luxury place for old people, but this doesn't really help the hospitals, this helps someone with money, so if someone who's going to pay £50,000 a year, who's maybe worth £1,000,000 no problem, it's good for them, but they're not the people in the hospital.
00:54:14	S2	Yeah. And this thing I told you, intermediate care, where they come from to the hospital to us, and then they go home. We have a contract with the NHS in Sheffield for this service, 75 beds, which at this time a year, we're probably running with five empty beds, so the five beds, they don't need them. They say they don't need them, but tonight, the 60 people in the hospitals are on trollies. You think, well why aren't they in our empty beds? And they say, Because they're not intermediate. We...
00:54:52	S1	Aren't they intermediate?
00:54:53	S2	Intermediate means you're within 30 days all being well with your assessment, you should be with us for 30 days, we have therapists in the building to make them learn to walk again, whatever, if they maybe had a hip operation or something, and then they go home, might be 40 days, but at least they're in us with the therapist. So what they've just done, this is their sort of solution, the NHS, they created a new type of service called 5Q which means five questions, where the people from the hospital come to us permanent, not to go home, they come permanent for the same fee as the other permanents we have, a little bit cheaper than the intermediate, and their idea is to eliminate the intermediate because it's cheaper, so where we are in Sheffield, they pay £660 pounds a week, if you go 100 miles away, they pay £1000 a week for the same service, so we're the lowest one, and the ones who come on the 5Q, they get about £600 a week, so it's £60 a week cheaper, but without intermediate, we don't have the therapist, all the therapists have to go, and so it's not making a saving, it's ridiculous what they are doing, they're almost- it's like Nicola who runs the company, she said, the NHS has started to fight with itself, so they have one division on

		intermediate care here, this new division here, who both want our beds and you think, "This is just ridiculous what's happening." And it's not a solution to the problem, because we still are full, either way, we're full, my opinion is intermediate is very good because the pathway of intermediate is very sensible because it come from the hospital on long term, so it frees up the hospital, with us, we have NHS therapists working for us, they make the person better, and then they go home, very sensible, and then at home, they're okay. The other lot, this new lot, 5Q, they just come to us and stop, so we're full again. So, then what? And this is the problem, and they're not thinking about the solution, and so the government saw it- central government saw this, and they said in April, we will give you more money, the idea of the money is to improve the funding for social services for nursing homes, give them more money, and it will encourage me to build more houses. But they didn't give us the money. They give the money now to the NHS, to get the people out the hospital to us, and if they don't pay us more money, we won't build more, so we're in really bad place at the moment, I think.
00:58:31	S1	And do you think that, in general, the problem is the funding from the government?
00:58:37	S2	It's way too low. It's worse than that. The last five years, the government have had a net reduction in funding of £6 billion, so they started when David Cameron and George Osborne got in, and they introduced this thing you probably heard, Austerity, they said we need to get the public funding cost under control.
00:59:05	S1	From 2010, more or less...
00:59:07	S2	Yeah. Exactly. So, what we'll do is we're going to start cutting the amount of money we give to the local government. Now local government employs many, many people, and it employs many, many people it doesn't need but all these many, many people it doesn't need have very good pension schemes, and very good redundancy schemes, so you can't walk in and say, Sheffield as an example. They employed 20,000 bureaucrats, the people in the offices, and if you go in and say that we've had our budgets cut by 10% this year so we're going to lose 10% of the staff, the cost for Sheffield to do that would be the same as to keep the staff, because they're contracts to go so big, so what do they do? Sheffield say, we've had the 10% cut in the money from the government, so we give you the care home a 10% cut. It's not this simple, it's more complex, but this is what's happening. And as the fees in the care homes have come down, and then at the same time, George Osborne who is completely mad, he decided he was going to increase the minimum wage because all our people are minimum wage, so we have a fee here, and the wage is here, this goes up, this comes down, poof. They hit each other. The care home goes bankrupt, one less care home. So, in Sheffield, in the last 18 months, it's lost 15% of its care home beds, 350 beds are gone. It's just ridiculous, and so we now have... the people in the trollies- the 60 people on those trollies, three years ago, would've been in those care homes, but the care homes are not there.
01:01:31	S1	So, the problem will be that the burden for the NHS will increase from now, the stays in the hospital will increase more and more...
01:02:14	S2	Yeah, they will. Yeah, you're right. And my personal opinion is this, it's a personal solution is that, the NHS in this country costs about £130 billion per year, some people say 120, it depends what you count as the NHS, so it's safely 120, and if you cut all the bureaucracy, so the people in London who control the managers of the NHS, in my opinion should be included, this makes it 130 billion to run 130,000 hospital beds of which, two thirds of the people in there are over 65. The care home industry is costing the tax payer 15 billion a year. That's the total cost to it, just more than one tenth of the hospital. It has 400,000 people here for 15 billion and 130,000 there for 120 billion, so if we take the 60% of the old people here, say, just take 50,000 of them, so then you have plenty of room in the hospitals, and you take that 50,000 and you put them here, and you pay this pot slightly more money so you have proper service, the problem is solved overnight, but you have to build 50,000 bedrooms. We could do that in two years, but that's not on the agenda.
01:04:13	S1	So, anything else that you think is important? Any other change that you want to mention?
01:04:36	S2	I think the country has a problem, England has a problem. You have- maybe we get back where started, you have the medical about the health, and the non-medical, the social, and the politician's idea is we integrate, and we shouldn't do that, it's not a good idea because the two parties that run it, don't want to work together. My opinion is, to move forward in the world of technology, we need to free the space in the existing hospitals, so the existing work force that we have in the hospitals, the doctors- the clinical work force, the doctors and the nurses basically, have space and time to look after us when we're ill, whether it's a car crash, cancer, flu, whatever it is, that's their job, but if you give them too many people, they all get into a panic and stress and everything. And we could very easily, from what I just said, reduce the amount of people that go to a hospital, it's not going in everyday on emergency, it's the one's living in the hospital, we get them out, put them into social care, which is much cheaper, the hospital is costing us 3 or £4,000 a week, social care is costing us- should be costing us, is 600, if you paid it, 7 or £800 a week, it's fine, and then we've resolved a huge, huge issue overnight, but the same time, and this is happening, the technology for doctors, for GPs, so when you have a problem, I'm sitting and I think, "My shoulder's hurting." I can either go to the hospital here and sit for three hours to see the doctor or I go to my GP who's never open, and if they want to see me they say, "Come in two weeks." And on the internet now, you can sign up to a technological service that will tell you what your problem is. It's like an online service, and I think that's another big thing. If we can change the mentality of the people to say, "Hold on a minute, I can go on the computer, I can see someone, I can talk to that person on the computer about my problem, maybe I have to type in, I have a poorly shoulder..." Depends on your computer or your phone, you can then sit at home and think, "I don't need to go to the doctor, I just need to go and buy some Paracetamol at the chemist." But this is starting to happen and it's really good in my opinion. It's the future with the amount of us we have out there (...).
01:08:24	S1	Maybe if you have a flu or something that's not important, but if you are...
01:08:30	S2	I agree, I agree. But to get that, we could get it tomorrow. Honestly, this country is acting, in my opinion, with the dereliction of duty, it's appalling what it's doing, it knows this is the solution, it knows that we need to take some money from the NHS, reduce the amount of people in the NHS who don't need to be in hospital, put them over into social setting, which we need to build because we don't have enough, and we will save a fortune doing that, and the service is then more appropriate to the problem. That is the big solution.
01:09:23	S1	And do you think all this kind of situations change since the last seven or eight years. What is the explanation about this situation, do you think?

01:09:48	S2	Well, you want my honest opinion on it?
01:09:49	S1	Yeah.
01:09:50	S2	It's political.
01:09:51	S1	Only political...
01:09:52	S2	It's political. What it is, is that you...
01:09:55	S1	And the crisis, the economic crisis. Do you think it has to do with the economic crises?
01:09:57	S2	No. They use the banking crisis as the problem, right? So, there was a banking crash in 2008, and then Osborne and Cameron- Cameron gets into power after the financial crisis which by the way, was it a financial crisis? It's gone away now, and they said, we are over spending as a country, we have a huge national debt, the money we spend each year is more than the money in tax, so the debt is increasing, so we need to change things, we need to do austerity, and this guys invented austerity, they said we all get the deficit back into a positive place and the money we spend each year is less than the tax we pay, and they proceeded from 2010 to 2016 when they disappeared after deciding that they were going to do Brexit, remaining at that time when they all went.
01:11:03	S1	But the European Union also asked for a decrease of public debt....
01:11:17	S2	Yeah, yeah. So, it was to put pressure on them to decrease the debt, so in 2010, our public debt was 800 billion, do you know what it is today after seven years of Austerity, it is 1.7 trillion.
01:11:38	S1	Trillion?
01:11:39	S2	Trillion.
01:11:39	S1	The double.
01:11:40	S2	It's doubled. The national debt through austerity has doubled.
01:11:46	S1	What is causing all that?
01:11:48	S2	Because austerity hasn't worked. Austerity has never put us in surplus, we've never gone from deficit to surplus, we have not done that, we have reduced deficit in a couple of years, but the deficit is still huge in this country.
01:12:07	S1	Normally, when the debt is increasing it's also because the unemployment is increasing... but here, it didn't happen, because the unemployment didn't rise so much...
01:12:51	S2	And one thing that they think they have under control is inflation, that inflation has been setup, this is my opinion, it's been set artificially low by the Bank of England, and if we had a little bit higher inflation, then the national debt would come down, because of inflation it would naturally, you know, if we go back 100 years, and a billion pounds then was a lot more than it is now.
01:13:24	S1	Yeah, absolutely.
01:13:25	S2	So, inflation would also help to...
01:13:27	S1	And the prices here are crazy. The prices are crazy.
01:13:31	S2	They're all crazy.
01:13:32	S2	But a big thing, a big, big, thing that nobody around this area will ever agree with me, and they don't like it when I say it in all these bars along here, is we don't pay enough corporation tax, so when I got into business back in 1990, we were paying 30% here corporation tax, by the way, of our total tax revenue, the income on tax, two thirds of it comes from corporation tax.
01:14:04	S2	Not your or my personal tax, that's about 20% of the pot, two thirds of it, 65% comes from companies paying tax, that's the big money that goes in the tax pot it used to be 30% under the conservative party, then Tony Blair believe or not, a socialist, brought it down, and then the next lot of conservatives brought it down again, and it's now 20%, well it's too low(...)
01:16:50	S1	Also mention that I was in Hammersmith Council, and all social workers are not English.
01:17:10	S2	No.
01:17:11	S1	Are foreigner. That is (Laughter).
01:17:13	S2	They're all foreign, but that's exceptional more in the big cities, so in London, Birmingham, Sheffield, you go in social services, most of them are foreign. They're all foreign people. It's a crazy situation, and the biggest stupid thing about in my world, this country, and that nobody will agree with me who has the money, so they control the country, is that if you... at the top end, right, foreign people who live in this country, who own all the big houses around here, especially the Bolton's, all foreign owned now, and these guys, if they come and live in this country, and they're not registered here for tax, they're not domiciled here, it's just a house they own here, which by the way they live in all the time, they can pay a one off payment of £20,000 a year, and that is it. That's what they make as a contribution to the tax man, so you're what they call a non-domiciliary, so you're not English, you're a rich french man, not in domiciliary tax, 20,000 flat, regardless of your wealth you pay £20,000 here and that is it, right. The same with companies, Facebook, Google, all the big, big earners on the world now, they don't pay a penny of tax in England, they all have their offices here, but the registered office is in the lowest tax denomination in Europe, so they have offices in Ireland, they have offices in Luxemburg, Amazon- when you're buying off Amazon and you look on your statement, I'm always paying- what's this in Luxemburg, I'm paying the money to Luxemburg, it's to Amazon. They don't pay a penny in English tax. They do pay a bit, but nothing...
01:19:10	S1	This is a tax haven...
01:19:13	S2	But it's what's causing a growing problem, and the outcome is that more and more people want to come to this country because it's nice and peaceful and the climate's perfect for everyone, and they're all pouring in here, they're all living longer, you go up that hospital this afternoon, if you come up there with me this afternoon, I would guess that 60% of the people in there are foreign, half of them don't speak English, and they just come and use the facilities, it's ridiculous what's going on. And they need to reshape things fast before it all completely falls apart.

		Like this tower that got burned, nobody knows who was in it, no English people were in it, probably 10 English people and the rest of them are foreigners with no record.
01:20:03	S1	With no record.
01:20:04	S2	No records. No records. Nobody knows who's here. We don't know.
01:20:10	S1	They were not registered, do you mean?
01:20:12	S2	Exactly. Exactly. Not registered.
01:20:17	S2	Most poor foreigners in this city are not registered, they're illegal.
01:20:24	S2	Most, yeah. Definitely. The poor people are not registered. Why? Because if they go and register, it changes their life, they say, "No, no, no. You got to go and live in this place or that place, you got to go there." They lose their freedom that they just found, so they come here like they came over on the boats for a long time from Calais, from France, that's all stopped for the time being, and there must've been thousands coming in everyday in the boats, in lorries, and everything, and they get to England and just run off into the night, and then they're in. And then they have a mate, one person who is official, who has a flat, and they're going to have 10 of them in the flat. The people buy this house, say, were 500 people in there that night. The official figure is 80 people perished, the locals are saying there's way more than 80 because people were living 10 in a flat, and so that's one tower out of hundreds of towers, so we are out of control, and then you go to the hospital, and it's packed with foreign people, and these are the people living in these towers, so it's all a complete mess, and the way to correct this, my way is what I describe, where you get the people out of the hospital so you get a proper hospital service, you then have to check the people coming in to the hospital, check them properly to see if they are entitled to use this hospital, and then all these people you put over here, which is costing the country much less money are fine. It's all nice and easy.
01:23:27	S2	It's a big imbalance. There's a big, big imbalance going on, and because I live in the rich bit, if you go into the rich social scenes, and you talk like I talk, they tell me I'm a socialist, I'm a communist...
01:23:50	S2	Like if I talk, like what I'm telling you, if I go and say that in the bar tonight, they say, we don't agree we should be paying less tax, and the people who don't work, who live in those towers should get nothing at all, and I can't believe people feel that about other human beings, you have to have a bit more balance, you can still be rich and you can still be poor, but it's just ridiculous. The minimum wage...
01:24:28	S1	But this is the system here...
01:24:30	S2	Yeah, and it's getting worse. It's getting worse.
01:24:34	S2	It will end up with a war, we will end up with a war, because eventually, and it's the reason for the world war two with Hitler, this is the truth, they don't like to tell us this, but the Jewish population, the Jewish community got so strong, because they're very good at business, and they got so strong and so powerful, and kept everything for themselves, that the German, the real German people who by then think Jewish aren't German anymore, I don't know what they thought they were, but they're just this nasty group because they've got all the money, and they are powerful and they controlling which they are, Jewish people are very controlling, and there was an uprising against them, and... okay, there was a guy called Hitler that led the uprising, but everybody forgets that the Nuremberg rally, there were 10 million people going Sieg Heil, that's the German saying, "We're supporting that guy. Hail Hitler. Hail Hitler, we love you mate." Why? Because you're trying to make our lives level. Now, the way Hitler chose to do that, in my opinion was quite extreme, it was far too extreme, but that's how far it had gone, and it will happen again. If this lot around here, and they're not just English, I was talking to some Italians the other night in there, they were horrified at me, they said, "Why do you want to pay more tax?" And I said, "Because if we pay more tax, things like that tower and all the people that enter this city, these things won't happen. We'll get a better balance and you still have plenty of money and you can still come to this restaurant, but the people like me with lots of money should be giving it back to the government to balance things." And nobody agrees, I can't find anybody on the money scale end of things who agrees with it, they don't agree.
01:26:53	S1	No. Because it's a neo-liberalist system.
01:26:56	S2	Yeah.
01:26:56	S1	It's a neo-liberalist system. The main values are individualism, and no state, deregulating, and deregulate because yeah.
01:27:10	S2	Well it's going to go wrong. I see it first-hand because of my work, I see the system breaking down, I see whereas they paying us £660 a week, they should be paying us another £100 a week, we should be paying the staff that work in there more money, and if they paid us another £100 a week, £750 a week instead of £650 a week, we would have everything completely smooth, very happy work force, a work force that competes with the supermarket, so we pay the same now like the supermarket, and it will save the NHS a fortune, so we actually make a saving doing what I'm suggesting, and for 20 years, I've been telling them to do this, and they will not do it, they just won't do it. It's terrible. And now, we've got to a stage in my little business thing, where they're so short of beds, that we're full, and we can start to push them, and the people with money who come to stay with us, who pay for themselves, the ones who have more than 23,000, now they are paying us more money, and it's starting to change. An actual change. But it's not right. The government's not organising- in my opinion, is not organising it well. And unfortunately, the Brexit thing has come along at the worst time because whereas the government should be focused on the mess here, it's not looking at it, all it talks about is Brexit and Europe and all this stuff, it's ridiculous, that's my opinion of it.
01:29:03	S1	Yeah, yeah. And I suppose, the situation here is going to be worse.

Transcripció 16

00:00:01	S1	Please can you introduce yourself, firstly?
----------	----	---

00:00:51	S2	Yes, yes. So, I'm an economist by profession, I have worked for much of my career, I've worked partly in the government economic service advising government particularly on economic issues relating to Long-Term Care and other health services and also pensions at one time, and much of the time, I've also at the same time worked here at the London School of Economics as a researcher. I'm now a full-time researcher, I work here at the Personal Social Services Research Unit at LSE, and I also work in a research team with the University of Oxford primary health care departments. My work is mainly on Long-Term Care, I've been developing models for making projections of demand for Long-Term Care in the future, and projections of future costs of Long-Term Care, and that's been a substantial part of my work, but I also work on other aspects of health and social care including for example, dementia care, stroke care, personalisation in care homes, I guess those have been some of the most recent projects.
00:02:17	S1	Mm-hmm. Very wide curriculum.
00:02:26	S2	Yes, yes. So, within the area of economics and modelling.
00:02:31	S1	What do you think there have been the most significant changes in the Long-Term Care System in the last decade?
00:02:41	S2	First of all, I need to explain that in the United Kingdom, each of the four countries has its own policies on Long-Term Care, it's what's called a devolved function, so the UK government is responsible for the policy in England, the policy in Wales, Scotland, and Northern Ireland, is a bit different, particularly in Scotland, so I would go straight on England at the moment.
00:03:07	S1	Yeah please this research is specifically in England...
00:03:14	S2	Right. So, there've been a long history really, of attempts to fund, to reform the system, but maybe to explain what the reforms are, maybe I just need to briefly say what the system is, but if this is too familiar just please stop me.
00:03:34	S1	Okay. If I need some explanation or something I will, don't worry.
00:03:44	S2	Fine. Fine. So, we've got a rather divided Long-Term Care System, our concept of Long-Term Care for older people principally, I think, but unless you're interested more in younger people or both.
00:04:01	S1	This is a little bit controversial, because for me, from my point of view, the Long-Term Care is a care for all the people who is in need of help for daily living activities, so in Spain for example, a Long-Term Care the help includes also people with disabilities, whatever kind of disability, and young people, child, and older, there's not a distinction.
00:04:47	S2	Any age...
00:04:48	S1	Any age. So, you know what I mean is the law covers all this.
00:04:56	S2	Right. So, you're interested in all age groups.
00:04:59	S1	Yeah. I have been interviewing people who works in all kind of organisations, people with disabilities and elderly, so, we can talk in general terms.
00:05:30	S2	Yes, it is. There're some differences which are many to cover, but yes. Fine. Fine. So, at least all adults age groups let's say, one of the complications of the system here and in some other countries, is that those parts of social care system which are health care are distinguished from those that are seen as non-medical nursing term called social care here, but in other countries, they use different... including the States and Australia, they use different terms for it. So, with us, the health care element of Long-Term Care is part of the national health service, and it's free at the point when people need it, and it's funded from general taxes.
00:06:26	S2	I think it's the same in a number of other countries. The social care element is a non-medical, non-nursing, non-health related, but help with activities of daily living, that's a responsibility of local governments. In England, there are 152 local authorities responsible for social care, and they're also responsible for education, which for the younger group, the children particularly, is relevant, and local governments also is responsible for housing, though in some areas it's a different level of local government.
00:07:07	S1	Housing for elderly, do you mean?
00:07:10	S2	Housing. I was thinking particularly of supported housing, special housing for older people or for younger people with learning disability or physical disability, who need a special housing.
00:07:22	S1	Residential homes, do you mean?
00:07:23	S2	Residential homes but also... not necessarily residential homes, we also sheltered housing and similar schemes which are mainly adapted housing for people with disability, without necessarily a care element or limited care element, and we have another system of social security with cash payments, so it's a diverse and complicated setup. The social services say, a local government responsibility at the moment, they are paid for by a combination of local and central taxes, but also the person who uses the service has to contribute depending on their income and their wealth, including their housing wealth if they're in a care home, and that makes it very different from a health care setup, and different issues have arisen.
00:08:29	S1	Do you know that, in theory, the new Care law has changed the cap, I think it has passed from 23,000 to...
00:08:57	S2	yeah. 23,250.
00:08:59	S1	23.250 to 72.000...
00:09:03	S2	Well, that is where it starts to get very complicated that one of the controversies, but not the only issue, but one of the issues has been about this... we call the means test, the rules about people's income and wealth. For people in care homes, they're the same across England, for people that own homes, it actually differs a bit between local authorities, but basically, someone who has got wealth over the £23,250, cannot get public funding for social care, they can for health care and they can get some cash payments for disability, but not the social care element, and there have been many proposals to reform this over the last 20 years or so. As you say, the most recent one was a commission that reported in 2011 I think, yes, Dilnot commission in 2011.
00:10:07	S1	Dilnot, yeah.
00:10:09	S2	And they recommended two main changes, one was to increase this 23,250 to 100,000 for people in a care home, where the house is part of- treated as part of their wealth- so anyone with savings between 23,000 and 100,000 would potentially gain, because they would come into the system, and that was the idea was to leave people with more

		money, so they didn't have to become quite so- to give up so much money. But the other was to put a life time limit on what people need to pay for their own care, so if someone was unlucky and they needed very expensive care or they needed it for a long time, the cost could become huge, and for about 10% of older people, the cost exceeds £100,000, so the Dilnot recommendation was put a limit on it and where the cost has exceeded, they recommended I think, about £35,000, that that should be a limit, and above that, the local authority and state should meet all the costs of care with some restrictions, it would only be care, it would not be food and accommodation but just care, and it would not be the most luxurious care either, people have to contribute more if they wanted a very upmarket care. The government first said they would introduce this reform in 2016, with a cap, as you mentioned, at 72,000, so we are less generous, a good deal less generous, then they postpone it because of its cost to 2020, it then became an issue in the last general election in June, and now the government will plan to consult again, so it's not actually clear now what will in fact happen. We're waiting now for a new government's consultation paper as to whether they will or will not go ahead with this plan. But meanwhile the political pressure to have some sort of life time cap is increased because of the row at the time of the election.
00:12:47	S1	So, do you think that all these reforms that you are talking about, they are not going to be implemented if the government changes?
00:13:12	S2	It's not clear whether they will be implemented in 2020 or later or not at all, or in some different way. I think it does become difficult now for the government to do nothing, because they have said so much about it and there's being a row about it at the time of the election, so likely, something will change but right now it's not clear what those changes will be.
00:13:41	S1	So, do you think that this has been the most important change in the last years 10 years or...?
00:13:55	S2	No, it's only part of it. Linked to some extent of that is the cut backs because following the economic crisis, we had a change of government in 2010, we had the five years of the coalition government, and they cut back on public expenditure in most areas. Health was to some extent protected but not social care, it was a very considerable cut back on local government expenditure, and that caused a cut back in expenditure on social care, particularly for older people, but less so for the younger learning disability group, for example. So, one of the big political issues in the last couple of years or so is whether enough is being spent on social care. The government has transferred some money from health care to social care, actually that goes back a bit longer and it's continuing to do so, but there's a continuing political debate about whether more money should not go into social care, some more was put into it, I think it's for a couple of years or so. What the future lies, that is also unclear and I suspect again, there will be government decisions on it, so I don't know whether to describe it as a reform, its more issues about the funding- the level of the funding.
00:15:32	S1	Yeah, because it is not clear. I don't understand why, in one hand, there was a huge reform in 2014 which has increased the rights, because the carers have to be also assessed...
00:16:09	S2	Yes, yes.
00:16:14	S1	And the level of the necessity is also lower in order to access to the system.
00:16:22	S2	Yes. I mean, I agree that the two things happened together that the new legislation came in, was approved by parliament as you say in 2014, and much of it came in April 2015, but at the same time the money's have been reduced.
00:16:42	S1	What do you think has been the reason why the law has been implemented now in 2014 or 2015... So, If you don't have money, if you don't have the will for implementing the law, why do you work out a law, you know what I mean?
00:17:22	S2	I mean some parts of it have been implemented, I mean for example, the eligibility for care which in some countries, is the same across the country like in Germany or in France, in theory at least, there's no different between region and local areas in the eligibility for social care. That was not the case here, it's just varied, all of these 152 areas could set their own eligibility rules, and one of the changes that occurred was that a national minimum eligibility rule was put in place. So, there's still- local authorities can still have more generous criteria locally, but they can't drop below a certain minimum although, in practice, that's always subject to interpretation to some extent because there's no very hard and fast way of defining the terms. But that was about another set of worries, that was about the worries about the inequality that was known as the post code lottery that people could live on one side of the street and get maybe quite a generous care, and the other side of the street, a different local authority and they wouldn't get care, or if someone moved from on area to another they might lose their care, and this had become very controversial, so that was the reason for the reform around eligibility, and that did take place despite the cut backs of money.
00:19:03	S1	But do you think that the criteria are being applied? Do you think the municipalities are following the law or they don't?
00:19:25	S2	It's not something I've studied, but I think that there are issues... the issue of interpretation is a big one that some of my colleagues here have looked at, but the previous system, and they actually also compared it with the new one, they have been sort of evaluating the changes, but what they found is the way in which it's interpreted and practiced differs not just between different local authorities, but differs between individual people doing the assessments. That has been found I think, in other countries as well, even when in theory, there's a very precise rule, and such as Germany, it still may differ between the individual who assesses it. So, it may be a bit difficult to answer your question.
00:20:18	S1	Because you might know that during, I think, it was since 2010 on, there has been a cut of 400,000 public servants in government.
00:20:42	S2	Do you mean the staff of government?
00:20:44	S1	Yeah. There are 400,000 less employees in the public sector from I don't know exactly, I think more or less from 2010 on, so that's difficult maybe to implement a new right if you have less money and less people, less workers...
00:21:15	S2	Yes. I want to think that it would've been...
00:21:18	S2	...been an issue. Yes. Yes.

00:21:23	S1	Yeah. So...
00:21:25	S2	I mean in social care, the issue is complicated because there are about 1 and a half million people actually working in social care in England, most of them part time, but most of them are not directly employed, they work for independent organisations, many of them for profit, who actually provide the service under a contract with the local authority, so the social care work force, most of them are technically not public sector employees, but a lot of the money that ultimately pays a salary may be coming from public funds, so it's a complicated setup.
00:22:10	S1	Mm-hmm. I was referring to people working in the public sector, not in the non-profit or in private organisations.
00:22:25	S2	Yeah. The social care work force though, are mainly in private organisations, mainly, not in the government sector.
00:22:34	S1	Mm-hmm. But although this system is very private, in a sense that most of the organisation that work in the social service sector are non-profit or private enterprises, and there are a lot of public servants in general, UK have a big number of public servants compared to other countries. It's a curious thing because otherwise, all the service or most of the service are private.
00:23:27	S2	Well, I mean with us, the health service is mainly public.
00:23:32	S2	I mean not just the funding but the provision, it's mainly public. Schools are mainly public. So, there are large numbers of workers in these public-sector jobs in health and in education, obviously also the army, police, and the big blocks of public sector workers, and the National Health Service is one of the biggest employers in Europe I think, maybe in the world even.
00:24:01	S2	Mm-hmm. some of the biggest in Europe.
00:24:04	S2	Because other countries have the providers of health care not necessarily all in the state sector. I think in Germany for example, most of them are not for profit voluntary sector. This is more or less what we have for social care, but for health care not because there, the staff are actually employed, as a public-sector employee.
00:25:02	S1	Yeah. health here is a national universal service but in Germany it's an insurance...
00:25:11	S2	Yes. It's a compulsory social insurance.
00:25:16	S1	Yeah. It's compulsory, exactly.
00:25:17	S2	But as I understand it, the actual hospitals, many of them are not run by the state, or managed and owned by the state but by separate not for profit organisations. Whereas here, they're actually run by an agency for the state, so ultimately, the state. And this is I think, what causes our public sector to be so large.
00:25:40	S1	Mm-hmm. Yeah. Probably. Yeah, probably. And going back to Long-Term Care, which reforms do you think have been implemented on the last decade? One of the reforms, as you mention before, has been the law. Mostly what have tried the law is to unify, maybe unify the criteria and to change the financing...
00:26:24	S2	Yes.
00:26:26	S1	What do you think?
00:26:28	S2	No. There are quite a lot more aspects. I mean, you mentioned the new rights for family carers, unpaid carers, that's, in principle, quite a big change that the carers have been given more rights. How far local authorities have actually been generous, I don't know and that may be a different question because as you say, their money is diminished over this time. Just thinking about other changes as well I mean, there are changes... this is slightly different, the changes proposed to where local authorities get their money from, because the moment local government is funded in England by a mixture of local taxes and central taxes, as well as the contributions of the service user, in the future there will be no central tax, no contribution from central government out of central tax, it will all be local taxes and service users. That's very controversial because the poorer areas, of course have less tax revenue, but more people needing care, so this is a difficult area which we're about to run into because change is coming in 2020.
00:27:50	S1	Yeah. And probably in the rural areas there are more old people...
00:28:02	S2	Yes, yes. Undoubtedly more older people in rural areas.
00:28:06	S1	Mm-hmm. So here, for example we have this kind of phenomenon, on one hand we have an improvement of the law, and on the other hand, it's something that is not working with the financing and so on.
00:28:32	S2	That's true.
00:28:40	S2	Yes. And we have the change in the law in 2015, but part of it has not come into effect in terms of the cap that we discussed and in addition as you say the money was cut at that time, and it's not clear now what is going to happen next.
00:28:58	S1	So, what do you think are the main factors that can explain this situation, which factors could we say that explain the changes, the reform on the one hand, we have a new law, but on the other hand, we have the cuts backs, how do you explain these kinds of changes in the last 10 years?
00:29:30	S2	Well I mean I think that... I mean the cut backs have arisen because the government was running a huge deficit after the financial crisis.
00:29:41	S1	Do you think one of the factors that can explain this situation could be the financial crisis?
00:29:46	S2	Oh, yes. I mean, that is what led to the build-up of the deficit in public funding, in public expenditures, and that lies behind the decision to cut back on public expenditure, because part of the economy are in the financial services sector, in which Britain has been strong, and that is what was particularly badly hit by the economic crisis in the cut back, so the tax revenues fell very considerably and left a deficit which isn't sustainable in the long run, so the government felt they had to do something too, because of this deficit, and that included cutting back local government finance.
00:30:33	S1	Sorry for interrupting you, but it is very important, because I have been checking the numbers, and for example, England- UK, in general, have a very big growing in GDP?
00:31:05	S2	Yes.

00:31:09	S1	What I am saying is that England is growing. It was one of the countries which has got out quicker from the economic crisis, has recovered quicker... England grows a lot; how can it be if there is a huge debt?
00:31:41	S2	Yes. Now I think that what happened- I mean at the time of the crisis, the outs for the GDP of the UK fell by 5% in a very short period of time, and that was partly because of the large financial services sector in the UK, but that's something that UK, particularly, London has been very strong, so we're very badly hit at that point, and that lead to the decline in tax revenues as well as... correspondence to the decline in GDP, so at the time we were very rapidly hit, and we had periods of more or less no growth-negative growth-no growth. We then have had more recently quite strong growth relative to other European countries, that actually is now started to reverse itself in the last year or so, but we were left with a particularly high deficit I think, the stock of our debt is about getting toward 80% of GDP, it is not the highest so it's nothing like Greece for example, but it is on the high side, and the attempt to close... I mean originally, the government that came in in 2010, the coalition government, planned to completely close the gap between tax revenues and expenditure by 2020, but as the economy grew more slowly than they had first projected, they kept putting this off to 2022 and so on, and now there is no set date anymore for balance budget, so position has been... continues difficult.
00:33:24	S1	But do you think that one of the explanations about the lack of funding could also be, for example, small taxes or not?
00:33:46	S2	Well, I mean the tax revenue clearly is affected by the level of taxes. We have had cuts in business taxes to try and make the economy more competitive, I don't think that our taxes are among the lowest but I am not sure.
00:34:06	S1	Because if you want to have public services, you have to pay taxes.
00:34:12	S2	Yeah. I mean clearly the revenue is linked in with the taxes, the issue of the responsibility for funding social care going from central to local taxes of course has implications of where the money is being raised, and also there's implications for the balance of different taxes, so that's quite a complicated setup because it's local business taxes that are mainly involved here. But yes, there's been political decision really not to have major tax rises.
00:34:51	S1	And do you think that one of the explanatory factors could be political decision also?
00:35:07	S2	I mean inevitably, it's a political decision at what level taxes should be set, at what level government expenditure should be set, and those two determine the deficit in effect, and then borrowing is necessary, but of course the markets then have an influence on the interest rates of which governments can borrow, but I mean these issues go well beyond Long-Term Care, I mean it's really about the macro economy of the country.
00:35:41	S1	Mm-hmm. And which more factors do you think that could explain the changes? you told me about the economic crisis...
00:35:56	S2	Yes, in terms of the revenue, where the money went. Yes.
00:36:01	S1	I don't know, but, the impact of the economic crisis, according to other information, it had not a quick impact in the services or in their users. Even although, it started in 2008, some people told me that the impact in the services was more in 2010, what do you think?
00:36:47	S2	Yes. I mean in May 2010, there was a change of government, and that clearly was part of the story. What would've happened if there had not been a change of government, of course we will never know but at some point, there would've been a necessity, I suppose, to either cut expenditure or raise taxes.
00:37:13	S2	Because the deficit was becoming very large.
00:37:16	S1	So, do you think the explanatory factor about the reforms, in this case, the cuts in the Long-Term Care System was because of the financing problem, the rising of the debt and the deficit public, do you think it could be one of the explanatory factors?
00:37:48	S2	I think that it's more complicated because the... I mean the reason that local government funding was reduced, that's to say the central government grant to local government, was because of the deficit which was triggered by the crisis, and there might have been a degree of deficit anyway, but that's another story, but with that part of it, yes, it was triggered by the crisis, I think that's fair to say. But there were other concerns which had been much older, one of these was about equity between different parts of the country, that was a long-standing concern, and not only in social care I mean, to health and other services as well. The issue about the fairness of the means test and whether people should be obliged- in effect obliged to sell their house to pay for their care, that had been a worry for something like 20 years, so it wasn't new but it was a long on going, time to time, topic of considerable political debate. The quality of care also became a big issue with the health care as well as social care, there'd been some scandals in care homes and in hospitals as well actually, on the quality of care, so I haven't mentioned that that too influenced the plan reforms. There were also issues about what happens if a major provider of care goes bankrupt, and so in a particularly the biggest care home provided in England got into financial difficulties around the time that the reforms were being discussed, that also led to a change in the financial oversight of care holders. So, some of these developments around worries about quality, worries about the financial stability providers, also fed into the programme of reforms, issues around carers are done so and partly I think, because of a particular interest of David Cameron, who was then prime minister at that time, the number of carers was found to have risen actually in this country between the 2001 and 2011 census, and thus, the carers have now got a very considerable political profile as well, sort of that became an issue and also has formed a part of the reform agenda. So, I think there were number of economic and social-political pressures. I haven't mentioned also the issue about demographic change, but of course that's not sudden, and it's going to be much greater in the 2020s than it has been recently, but on the horizon it's this issue about sustainability of government expenditure on Long-Term Care, health care and pensions (Coughing) and that consequence is right across the EU and beyond and in fact, into the parts of developing world as well. But I think that's on the horizon's probably also having an influence, and the government here publishes regularly, or actually strictly speaking not the government, the independent office for budget responsibility publishes projections 50 years ahead of public expenditure, as does the youth commission [inaudible 00:41:18]. And I mean, I guess, that too is having an influence to how will these services be funded in the future. And the issue with them reforming the means test that has been raised as objections to the reform, one of them is that is it a good time to be putting more money into making the means test more generous? at a time when we've got this demographic pressure building up, can this all be afforded,

		and we've got the cut backs? Also of course, the moment you put... make a means test more generous, almost automatically, the people who benefit are the people who are better off, because the poor are already getting their care free, it's the relatively wealthier one, well not the very wealthy, but the relatively wealthier who gave anything that makes a means test more generous, and for that- that too led to a sort of debate about it, is it the right thing to do to put the money into making the system more generous for people who are not so poor? let's say at least, or would it be better to make it more generous by simply providing more services for people who are poorer?, and that trade-off I think, has been the subject of debate for years. So, I think there are lots of different factors at work.
00:42:45	S1	Yes. But definitely, the economic crisis had a big impact in the system, but the funny thing is that the most cuts have been implemented from 2010, you know what I mean, or maybe 2012, not in 2008 or 2009. How do you explain that?
00:43:20	S2	That I think is for reasons unrelated to social care. I think that's partly for wider macroeconomic reasons and partly for political ones, because when the crisis hits, governments increase their expenditure and certainly here increased it hugely, and had to buyout partially or fully various banks which were in risk of failing, so it's an imperative really to increase public expenditure to prevent a much worse recession. The people, I think, had learned from the past also, but this was certainly the view the Gordon Brown government took, that it was a bad time to start cutting the expenditure just at the point of the crisis, it would make the crisis even worse, risking a worse recession and worse loss of jobs, we were very fortunate actually, it wasn't as huge a loss of jobs here as in some other countries, or as had been feared, maybe partly because of keeping government expenditure very buoyant, but that meant the deficit became huge. I think the gap reached about 150 billion, not sure of my exact figure between expenditure- government expenditure and government revenues by 2010. At that point, the most immediate crisis had receded a bit, there was a change of government and the government took the view that this... going on and on borrowing, such huge sums of money year after year, was both not going to be- eventually not sustainable, and was opposing huge gap burden on the future.
00:45:05	S2	Yes. So I think that's part of the picture.
00:45:08	S1	Sorry, but do you think that this situation is getting worse, the economic situation- economic situation I mean, and do you think it also has something to do with the political wing, the political right party, because the government before the change was a left government and David Cameron...
00:45:49	S2	Yes.
00:45:50	S1	...arrived in 2010. Do think that also could be an explanation that the colour of the government changed from left to right or not?
00:46:08	S2	Well I mean, in prints, in some respect yes, in a sense that it was the policy of that new coalition government, it was their policy to put- I think they described it as their top priority to reduce the deficit in the coalition agreement of May 2010. What would've happened if Gordon Brown had been re-elected, we will never know, but they would face the problem of the deficit, whoever had won that election, what they would've done about it exactly I don't know really, but yes, I mean the coalition I think was absolutely outspoken that their top priority was to reduce the deficit.
00:46:51	S1	I don't know if you know about one of the big reforms in the disability field is the "Welfare Reform" in 2012, it is not clear because I think that this reform is mostly about labour market in the sense that it affects people with disabilities and also, ill people or in temporary situation, what do you think about this reform? because this reform was very contested from the disability organisations, do you know something about this or can you say something about this reform?
00:47:56	S2	I mean only in general terms, I mean I mentioned at the start the disability benefits which are part of the social security system, so they are cash benefits that are paid to people on the basis of disability, they don't have to be used for care, they can be used to purchase care, but there's no control over how they're used, they're not subject to any means test, nor are they taxable, they're subject only to an assessment of the person's level of disability. And there were two systems that are- two different systems for older people, from 65 up and for younger adults between which I think, from two really, until 64. The system for older people is actually not being changed, although there have been proposals over the years that- I think they are non-government proposals over the years that they should be changed for older people, and this cash benefit known as attendance allowance, remains much the same as it has been. For younger people, is the disability living allowance, I think it's three different rates for care and two for mobility, it's quite a complicated system, and that has been replaced by a personal independence payment with tougher rules on eligibility, it has been very controversial with the- as you say, the disability organisation is opposing this change, and also I think, I might have seen a lot of issues into the individual level that people have appealed and in many cases, appealed successfully against their determination, but what lies behind that again, issues about public expenditure and the government deciding that as far as the social security bill was concerned, they were going to concentrate on reducing expenditure for people of working age and not reducing it for pensioners.
00:49:59	S1	Mm-hmm. But it's curious, I don't know because I have to finish the review and analyse more deeply, but what I have analysed about the numbers; in general, the numbers haven't decreased, the numbers in expenditure I mean, the expenditure haven't decreased, and I have taken the most important benefits from disability, all the...
00:50:49	S2	Attendance allowance.
00:50:50	S1	Yeah. All these for people with disabilities, I think, they are around from 16 to 54, disability, and then for carers and for people over 54, and what I have seen is that the amount of money for people with disabilities have not been reduced, in general, all the amount, all the expenditure has increased.
00:51:37	S2	Right. I mean I think, I'm saying that it had been increasing for many years, it was on an increasing trend, and this is partly what influenced also the decision to try to cut back on it for [inaudible 00:51:52]
00:51:53	S1	I don't understand well because it's a little bit contradictory, because on the one hand, we have this law that theoretically, it cut and put harder to get the benefits, and the other hand, the expenditure hasn't been cut.
00:52:28	S2	You hadn't realised the expenditure had not fallen for people of working age, for older people there was no change, that's not surprising, but...

00:52:36	S1	No, no. for the older people, they have decrease...
00:52:48	S2	Decrease.
00:52:49	S1	Decrease the expenditure, yeah. The expenditure not only for benefits- money benefits, but also the big benefit the allow...
00:53:04	S2	Attendance allowance.
00:53:05	S1	Attendance allowance.
00:53:06	S2	Yeah. That I didn't think had decreased, I thought that was continuing to increase.
00:53:12	S1	What I have seen is that people with disability have more or less the same expenditure, but the expenditure in older people have decreased.
00:53:29	S2	Is this expenditure including social care and including health care, or only...
00:53:38	S1	I don't know....
00:53:43	S2	The care allowances. The care allowance is more...
00:53:48	S2	Ah, well pension credits.
00:53:52	S2	Well that too has been reformed and is being... the savings credit element is being abolished.
00:53:59	S1	It has been cut.
00:54:00	S2	Yes. Because we have the pension reforms which came in on April '16, and the original plan was that social care reforms would come in at the same time, but the pension reforms have taken effect, and they're aiming to reduce the amount of means testing in the pension system, in the [inaudible 00:54:21] because its only for new pensioners.
00:55:22	S1	So, do you think, it has produced a change of the nature of the philosophy of the system, or do you think that it's the same, do you know what I mean?
00:56:09	S2	Right. You mean the sort of public policy yeah.
00:56:12	S1	Yeah. In a sense, if there is a change in the philosophy of the system.
00:56:25	S2	Yeah. I'm just thinking about that because underlying the system really, the social services system, really was originally a safety net for the poor, so we have the universal health system but social care is just a safety net.
00:56:40	S1	Exactly.
00:56:42	S2	(Coughing) And I suppose that you're right, the philosophy behind some of the reforms that have been proposed over the last 20 years, and including Dilnot, and moving away from that toward something that's closer to being universal. I think that's true. I mean the Labour Government before the Brown Government, before it lost, really... the election- before they lost the election had proposed what would've been absolutely universal national care service, the Dilnot commission was not that, but it was nevertheless enabling everybody to have some sort of insurance with a large excess so that... and it gave everybody some stake in it in a sense that if they would know that if they'd spent a lot of money at some point, the state would step in before they had become very poor. So that does represent a different philosophy, I agree.
00:57:46	S1	Mm-hmm. Mm-hmm. But finally, do you think that, in real terms, the change has not occurred, or not, or it was a good intent to change the system but at the end...?
00:58:13	S2	I think we don't know right now because we don't what the government's going to do next, and a lot will depend on that, and we don't know how much money they will decide to put into social care in the future, we don't know if they will go ahead with the cap, but it does look very likely because of the political crisis that arose at the time of the election, and we don't know when they will make any... how they will deal with this problem about geographical inequity on the local tax system, so the present time, I think it's difficult to say exactly what will happen next.
00:58:49	S1	What is going to happen?
00:58:51	S2	But we are doing work looking at what the expenditure would be under different scenarios for the future. So, it's something that colleagues and I are studying, but we don't... until this consultation comes out and then the government makes decisions, we actually don't know what's going to happen next.
00:59:12	S1	Okay. So, we are in a troubled situation, troubled times (Laughter).
00:59:18	S2	Yes. Of uncertainty, I would say.
00:59:20	S1	Uncertainty, yeah, economic difficult times.
00:59:24	S2	Yes.
00:59:25	S1	Okay, thank you very much. I think it's enough. Thank you very much for your collaboration....

Transcripció 17

Time	Sp	Transcript
00:00:04	S1	(...) Could you please introduce yourself a little bit?
00:00:10	S2	My name is P.A. I am about 30 years old, I have been working as a social worker since 2005 actually... I am originally from Finland, where I studied my Bachelors and two years of Masters in social work, it gives you qualification to work as social worker there, but eventually, I moved to Sweden and have been both studying and working here for 10 years as a social worker or health care need assessor, I have been working with some leaves for studies in between, and I have also studied gerontology...
00:01:51	S1	How are the social services organised in Sweden?

00:01:59	S2	Nowadays, in most of the municipals who takes care of this level of care, there are people, social workers, who assess the need of help, and then they will arrange the elderly who's in need of care, they will get this help and they do this by ordering the help from different service providers. In some municipals, the service providers are municipally owned care units, in some places like in Stockholm city, we have a system of, you can say, freedom of choice, where you choose your care provider from a number of units, who have a contract with the city to provide these services.
00:03:33	S1	This exists in other places or not?
00:03:35	S2	In many parts yes, because there is a law, actually on this possibility to choose, and mainly this is about home services, but here it also applies to care homes, residential units also, but it's very different in different parts of Stockholm areas because here, in Stockholm city has this model "choosing" which is also a part of this model, part of the this municipal (Speaks in Foreign Language) for example, has only paid municipal services and there is no possibility to choose, so that's... They didn't implement this law, but I have heard that there are discussions that this law should be made obligatory, that this would be applied in all of the municipalities in Sweden, but it's still going on, this process of how they will do it.
00:05:33	S1	How is the attention process being carried out for you in basic terms?
00:05:44	S2	Usually, people can contact us, it can be the family or the person- him or herself, we have a contact centre here in Stockholm, which is specialised in elderly care so they call and send email, and people can call and ask information about how this elderly care is working and what rights they have, and what they should do in order to receive help. We also have some contact with the health care that if people are hospitalised for some reason, and the hospital unit observes the need for assistance in home or after hospitalisation, they can inform us via internet kind of documentation service, from where we will get information that there is an elderly person living in your focus area who would need help, so then they can ask... they might ask for one meeting in the hospital where there is usually a nurse, maybe a doctor also, and one social worker from us, the person in need, and maybe family also, they will attend the meeting where we will receive information about the health status and the needs of that person, and then they have possibility to apply for help.
00:08:11	S1	Are there social workers in the hospital or not?
00:08:17	S2	There are social workers in the hospital, they are called (Speaks in Foreign Language). Most of the hospitals have such, but mostly, they help with different economic issues or some kind of crisis, psychological situations. When we have contact the hospital, it's usually with the medical staff who will give us the information about the patient's needs and so on, so when we get application of help from a person, it's either in a hospital or if we receive information from a person or a family member that this person needs help, then we usually book time for home visit because many, many elderly have difficulty coming to our office, and it's also good that we see the home situation and the area where one is living, if there are hindrance there like, no elevator, not a very suitable living environment. And there it is, in home visits, we can inform about the help we can provide, and also ask questions and take in information about... Yes, everything. Social situation, the housing situation, physical, and also, the activities in their daily life, DLA as we call it, which is how you manage your daily activities.
00:11:25	S1	And do you use some kind of tool for that, some kind of assessment test or something?
00:11:36	S2	In Stockholm city we have, ever since many years back, a kind of tool, we have several areas of life as I have said, housing and social situation and like this, and when we interview the person, we will try to take the relevant parts of this so that we cover the relevant areas of life. Usually, we don't use any specific kind of instrument at that point of time, but it's more like an interview that we do, so that the person can tell about their problems, also the [inaudible 00:12:48] parts function very well in daily life. If we are uncertain or we feel that we haven't got enough information, we can also ask for this kind of assessment from a professional about these daily activities, and then the person with qualification will do some testing at home, see how this elderly person manages like, washing up, getting on clothes and things like this. So, we will ask for this as part of our cooperation with health services, in hospitals or in homes, or we can pay one specific person who will do this kind of assessment for us so that we'll get more information.
00:14:39	S1	When you finish the assessment, what follows?
00:14:44	S2	Then we have certain rights to decide about certain things, otherwise, our boss here has this right to decide on for example, daily home care, if this is very demanding and so on, so then it's only our boss who has the right to decide on this, the same is also for care homes, we don't have, as a social worker, right to decide on that, but anyway, we present this case to our working group and together with our boss, we make a decision, "Are we going to give a positive response to this application, or is there something which we don't think this person needs?" And this decision is given in written form to the person, and then if there is...
00:16:31	S1	Do you present it to your boss before or after?
00:16:37	S2	After we have assessed and documented it and written a paper about this case.
00:16:51	S1	So, do you make a plan or something, an individual plan?
00:17:01	S2	According to what the person has applied. A person can apply for example, to move to a care home and together in a group with our boss come to the decision that this person is eligible for this care home placement, then we will give the decision that you are eligible to this, and now you can choose from the care homes that are available.
00:17:48	S1	Do you give this information, do you give them a list with residential homes?
00:17:58	S2	Yes, they can see. We have internet page where they can see what care homes are available for those who have this positive decision on that.
00:18:11	S1	And then they tell you what they have decided or they go directly to the services, what do they do?
00:18:22	S2	They tell us what they have decided, that I want to move to this home, we have a central service that will check if there is a place available there, if yes, then the person can move there according to the contract, if not, then the person can choose to wait for placement, wait in their home.

00:19:00	S1	But if there is no place, what happens? Will the person choose another residential home? If the person wants a specific home, what happens? I suppose there is a waiting list or something or not?
00:19:22	S2	Yes, there is a waiting list. The person can choose to move to another care home during their waiting time and can change to the preferred care home when the placement is ready there. And we have this central social (Speaks in Foreign Language) and it's called a central unit in the national level, that observes if the decisions made by the municipal on home care or care homes. I mean social services, if they do not arrange a placement for the person within three months, then we have to report the reason to the national level because the people should get their help in time, they shouldn't be waiting for months and months.
00:20:57	S1	And this kind of waiting list, you told me, can that person be on the waiting list for the services, which I suppose are either residential or home care, for more than three months?
00:21:25	S2	For home care, there is no waiting list, this can be arranged like tomorrow because the home service company which are providers, have a contract with the city, must be able to receive the clients within one or two days.
00:22:00	S1	Then, the hours that you provide can be for example, 24 hours or not? How many hours more or less they...?
00:22:29	S2	There can be quite many hours but this is not full-time assistance or attendance, the staff will come and help with those things which are needed, but they will not be in the home for 24 hours.
00:23:00	S1	If there is a need for 24 hours, I suppose that people prefer to go to a residential setting... don't they?
00:23:08	S2	Yes. Care home or such, there are staffs who work 24 hours a day, so there is a kind of limit you can say that if the need is too demanding, then it is better for that person to be moved to care home.
00:23:42	S1	And how many types of residential homes exist? Is there only one type or are there different kinds of residential homes depending on the situation or the degree of the need?
00:24:12	S2	Social services law uses only one term for this type of residential homes, this is called special residential units, but different municipals have different names for these types of units. Stockholm city has two types of residential care homes; one is called service homes, which means home units where a person has their own apartment that they are renting, and there are doctors- health care services available in the house, and staff will provide home services according to the need, so this is a little bit kind of in between home services and care homes with full time services, and this type of care unit is actually a little bit more...
00:26:04	S1	It's more like a flat with support for example, small...
00:26:13	S2	Yes. But many people felt this is very good for them because they will have more social events there and the staff is near in case of a need anyway.
00:26:31	S1	But do you have staff available for 24 hours or not?
00:26:36	S2	There are staff available in the house but they do not attend your apartment all the time, they will come in when you press your personal alarm or if there is a need for a visit, for example, during night time for checking the situation, then they will come. So, this is according to the plan and decision we gave as a social worker, that this person living in this assisted service home has right to this help during the day and night.
00:27:24	S1	But I suppose they are a kind of apartment and the staff is not in the apartment, they are maybe in the same building, on the ground, and people call them if they need them or maybe in some arranged hours, maybe 4:00 in the morning to help for something. Yeah, I understand.
00:27:50	S2	Yes, yes. So, this is more of a planned care that in this time, we will come to help you. Then we have these full-time care homes, where the staff is available for 24 hours, you have your own room you can say, with shower and bathroom, but we call it an apartment anyway, and this is usually very small, a single room only, and this is more like a hospital type of...
00:28:40	S1	Is this the second type?
00:28:42	S2	Yes, second type. Yes. We have two types in Stockholm city, yes. We could say for people with small or medium level of disabilities or needs, and another for people with more... Very demanding needs
00:29:08	S1	So, let's go to the second part. what do you think there have been the most significant changes in the law related to Long-Term Care System in the last decade from 2008?
00:30:01	S2	One thing is the family support which is when we have people who are taking care of their family, providing care in home, that there is stronger obligation. This is in the social services law. There is a stronger obligation for us as a municipal social service to provide support for them, those who are taking care of their family members or near people, that they have the right to receive support in different forms, that they should be able to get some free time or help in their daily life. So, this can be that the person in need is provided by a short-term care outside their home or this can be that this family member who is helping can get psychological discussions or group meetings with other people who are in the same situation in order to cope with the situation better.
00:32:01	S1	I suppose, do you mean that the municipality has an obligation to provide support to the carers?
00:32:32	S2	Actually, this has been in social services law for many years, but this obligation became stronger in 2011 I suppose, and that time, they also widened up the group of what this applies to. Before I think, it was only for those who are carers for elderly people, but now, the range of people that this applies to is wider, and also people who have relatives or family who have problems with addictions or have some different disabilities or... Psychiatric...
00:34:36	S1	And have you heard about this kind of change? It was one of the most significant changes in the last years. I think, it was in 2009, it was about the choice, isn't it?
00:35:04	S2	Yes, yes. This is also a very significant change in the law, yes, because there is more and more of this thinking that people should have a choice to choose how they want to live their life, and even when they need care, they should be able to choose in which form the care is given to them, so this one is also a very significant change. Of course, this is implemented in different ways in different municipals. Certain municipals like for example, Stockholm city have chosen that you choose the provider of the services, and some other cities or municipals, have chosen for example, that people are given more freedom to decide about how the care is given, even their provider is the same municipal unit, they can choose whether they want to have help early in the morning or their help

		should be about my home environment. This is called a kind of framework way of system. In Stockholm city, we have also started with the framework time decision, which means that instead of giving detailed decisions about the time you should get help, we...
00:37:21	S1	But the professionals do that or the person will do that?
00:37:26	S2	We as social workers and assessors, we will give wider decisions about this person is eligible to help in this area of life, and then together with home service unit, they will together decide how and when this help and care should be given. The way, the details on how...
00:38:10	S1	And do you think it is a good for the person, is it going well or what do you think about?
00:38:40	S2	From my personal opinion and experience is that, this way of deciding on the details and how the care is given is better for the elderly person because it's their life and their way of living, so this should suit their lifestyle. I don't think that an elderly person has the ability to choose between 80 different service providers, I don't see that this is helpful to them, because it's very difficult to choose the service provider because there is so much difference between them and...
00:39:53	S1	But do you help them to choose or not?
00:39:56	S2	We are not allowed to. Officially, we are not allowed to recommend or help, and if the person can't choose a service provider, then there is always one municipal unit who will provide the help. We as social workers, we do the assessment and we inform them about the services, and then when the person has made a decision or that person has a right to care according to this and that, then the person informs us about which service unit will...
00:41:31	S1	But you told me before that people can have access from different places, from the hospital, or maybe the family could come directly to the council, but you told me that there are offices where they provide the information about services...
00:42:14	S2	It's for the contact and they can give you information, but they don't do the assessment, we're the ones who will do that. They can also give some information about this if the person is already a client in our office, they can also speak more specifically about that person's situation, about how your care is functioning and things like this
00:43:47	S1	Could you please tell me whether there have been any changes in the following areas: the access to the system, whether the access is harder or easier, the evaluation process; the waiting list, whether they are wider now or shorter... or any else change?
00:44:25	S2	Yes. My experience is that, the access to the services is more difficult nowadays, with that, I mean Stockholm city has contracts with so many different service providers, there are plenty of care home placements available, but the evaluation assessment we do is in my opinion, stricter nowadays. It happens very often that we decline the client's application for the care homes by writing that the person's needs can be fulfilled in homes with the help of home care services. Every month, we make decisions that the oldest old or you can say, in gerontology, you say oldest old, above 90-years-old elderly, and we decide in many cases that they are not eligible for care homes, so this is my opinion on why...
00:46:25	S1	And why?
00:46:27	S2	Because for many years back, there is this thinking in Swedish elderly care that people should be able to stay in their home with support and assistance as long as possible. So, this thinking has led to making home services very wide, there are a lot of possibilities for help in homes, but access in eligibility to care homes has become stricter...
00:47:25	S1	But the reason for that is, for example, the cost of the services ...?
00:47:30	S2	Of course. Because this care homes are very costly for the municipals, because of the intensity of the care and staff availability and so on, so then municipals prefer that the elderly should get help in their homes instead. So, I see a trend that we became stricter in our assessments, and there are high expectations on our documentation, so we should be very careful when we are assessing the situation and write a lot about the person's needs and situation. And explain very carefully and very clear what the needs are I suppose, and everything. Yes, yes. And a lot of that also involves the law more and this legislation that we are more and more motivating our decisions more carefully based on different cases in court and like this.
00:49:27	S1	And provision, what about the provision of the services or incomes? What changes do you think there have been implemented in, for example: cuts in cash incomes, or delays...? you already told me that the cuts have been more in the residential settings, but what about daily centres? Do you also use them?
00:50:30	S2	Yes. We use them quite a lot and we think that this is a very good way of supporting both the elderly and also for their carers if they are, for example, people with dementia, then their carers can have some free time support, so this is very important for us, then we have many clients who can basically go five days a week to centres for activities and for eating together. So, this is a good way of support.
00:51:31	S1	But in provision, have you seen many changes, haven't you?
00:51:39	S2	Yes. There are cuts that have been made on how many care homes are available historically, for the last 10 years or 20 years, but I see that there is a stricter assessment also on the home services, so you can say that there are cuts that are made on this area also.
00:52:40	S1	In the home services also?
00:52:43	S2	Yes. This is stricter, how much care we will provide on such things like for example, cleaning the home that is more or less available on the social service that can give you cleaning service every second week or like this.
00:53:16	S1	I suppose, do you mean that the hours or the time have also been cut...?
00:53:23	S2	Yes. At the same time, when we are motivating our cuttings on care homes with that, there are home services available, so this is a little topple minded you can say. This is my opinion.
00:53:45	S1	In management and financing for example, service outsourcing (...), in the financing, co-payments for the user also, and the organisation in workers force, if you have noticed that there have been changes in this field, in the organisation or in the teams?

00:54:43	S2	Yes. I think in Stockholm city, this is very much a developed thing mostly by private companies, they are for profit, are the ones providing the services, and I can see that their big companies, even international companies with connections to different countries who are the main providers, but there are also smaller providers, but mostly, these providers of services are doing that for profit, and we have a very few non-profit services. Like in Germany, they have these church services that are a very big part, this is not the case in Sweden. Here, these non-profit service units have difficulties in coping with the economical frames that are available, and it is very pitiful in my opinion because they have a lot to give, these kind of religious or other non-governmental organisations.
00:56:41	S1	But what do you think there have been the results, what have been the consequences? You are saying that these kind of provider agencies or private providers are big companies, so, what are the consequences for the users?
00:57:23	S2	Yes. Of course, the consequences can be that the companies are taking profit off of the people's needs, and there is this kind of alarming result that private service units are under paying their staff and they don't have enough staff in their units, so of course this affects the quality of care, then there is this profit... thinking of profit all the time, and what else... both for social workers who make the assessment and the care workers who provide the care. For both of them, when there is cuts on resources or more pressure from the company's profit from the care, this affects the working conditions for the staff, and it makes it more stressful in the work and people don't choose the carer so easily, so we also have a trend on that more and more care workers are recruited from foreign population in Sweden or even from outside
01:00:01	S1	Immigrants, do you mean?
01:00:03	S2	Immigrants, yes. So those people who are ready to work under these conditions are recruited for this elderly care, and of course, this affects the elderly because many experiences that the workers have difficulty with the language, communication, and maybe lacking qualifications, or they are very stressed in giving care, and so this affects this elderly people very much, that is the status of care work.
01:01:01	S1	Because, do you mean that also right now, the number of the workers are less than before or something like this?
01:01:17	S2	I think the qualified people are less because many, both care workers who are qualified and educated and also social workers who are qualified and educated choose some other profession after some time, they choose to go for some other field of work. Yeah. Or some private companies or so on. They don't prefer continuing care work or social work under these conditions.
01:02:12	S1	And these immigrants that you mentioned, from where are they mostly come from, could you say that?
01:02:33	S2	I don't think we have kind of direct recruiting from abroad, I think only in health care which is very systematic, but mostly, they are immigrants who came to Sweden that have different reasons.
01:02:58	S1	From the east do you mean? Maybe I suppose, they are mainly from the eastern countries.
01:03:11	S2	East Europe. But also, I see many care workers comes mainly from a refugee background from a different Middle Eastern or African country who have come here for work or for asylum, and they have found their work within the care work field (...) This a long-term trend in Sweden. In 60s and 70s, care workers mostly came from Finland, from European countries, then after this, the immigration changed and there were people from far off countries who came, so then care workers are mostly from Middle East, Asia, or Africa.
01:04:46	S1	Okay. You mean that it had been changing over the years, maybe the trend in the last 10 years is that there are more refugees and people from Africa, rather than from other countries like Finland or maybe from European countries.
01:05:14	S2	I think that the care worker profile is reflecting the immigrant's profile very much, because carer work is considered as a very low status in Sweden, so then those who are...
01:05:34	S1	Social worker also?
01:05:36	S2	Social worker of course, this is an academic qualification, so academic work is always more recognised, but anyway, within the social work field, I can see a differences because this is a more recognised work for some research or some private companies tend to work for a municipal field of work.
01:06:32	S1	So, the third part is about explanatory factors, as I said before. What factor underneath do you think could explain these changes and why? For example: the changes that we have been talking about, the increase of people's necessities; the citizen pressures; politician and institutional decisions; European Union policies; the economic crisis or the globalisation? which of these factors do you think could explain the changes in the last 10 years, more or less from the economic crisis? Do you think that in reality, the economic crisis has had a big impact here or not, or the changes that we have been talking about there have been implemented for other reasons?
01:07:54	S2	I think one key issue is the demographic change, because there are older people, dependent people, in Sweden than those who are providing care for them. This trend of course, had been here in a longer period of time, not only these 10 years but there is an increasing concern about how we are going to cope with the resources when the population of elderly, especially the oldest old and people with many disabilities in old age, and how we are going to economically manage their needs in the future and also now. So, because this affects how strictly we have to household, as we say here, in Sweden, household with the resources on how much help and care we can provide for elderly, so that the resources should be enough for all the basic needs and then of course, the economic crisis affected the possibility to meet all the needs of the people, so I think there are many factors, also this globalisation where global things are affecting us. Migration, economic crisis, how they affect us over the borders...
01:10:32	S1	You have been here from 2010, but you have been working before. Have you felt that from the economic crisis there are some changes or not? Or do you think that these kinds of changes are a trend since a long time ago? Or would you say that, "Okay, I think from the economic crisis, we have been obligated to be tougher in the assessment and..." I don't know. Do you know what I mean?
01:11:22	S2	Very difficult question because certain things like I said, is about this thinking that people should live in their homes for a long time, that is very long term, this is about 20, 30 years trend on this policy, on this... to be at home, to be in the community, to care at home... Yes. But I can actually see a change during the last four years that this stricter assessment and tougher assessment is...

01:12:21	S1	From the last four years...
01:12:23	S2	Yes. So, I think it comes. These changes don't come exactly from this time of the economic crisis, but there is a little long-term effect which I can see.
01:12:50	S1	But what could be the reason for that, maybe a political change or something?
01:12:59	S2	I think political awareness because the economic crisis was a crisis, it made European countries see that this is not going to last forever as it is, so I think after that, countries and nations took it more seriously, and it's because of that that we have to household with the resources, we have to think of the future sustainability to system. From many points of view, economic, social, sustainability, and environmental, many, many issues are connected there. It's a change on thinking.
01:14:06	S1	Do you want to mention anything else that is important or that's all?
01:14:18	S2	Of course, the European Union also affects a lot because even though countries want to retain their own way of doing things, there is this kind of trend on the services that should be equalised in different countries and that the EU members should have the same rights, even if maybe the services are a little different, so of course, this affects us also that we have to think of that level also.
01:15:17	S1	Do you mean to increase the services?
01:15:21	S2	Not necessarily increase the services but that the services should be more equalised for different countries, that the same kind of policies should be applied in Sweden as in Spain.
01:15:45	S1	A change in the regulation, do you mean?
01:15:47	S2	Yes. There are this accepted national level of rules and regulations and law, there is also this European Union level, which will affect and will be implemented in the member countries.
01:16:09	S1	Yeah. But in Sweden for example, you have always been giving a very high level of service, I mean, that maybe Sweden and the Northern model are one of the best models in a sense that you have a lot of public services and very wide provision of services and care...
01:17:04	S2	Yes, of course. And that raises the question and some kind of problem also that when we have an increasing population that is moving from one EU country to another, what are their rights here and which services we should provide for those EU nationals who come here for work and or for other reasons? We also see applications from abroad, and have Swedish people living for example, in Spain or different countries who want to access the elderly care here in Sweden, and how we should deal with their needs and their rights, so there are many factors and put together many questions about this, and I think from what we have heard, this legislation is not exactly covering up all the situations, we have to have a new situation where they don't have so much guidance from the legislation that how we should handle their needs.
01:18:55	S1	Okay. Thank you very much it has been a pleasure to be with you.

Transcripció 18

00:00:00	S1	Could you please introduce yourself?
00:00:05	S2	Yes, my name is A. W. I work as a social worker in the municipality of Stockholm, Sweden. I've been working here at this office full time since May and before that, I was working part-time when I was studying. So, in total, I've been here about two years.
00:00:29	S1	Perfect. Could you please explain to me a little bit how the service is organised and what do you do exactly?
00:00:41	S2	I work with people with disabilities and it's all ages from 0 to 100 or all ages. But it depends also a little bit on what kind of disabilities there have. Because in Sweden we have a special law which is called LSS. And it's a specific law in which only some people who have disabilities are included. And when you're included, you can apply according to this law. We have more generous services and those services only go up to 65 years old. So, if you're older than 65 you are not able to apply because then, it's difficult to say if your disability is because of the age or not. But if you have maybe broken a leg or something then you can also apply from here but then it's according to another law. So, we have one law which is big for everyone, you can always apply and then we have LSS which is very specific and more generous.
00:02:00	S1	Only for people with disabilities?
00:02:01	S2	Only for people with disabilities. With disabilities from 0 to 65 Sixty-five, yes. And then there's very specific categories. Like, for example, if you have autism or a developmental disorder, or, for example, blindness. So, we have special categories to apply to the system, to this law. So, it's very specific, and when you apply according to this law, then the services are more long-term thinking. Like for example, special houses, homes for people who have developmental disorders or like daily activities if you are not able to have a regular job and services like that.
00:03:01	S1	So then, these last kinds of services are covered by the LSS or the social services law?
00:03:15	S2	Actually, you can always apply. If you are not included in LSS you can apply from the other, the Social Services Law but it is not as generous and it's not the same. LSS is very specific. We have 10 different services that you can apply.
00:03:45	S1	Which ones are they?
00:03:47	S2	(..) Somebody who is helping you, for example, if you're blind and you need somebody to support you to get to different places.
00:04:04	S1	Personal assistants?
00:04:05	S2	No, it's only... we make difference of this. Like a person who is bringing you from point A to point B. If you need to go to the hospital or if you want to go to the museum, somebody to guide you. And then we have something called a contact person. And this is someone, for example, if you have a mental disability, you get sometimes, it's easier to get socially isolated from society, it's hard to make friends, it's hard to get out in society so you can be isolated in your home. So, a

		contact person is somebody who will act as a friend. So, it's not somebody who helps you with anything else like paying bills or making phone calls, but just to be a friend, to have somebody, you could go maybe to a café or go to a cinema or do something like this. So that's one of them and then we have "daglig aktivitsom het", and this means daily activity. Like instead of if you are not able to have a regular job, then you can have, you can go to a daily activity house where you have activities. And the long-term goal of the daily activity is that you will have a regular job in the end, so you will maybe get... But for some people, if you have a very difficult mental disability then it's not possible, if you have autism or whatever. Some people, a lot of people, most people stay at the daily activity all their life. But some people, get- they can learn new things and they get help to come out to the regular work system.
00:06:14	S1	I don't know if it exists here, a kind of workshop for maybe people with mental disabilities if they are in crisis. So that they can go for a short time and then they can go again to the normal labour market, do you know what I mean?
00:06:44	S2	Yes, well it's not like that, it's not workshops, it's daily activity centres. Yes, it's like that. And then maybe sometimes you don't have to stay there for the rest of your life, maybe you can stay there for one year or two years and then you find a regular job or so, but it's different. Sometimes you only have to be there for a while, but other people, they go there for the rest of their lives. Yeah, so that is one service. And then we have the living service. If you have- if you're included in the LSS law and you need help and service and assistance 24/7, then you have the right to have a special apartment. And then it often looks like this, maybe it's five apartments together. And there's a common room where there's always staff. So, there's staff 24/7 who is helping you in your apartment. But in Sweden we have a very strong focus on individual and individuality. So, people, they don't stay together, they stay in your own apartment. But somebody- the staff will help you every day to come and help you to cook and to clean and to go to the store, to support you, the apartments are very close to each other and then there's always staff there.
00:08:22	S1	Are they in the same building?
00:08:23	S2	In the same building, so maybe five apartments in the same building and then one big common room where you can maybe watch TV together or eat together but you are not forced to do things together because it's important to see everyone as an individual. So, if you only want to stay in your apartment and have the staff help you in your apartment, that's possible. So that's one thing and I think that's very special because it's very difficult to find a flat maybe here in Stockholm. But when you have LSS, then it's possible for you to have the special service home. And yes, what more do we have? Can I have a look here? (laughs) (speaks in foreign language) Yes, and for small children we have for example, if your family and there's two parents or one parent and then you have a child with special needs, it's very difficult for the parents, And if the child is five years old, he or she has much more needs and it's much more difficult for the parents than for a child who does not have any disabilities. So, then we have the service called [inaudible 00:09:49] service which means it's like a nanny who comes to the house. And she or he takes care of the child with disabilities so the parents can go and do other things; maybe go shopping or do errands or to be together with the sibling. Because if you are maybe two siblings and one have a disability, the sibling which doesn't have a disability doesn't get so much time with the parents. So, to give extra time to the sibling. So that's [inaudible 00:10:26] service and it's for small children. And then we have [inaudible 00:10:30]. And this is for little bit older children maybe from seven or something and up. When the child gets older, it has maybe the need to be separated from the parents and to develop a new context with other people. So, then the child with the disability can go away to a separate home for the weekend. So, he or she stays there for maybe from maybe Friday to Sunday, a kind of respite, it's good for two things that the child with the disability can maybe find new friends and to develop and to be separated from the parents but also for the parents to have a break and to relax, it's two different things.
00:11:30	S1	And these kinds of services also exist for adults or only for children?
00:11:39	S2	No, this is for children because later on it's more common that you get the daily activity centre. Because then you get grown up and then you need to be separated from the parents and you move away from the home. So, you move to the apartment that I told you about and then in the day time you go to the daily activity centre. So, this is for when the child lives together with the family. And then we also have [inaudible 00:12:11] and this is after school time, the child... If the child can't go home directly after school because the parents have not finished their jobs, it's normal that you can stay somewhere and then until the parents are finished with their jobs. And if you are maybe 12 years old, if you don't have a disability you can home and you can be alone in the home until your parents come home, but for a child with disability it's not possible. So maybe you need to be somewhere when you are 13, 14, 15, 16, 18 because you cannot be alone without an adult and the parents are working, so you can stay there at this centre.
00:13:10	S1	And how are these services financed? Do all ages pay the same for services, or are there different prices or how is it financed?
00:13:30	S2	it's via the taxes, the Swedish taxes. Sometimes they have to pay a small amount of money for example, you have to pay something for eating or something like this. But I mean LSS, it costs so much money for the Swedish system, yes, but it's on the taxes, yeah
00:13:57	S1	And, for example, when a person needs services, how is it organised? The family looks for the services, how do you arrange the services with the families, do you know what I mean? How do you do that?
00:14:24	S2	I think that in Sweden, this law, LSS, is very- everyone in the authorities knows about this. For example, if there's a family who has a new child and the child has autism or a developmental disorder, the family gets information from the hospital or other authorities you can get help from the municipality. So, we don't really have any informative meetings or anything, everybody knows about this. So, they contact us and say maybe they call or they write an e-mail or make an application online, and then we have a meeting here and then we start the application process.
00:15:16	S1	So, they have to apply for that, haven't they? for activities or maybe for residential setting or whatever? And then they have to, for example, contact private or public providers?
00:15:37	S2	Exactly, the providers, it's both. We have both, private and public, both types. And in Stockholm it's special because we have a special law that says that you are free to choose. So, this can be a bit complicated because when it comes to the daily activities, then you can choose from maybe 200 different places. And me as a social worker, I always have to be objective, I cannot really say, "Oh, maybe this is good for you. You like art, maybe you could go to this place or so." So, everybody has to choose from their own and there's both- a lot of private ones.

00:16:24	S1	But, I suppose that the family goes to the services or maybe takes a look or whatever and then decides and tells you and you arrange the services and the payment and everything...
00:16:41	S2	Exactly, but it's kind of a long process. We have...the process is three months from the application on the LSS service until we have a decision. And it's even so, if you apply for example, that you want to have the daily activity, it's not for sure that you will get it in the end. Maybe we will see that the needs that you have, the disability you don't have enough, how do I say, you don't fulfil the criteria to get it, so it's not- not everyone will get it in the end.
00:17:24	S1	Who says whether one person has a disability? There's a kind of medical assessment or something or...?
00:17:43	S2	In the beginning, it's actually two steps in the LSS process- application process. The first step is medical. Do you have autism? do you have a mental disorder or something else? Then it's medical. Then we have to see a paper from the doctor that says that. the diagnosis, it's medical, the diagnosis. So that's the first thing. So, for example, if somebody applies to have a contact person, the friend I told you about, and the person has autism, okay, that's the first step, it's fine. Then you have the right to apply. So, if you don't have the autism, then you don't even have the right to apply, so if you have the right to apply then we see the criteria according to the law. Is the person isolated? No, he's not isolated because he has a grandma that he meets two times a day, and then we can say, "No, you cannot have the contact person because we see that you don't really have the need for it."
00:18:45	S1	But you don't have, for example, a kind of certification with the degree of the disability and something, do you? You have like a test, a criteria test and then you check out and assess everyone with the diagnosis?
00:19:05	S2	Yes, it's actually three different... In the first step, the medical step, it's three different types of groups, [inaudible 00:19:15] one, two and three. And the first group are people with autism and a developmental disorder, and then it doesn't matter what kind of developmental disorder you have then. It's just like that, the criteria are just that you have the diagnosis. And step number two is when you have brain damage, when you have, for example, a stroke, so this is the second group. And the third group is quite difficult because then it says other types of disabilities which are very big, or it makes a lot of impact in your daily living. So, then you have to make- it's difficult to decide whether you are included in the third group or not. And it has to be that it's not because of aging, normal aging and it's very difficult to decide whether you are in this group or not the third group. So, the third group is like the rest group...
00:20:28	S1	So, do you know the changes, the most significant changes in the long-term care in the disability field in the last decade? Which kind of changes could you mention?
00:20:54	S2	Well, when I'm thinking about changes, if I'm thinking about the law of LSS, it came to Sweden in 1994. And I think if it was today, it would not exist. I think that if it was today, if it didn't exist and it was a proposition today, it would never be- we wouldn't never have had this law. Because at this time, in 1994, it was the social democrats and it was another economic situation so we had the possibility to make this law, to have a generous law for people with disabilities that they can live a good life, even though they have a disability. But what I can see, the law still exists and it doesn't look pretty much the same as it did, but the way that we are judging is difficult. And you can read a lot about this in the magazines and that the way we apply, the law, exactly, is different.
00:22:07	S1	In which sense?
00:22:09	S2	For example, we can.... We were talking about the contact person, right? And one criteria are that if the person is.... the contact person who is supposed to be a friend. So, when the person is applying I want to have the contact person. The criteria in the law says that if the person is socially isolated. But then you can ask what is isolated, you know? I can be maybe together with my grandma or together in the gym with other people, but maybe I feel isolated but I am not "per se" isolated, do you know what I mean? So, the way that you are applying the law is maybe different now. So, we are much stronger and we find ways to argument how we can say no to the applications.
00:23:12	S1	What do you mean, what, I suppose, you mean is that in the last years there has been like a restriction of the criteria requirements for going into the system for applying or to get some services?
00:23:37	S2	Yes, we make- I think that it's more difficult today to get the social services like the daily activities or contact person or.... Because we are arguing that the person does not have need for it. But 10 years ago, maybe we would argue that the person had need for it. The law is the same but the way we are arguing about it and the way that we are seeing the needs that the person has is different. It's because of the budget. Because in Stockholm, we have not- we have the municipality of Stockholm, but I work in Östermalm and Östermalm is one part of Stockholm. So, we have Östermalm, and then Södermalm and different part and we all- and everyone has their own budget. So here in Östermalm we have one budget, and for example, we have to have- we cannot spend more money than this, for this year for example. And then we are always- we always have to deal with this. So, if we spend too much money these months for example and then we have a lot of new applications for a contact person we say, "Oh no, he's not isolated," so, we say no, you know? So, it's always like an ambivalence from the law, what the law says and what the budget says.
00:25:33	S1	So, do you mean, you have a budget and when the budget is finished there are not more services?
00:25:57	S2	Yes. And if the person has a need, you can argue on both sides. You can argue, "No, he does not have need for this," and you can argue, "Yes, he has a need." You can choose sides, you know. You can always find an argument that he doesn't need this, you can always find an argument that he does need it.
00:26:39	S1	Have you noticed any kind of change for example, in the services? They are the same, or maybe have they been reduced?
00:26:56	S2	I would say the services are the same but I think less people. The group is...yes, exactly, less people are going in. But when you go in, the service is the same.
00:27:12	S1	So if right now there are less people going in, I suppose there would be many places free, you know?
00:27:25	S2	No, not really. Because it's like the market is changing according to the needs. For example, we are having our own group homes here in Östermalm and we make our own- we have our own contact person here that we are recruiting and we are recruiting according to how many people have.
00:27:49	S1	And, for example, in these kinds of services "contact person" have you also noticed if the time with the people has been reduced or the time for going into the services has been delayed, the time is longer than before?

00:28:24	S2	Yes, I think that's also one thing that you can be a bit restricted about, for example, personal assistance. Because then if you have the right to have personal assistance, then you also, we decide how many hours. So that's also something that we can decide. If you have maybe 40 hours a month and you apply for 50 hours, that's also something that we can cut. So, I don't know, I haven't been working for so many years so I can't say if I have seen the changes so much, but this is something also that you can choose whether...yes.
00:29:12	S1	And since the application of the new law? Do you know that people have the freedom to choose, now? It was implemented in 2009... What results or what impact do you think this law has had for the users or the services?
00:29:44	S2	Well, I think that for the people with disabilities I would say that it's very difficult. Because how can a person with a mental disability go and see different places and it's very...I think it's a very big decision for a person who has a disability. So, on the other hand, it's also good that you can actually choose what services do you want and what provider. But on the other hand, I think it's also complicated.
00:30:38	S1	We are going to move to the third part. What factors do you think that could explain these changes in the last year? How would you explain these changes?
00:31:02	S2	I would say that it has a lot to do with new public management and that we see- that an organisation like this organisation from the social from the state, it's not... I think that there's no need for an organisation like this to be effective. We're talking a lot about to be effective, that we need to save money and that we need to save the budget and so on, the social services and by the state, like the school for example. I think it can never- there's no need for it to be efficient and to be effective. But we are applying- we're trying to make it look like a private company, yes.
00:32:02	S1	Working as a private company?
00:32:03	S2	Like a private company, yes. But then I think that's a problem because it can never be the same. I mean, it's somehow that you can earn money on people with disabilities is not the same as a product. And you can see it for example, you call the people with the disability, we call them clients...or customers instead of clients. And the providers for example, you see them as a client instead of...a customer instead of a client, sorry.
00:32:34	S1	Customer or client.
00:32:34	S2	Yes, it changes. But before maybe it was a client and now it's a customer. So, it's more like this field or this course becomes more like a private company. Yes.
00:32:47	S1	... a customer, we don't use the name "client" in Spain, we use user because it's a different perspective. The professional is very important in the decisions. The professional doesn't take away the decision from the family. This helps the family and join the family and support the family to make the right decisions because it is supposed that the social worker is the expert and should know the services. Because there are many services and a lot of- everyone works different, you know, what I mean?
00:33:37	S2	Yes, and everything gets centralised. I mean for example, that we have our own budget here in Östermalm, in this part of the city, I think like, why is that? Why don't we...? It's the same money, it's the taxes. But it's like we're working like small different companies, where everybody is having their own budget. And I don't know, In a municipality, it's like a small... More desegregated. And it's the same money, I don't know why we do that. And, yeah, so I think it has a lot to do with the changes.
00:34:12	S1	But, do you think that the reasons for that are the differences in the government, in the policies or it's for the economic pressures? What do you think about that? What really are the reasons? Because there are economic pressures? Or maybe the economic pressures have been always the same but the way that it is seen by the government is different now, do you know what I mean?
00:34:59	S2	Yes. Of course. I think the economy has changed. And as I said before, the law that came, LSS law 1994, I think it will not be possible today, yes. Because the economy has changed and we have another politics. And also, I think we have the economical discourse and the market...the market discourse is also changing. For example, in Sweden we have private schools and.... You can actually earn money to have a school, yeah. And I think this.... It has been since a couple of years back, I don't know how many. So, you can change.... If you want to go to school by the municipality of the state or the private. So, I think it's the change of discourse in the last decade...
00:36:03	S1	Like a privatisation...
00:36:05	S2	Privatisation, yes. Exactly. Exactly. Mm-hmm.
00:36:35	S1	Okay, thank you very much. We are finished. And we are on...

Transcripció 19

00:00:02	S1	Could you please introduce yourself a little bit, first of all?
00:00:15	S2	My name is M. N-B and I'm a social worker for the elderly – I have a Masters for this area and I have worked for three years as a county social worker for the elderly. And I also worked as a project leader on the elderly home to help the co-workers to integrate better with the people and the elderly who's staying there. So that's my biggest source.
00:00:56	S1	Could you please tell me a little bit about how this social service is organised?
00:01:05	S2	We are organised in a group – four groups of eight people in every group – and then we work with... We have two weeks of our own work where we go home to the elderly and do the review of their earlier application and if they need anything else. And then, one week, we go on the hospitals and meet the elderly there, who people need to go home but they don't need to increase their help or help something else, so they needed help before they come home. And that we do one week, so all the... So, emergency, we do one week; and then we do our home area, two weeks. And that we change every third week of that. It's really good to work like that because then you can plan your time and take care of your own area, but it's also good to be in other co-workers' area and see what they do, and it's good for the elderly because we need to discuss and think so it will be equal for all people, all the elderly. So, we are in every other area of the co-workers so we see what they do, and we talk about what they are applying and we'll say yes, this is the level we can say yes to if they have these

		needs, or we can say no, they don't have that need to move to an elderly home, they can still be at home, and that we'll discuss.
00:03:08	S1	Do you mean that there is a kind of weekly meetings for that?
00:03:14	S2	Yes, we have daily meetings on special things. Or if they apply for an elderly home 24/7, we need to always discuss the case, with our manager. And some of other, if they need help at night, that we'll also discuss. Or if they ask for help or apply for help more than what is the level that's set on the whole city as how many times should you buy food, and if they ask, "I would like to have food five times a week," that's over the boundary the community had set so we say, the normal is one time a week. And that's also we checked from the judges when the people... if they don't get what they want, they can go to the judge and say, "We don't like this answer from the community," and then they need to decide. So, we need to look all over Sweden about what is normal – it's normal or not normal – so we will have the same standard what the judge say is okay or not okay. Like how many times should you buy food (the shopping) to your home and they say, it is normal with one time a week and therefore, we don't go over otherwise... we discuss that. And also, we answer in our phones. When we are in this group, the third week, we call it (Speaks in a Foreign Language) group, and we also answer the phone and take care of all emergency calls, or answers, or whatever kind, so the other people working on the home area can take care of their own business so they don't get disturbed all the time.
00:05:57	S1	I suppose that you work with some kind of providers, do you work mostly with, you are getting services from private providers or from public providers?
00:06:34	S2	From both. This community has their own services in nursing homes. This area, (<i>Fastighetsförvaltning</i>), have their own home for the elderly, they also have the home service, but there's also private home service companies. So, when we have got the applications for what the elderly would like to ask for and we say yes or no, but if you say yes to that, we'll write the story and then we send them the report to the home service, and we have community home service and we have private home service but they get the same pay from the government.
00:07:38	S1	And they decide if they want to go into a specific home?
00:07:46	S2	Yes, the elderly always can choose. In Stockholm, they can choose. It's not all the same in the whole Sweden because some county only has public home service and not private home service, but in Stockholm we have that. And the elderly can always choose, and we can't tell them which one they can choose because that's not good. And if they can't, we can say this is the five nearest your home, you need to choose.
00:08:22	S1	What happens when the person cannot choose?
00:08:30	S2	If they can't choose, it's the community home service.
00:08:38	S1	Because my feeling is, what I have been observing here, is that there are a lot of differences between the families from the south of Europe, I think here it's a little bit different because there are many old people who live alone, aren't there?
00:09:14	S2	Yes, in Sweden, we like to be individuals and the elderly don't want to be a burden for the younger so they like to be taking care of themselves, and it has more or less always been like that.
00:09:34	S1	They like to go to the residential nursing home or they don't like to, or maybe it's at the end of the life?
00:09:44	S2	Most of them don't need our help anyhow because in the place I am working, it's only 20% on the elderly from 65 years old and over who need our help, so that's 20% and of these 20%, 60% only needs help with the service like buying food and cleaning and taking care of... wash the clothes and clean because they have hurting backs, backs and bones. So, it's very few who really need to be at a nursing home. And some would like to apply early, but if they don't really need that, we will say no to their application because it's not necessary. And we have in the law, there's an assessment. People, if they would like to stay at home, they have the possibility to do that as long as possible but not with unaccepted cost. Of course, it must be some level of cost that will be too much to have them home and therefore, maybe something it's better to be at a nursing home.
00:11:20	S1	When do you decide that someone should go to the nursing home?
00:11:29	S2	It's how much help they need and it's not safe for the person, we can't get them safe care or good care because they are so sick. And that's usually the most part, let's say if they have dementia and they go out running and they can't find home and they don't know how to dress and they are naked outside, then we can't have them home; they need a home, they can't be there. But if you have a more body problem that maybe your back or your knee or something else, or sickness that you can't move, then you can't be a home longer, even. But usually, it's always about the care, the person needs to be safe and they need to feel safe too also, if they need to go up three or four times a night, it's not safe for them either. But we have a boundary when we go up... It starts usually with around seven, eight times a day or around the clock if the home service needs to go up so often it starts to get to the boundary, it's not really good for them to be at home. But some people will anyhow be at home and sometimes, not very often but we'd say, we give you this level but we can't give you more because it will be too expensive. So, we say, "Even if you not apply to an elderly home..." they would like to have more home service, and we can say, "No, we can't do it safe for you at home," so we'll say yes to elderly home even if they don't have ask for that. And then they can decide by themselves because that we will say, we think it's not good for you to be at home.
00:14:00	S1	Could you please tell me a little bit about what kind of services and benefits that are provided to the user by the service?
00:14:17	S2	They can apply for what's called the cleaning, to wash the clothes, to buy food, it's like all in that area, to take out the trash to the trashcan, to do your dishes, wash your dishes and take out the newspaper to the trashcan. And then they can have help with their clothes if they need to have someone who just get them the clothes, or they can have help to being dressed, home services: personal care: clothes, bathing and toilet, going to the toilet if you can't do that by yourself because it's hard to go there. Or you can't understand what to do, it depends on if it's the mind or is it the body that's lacking for you. Food, make food for them or bring them food, or even sit with them because they have hard time eating. Or if they even have that we can also have assistant to get the food in your mouth if you need that, if you would like to be at home. You can also have service that some one of the personnel followed them to the doctor or dentist or hairdresser a few times a year. You can also apply for, if you are very socially isolated you can also apply for that personnel follow you to some social activities because you can't do it by yourself. And if you have dementia, if have diagnosed dementia, you can also go to a day care activity, every day activity for people in a centre, you can apply for. You can also apply for if you are at home, a couple, and one takes care of the other, that the person who take care, the caregiver... it's not a home service so

		you have to... the caregiver doesn't want to leave, the caretaker, so they can apply for that somebody is there, the home service is there a few hours so they can leave because otherwise, it's really stressful for them. So that they can apply for.
00:17:43	S1	And how many hours can you provide?
00:17:49	S2	Around 20 hours a month. If it's 16 hours, it doesn't cost anything from them but then, we take money if they go over the 16 hours. But usually, maybe the highest I know maybe 25 hours a month, you can also apply for that you'll get some money back from us if you take care of your relative, doing personal help, because you usually don't do that when you live together, you don't change the other person's clothes or help them to the toilet, but if they do that, they can apply for a little money. It's different level for that help because otherwise, the home service should do that but the person who they live with would like to do it anyhow, so.
00:19:00	S1	Do you mean that there is an economic compensation? and how much is it?
00:19:04	S2	Yeah, yes. Yes, yeah. Not too many apply for that. It's not so much money. It's a four level of how much care you give to your relative. And the first level is if you give one hour a day, with clothes and personal belongings, I think it's 1,000 kr a month, and the highest level, and then you help them around the clock even you are up at night and help them to the toilet or change if they need adult diaper or whatever you call it (Chuckles) If you need to help them, even on the night and do a lot of that, I think it's 4,000 kr. So, it's not much money at all, but it's something...
00:20:20	S1	We move onto the next part. Do you know exactly what have been the most significant changes in the long-term care or social care sector or system in the last decade, since the economic crisis? Could you tell about it?
00:20:44	S2	I think they have decreased the elderly homes, so it's fewer people at elderly home and they will stay in their own home. Nursing homes have also decreased, going down, and more to stay at home with home care. It's mostly for economic reasons because it has been too expensive and therefore, the model is still the same, you have the elderly home 24/7, when you really, really need, when you can't take care of yourself at all. And then you have service houses, there you have apartment but you will still have a nurse but not just a little help, and then you have the home service at that place but a little is more safer and you can go somewhere to eat. And some of the community or county doesn't have that type because they are rather expensive for the county so therefore, they try to get rid of them because it costs too much because you can still be at home and get help from the nurse, they come home to you in your first apartments. So therefore, the county tries to get rid of those because they are rather expensive. So, I think it's tied to the cost. What we see now is that many people in this area live three flats up with no elevator so they can't get out at all, so they understand that that is not a good thing, they need to not have the expensive service house, they need to do something else that doesn't cost the county extra money because people just live three flats up and can't get out. So, they were trying to change that and they will start to this year and try to build house that is more applicable for the elderly so they can still take care of themselves, because the only problem is they can't get in and out and buy their own food because of...
00:24:02	S1	Adapted apartments, do you mean?
00:24:05	S2	Yeah, they need an elevator and they need a store besides, and then they usually can take care of themselves and also have a social life because they can go out, so they can go to the library or the store or what they would like to do, and that's a big problem.
00:24:32	S1	This access change would be about the reduction of the services or about the reduction of the criteria, what do you mean?
00:24:48	S2	I think the services, because they are too expensive, and we have an increase of elderly who need more help and the county can't take care of them because we have more elderly coming in now. The oldest of the oldest, they are born 1920, '21, they are rather few left and they are going to the eldest side rather quick now. And then we had a bigger group of elderly coming in who is new elderly. Very young, they are 70; the oldest we have is 105. So, it's coming in and they will be multiple sick, and what we see also more of the dementia, problem with the minds and what to do, and that we don't really have solved yet because we don't really know what to do. (Chuckles) But just to change for the most people, they just need to live in a good apartment so they can take care of themselves; it's the most important thing just now.
00:26:16	S1	About managing and financing, what do you think there has having the most significant changes? For example, services outside, cutting social worker labour force or professional caregivers, or maybe there is a lack of caregivers or specialised professionals, what do you think about that? Do you know this new law about free choose?
00:27:22	S2	Yes. And the elderly can choose the elderly home and the home service. It's not every county have that, but in Stockholm we have that. But they are talking about now is to change the law, the social law in the whole completion because... But I don't know so much about it but they say, it's not really good, it's not applicable to the life we live now when it started because it's rather old, so they're starting to see the general social law for old people. But I don't know what change they are thinking about to do, I haven't followed that, but they started to talk about it.
00:28:17	S1	What more changes do you think have been implemented in the system?
00:28:30	S2	They try to implement more of help to the caregivers to give them possibility to ...they do really a hard work and if they don't do that, it will cost the society so much money so that we should really take care of those home caregivers because they do have a big burden to take care of their parents or partners. But it's not the law; it's just a good thing to do because it will... Yeah, it's good for the county because it doesn't cost us much, but we can't drain them from what they're doing.
00:29:43	S1	You talk a lot about money; do you think that it has been also a change in this kind of focus, in saving money?
00:29:57	S2	Yes, in the end, it is the money. You have the money you have, even if you have a law. We need to do and give those people who have the most need, give them what they need first. What I think maybe will change, because it will increase of elderly, it is the service area with the cleaning and washing and buying foods, but because we think, and maybe that will change that you maybe can provide yourself and maybe not need to apply for that, because now we have internet, now you can buy food and they can deliver from the company you bought whatever, people use the computers, it's new generation coming and maybe the county shouldn't provide with that extra help. I think maybe that will come in the near future, that we'll say only for those who really, really need that help of course, but the most people maybe doesn't need that and they maybe need to take care of that by themselves.
00:31:20	S1	But now, with the new law, also, I think, there's a reduction in taxes, if someone provides services to you, you can get tax reduction.

00:31:52	S2	Yeah, you can do it, the back from the taxes. The people can do that, absolutely, if they would like to. And we sometimes we say, do you like to prefer that, because then they clean the whole house for you if you apply from us, it's just the lowest level, the minimum level to have a minimum standard that you... So they will not take care of your lamps or cleaning your wardrobe or, but if you buy that, private, they can do what they would like to have done.
00:32:32	S1	And do you think that there is a tendency in, for example, to focus on the help in the big problems?
00:32:53	S2	I think it will be on that way more and more and you need to take care more yourself of the household part, and the county will more take care and help with the personal area of your body, in personal needs. And you have only exactly what you need help with, if it's the clothes or you need to go to the toilet or need to dress or eat.
00:33:56	S1	And what about the organisations, the private providers, have you notice some kind of problems about these? Do you think that in the last years – we are talking about the last ten years – there has been a decrease or increase of bad practises or something...?
00:34:30	S2	Yes. In one way, because when they let private company come in, in this area, that's the big thing. And in the beginning, it was so many companies and the county had them set the level of how much they could do or should do in when they say you can be a part of this. Today, so many came in but they didn't maybe do a good job so now, the county has set a higher boundary what they need to do to be allowed to be in this service area. And so, this year, a lot of small companies has stopped and say we can't do this anymore, or the bigger company will buy up by the small companies. So, in this area, we had before maybe 110 companies, now they are fewer anyhow. I can't say... who can give their service to the elderly in this area. It's not 100 companies stationed here but they can give service in this area. So, a few of them say I will not give service at that area because it's too far away from us or we had too few customers or what, so they change it. And the county set a higher boundary what they need to do and that's really good because always, it's not always the county's own home service is the best because they don't need to work as hard as the private company to please the customer or please the owner. (Chuckles) So I think it's a good way to have both of that.
00:36:47	S1	But why do you think the government have implemented this model the free choice?
00:36:58	S2	Because people like to take responsibility for their own business. And that was something started in the '80, to choose your telephone company, your school, what school your children should go to, your doctor. Before, you couldn't and so, it's in the whole system, a social system to increase the possibility to choose what you want by yourself and the government shouldn't say you can only have this provider for your phone or for your... Yeah, whatever school or doctor, you should be free to choose, have the possibility to choose if you wanted to, otherwise, so. And it's all in all area nowadays.
00:38:10	S1	Let's go to the last part, about the explanatory factors. What factors do you think would explain these changes that we have been talking about: more restrictive criteria to go to the residential settings, to let private sector go in to the provision of the social services...?
00:39:01	S2	It is because of the regime we have, that the democrats and the different parties have changed over the time. And on the blue part, what we call the blue part, the Moderates and then those at the right and left. The right-wing and the left-wing, yes. (Chuckles). And those started this for a few years, because usually we have the social democrat, it has been the party most of the time, and the right-wing has been rather little but they influence to this more private and to do by yourself, choice, and they started that. And now we can't go back, no one will want, that no one want to go back to that you have only one phone company to call. No one. You can't do that anymore. And I think it's the same with the social service and everything. So that's the beginning, we change the... Yes. And then you can have social democrat in the top; but in the county, you can have the right-wing. And then you have in the (Speaks in a Foreign Language), the hospital and the nurses and that who take care of that, they can be like blue-red-blue or red-red-blue or, because we have three different levels and you can have different colour of the political area, so that it's not so easy to.... And therefore, depends on how strong they are, how much they can do, the power they have...
00:41:46	S1	So, one of the explanatory factors could be politicians decisions, and do you think the economic crisis in 2008 has had an impact?
00:42:00	S2	Yeah, I think so. Yeah. Yeah, yeah. Then in this area, because we get more people live longer, more multiple sick and that we have an increasing coming elderly group and fewer younger, so we need to do something.
00:42:27	S1	But that's not an effect of the economic crisis...
00:42:29	S2	No, yeah, but that will... It started with...
00:42:33	S1	Do you mean that there has been an increase in the needs because of the demographic change?
00:42:42	S2	Yes, the demographic change and therefore, they needed to set more strength.
00:42:52	S2	Yes, to what they can do or not do. But I'm not sure, I'm not...
00:43:01	S1	Don't worry, it's your opinion, that's fine. But do you think that the economic crisis had an impact here or not much? What do you think? Can you see this...?
00:43:15	S2	No, I can't because I wasn't so familiar with this area before so I can't really see that. It's hard...
00:43:38	S1	Okay. Thank you very much, that's it.

Transcripció 20

Timecode	Sp	Transcript
00:00:01	S1	So, could you please introduce yourself a little bit?
00:00:11	S2	I work with elderly people and their relatives, I've been working since 2008 when I was studying social work at Stockholm University. My first profession was literature and writing and I have a PHD in [inaudible 00:00:30] and literature, so shortly about me.
00:00:34	S1	Mm-hmm. And could you say a little bit more about your services, how is it organised, and the profile of the users?

00:00:47	S2	All our users are over 65 years, and then we have elderly care, and then we have different profiles. It could be, what I also say, multi-profiles, it could be elderly people and social psychiatry, elderly people and abuse, and so on, so it depends on how complicated you want to make it.
00:01:18	S1	But do you mean that you also attend people with learning disabilities or impairment?
00:01:24	S2	Yes, everything in elderly care, and that makes it so interesting, because when I meet someone, I never know what I'm going to meet, what kind of problems, what kind of disabilities and abilities I will see. And elderly care, I mean, how well it functions in practice, it depends on if we take the theory of the Swedish model, it should function pretty well, and when we get to work in reality, it gets quite complicated and it depends...
00:02:06	S1	Do you mean that in the theoretical sense, the Swedish welfare state is very good...?
00:02:21	S2	Yeah, well-functioning.
00:02:22	S1	...well-functioning, but in the real world...
00:02:24	S2	Yeah, in the real world, you have many problems, and let's say in theory, I meet an elderly person, I get an application about some help, and then I get back to my office, I decide what help they need, and I just send it further in my organisation, but it's not that easy, because sometimes, it comes to the finances and according to the law, [inaudible 00:03:06] the law, the finances or the budget is the last I have to look at, if I have two possibilities to help, and the one is more expensive, then I have to choose the cheaper one if it functions as well as the most expensive one, but it's quite difficult to know ahead of time.
00:03:34	S1	So, we move to the other part. Do you think there has been a change in this kind of restriction in the budget...?
00:03:51	S2	I'm not sure about it, what I mentioned sometimes that my possibilities to help in the way I would like to help people sometimes get pretty tight, because I have to go- if it comes to the expensive part of these resources, then I have to go to my boss, and talk to her and get an okay from her, otherwise, I can't help them in the way I think they should be helped.
00:04:27	S1	But what does it mean exactly, what is the consequence for the people, for example, if it is tough to access these services, what do you do in this case if the services are too expensive?
00:04:49	S2	I do nothing in practice, because I need to have an okay from my boss, otherwise it will develop some problems for me.
00:04:58	S1	So, then you don't get or the municipality doesn't give the services to the people, or what happens then?
00:05:10	S2	Well still, I mean, it's also about a legal process, because if I have an application and they need some help, the answer from the municipality will be yes or no, and if it's not, then I have the right to go to the court, and it's a legal process, the legal part of the whole thing. So, I have to give that there's not. I mean, I have like, three months to discover what do they need and three months when you are, let's say, 90 years old, it's quite a long period of time when you have to wait for the answer, and maybe we don't have relatives or someone who is pushing the municipality and the officers.
00:06:29	S1	And about the services, what are the most significant changes in the delivery of the services?
00:06:40	S2	There is a possibility to choose, there's this home care service. We have like, 150 or something of certain firms in Stockholm city.
00:06:52	S1	Companies?
00:06:52	S2	Yes. And this is a big change. And sometimes, there is a reverse problem of this possibility to choose, when you have so many possibilities to choose, then you need to have some sort of pre-knowledge of the... about what you are choosing.
00:07:13	S2	Yeah, about the system, how it works and so on.
00:07:17	S2	Or you need a recommendation if it's going to work for you, and how should I know in practice?
00:07:24	S1	And do you think that is difficult in general, for the elderly?
00:07:28	S2	Definitely, definitely. It's quite difficult. I mean, if you just, let's say, if you are 85 or 90 years old, you have difficulties to read, you don't have access to internet and you don't have relatives or someone to ask, then it's quite complicated, and I'm going to tell you well, I can recommend you like, five companies in your closest area. It's not so easy.
00:07:59	S1	Yeah. But as far as I know, also, some social workers told me that they can't interfere too much helping people to choose services because it is like, a free competition between the companies, so the municipality doesn't allow them to interfere.
00:08:26	S2	As far as I know, this was before. Now it's okay to recommend.
00:08:34	S2	If they ask me a question, "What do you think?" "I don't know what's best for you, but what do you want, do you want..." I usually ask them, "Do you want a big company or small company, do you want a public- municipality's company or do you want a private one?"
00:08:55	S1	And do you think that the quality of the services has changed? There has been a decrease in the quality or not?
00:09:05	S2	No. I don't think so. It depends on again, it's- I don't think there was decreasing of quality.
00:09:39	S2	But still as an officer, I can work with this problem. Usually, sometimes, I have meetings between a company, elderly person, relatives, myself, and I say, "Well, they want the same person, let's say three or five people coming and visiting, what can you do to meet this wish?" And the company has to answer me and the elderly person, and it usually gets better just for this person, so I have some instruments to work with.
00:10:15	S2	Not just leaving the company alone with the elderly person, but sort of controlling the quality.
00:10:23	S2	But I think in- I don't know if it has been implemented, but there have been some changes in the legal way about this, about quality, I think right now, the standard of quality is higher for the companies, as far as I know.
00:10:45	S1	Okay. About the management of finances: cuts in social workers or management for the services, what do you think about it. Do you think there have been a any change?
00:11:26	S2	Yes. Public management and finances. If I give you an answer as a bureaucrat, then I can say that I don't have the responsibility for the final finances on the municipality, it goes to my boss. My job is basically about the needs- exploring the needs of the elderly person and giving them the help they need at the moment, but in the practice, of course

		we have budget meetings and they talk about budget if it's plus or minus, but on the other hand, I do not allow that type of thinking to affect my work, because if a person is in need of something which is pretty expensive, then the person is in need.
00:12:29	S1	But what I'm referring to is, for example, in the labour work force, if there are less social workers in the services, or this kind of labour force have changed mostly in the houses, the caregivers, the work force have changed in some way, the management about a new perspective by objectives, for instance, do you know what I mean?
00:13:10	S2	Hard to answer. It's quite complicated. It's a complicated question, I think. I have to think more about it, I'm not sure what answer...
00:13:23	S1	Have you notice, for example, that in the last years, there has been an increase of people in the services without qualifications, low skilled, or a lack of professionals, skilled workers?
00:13:47	S2	Definitely, but it is an old problem.
00:13:51	S1	Is it an old problem?
00:13:52	S2	It's an old problem I should say, it's an old problem, because people get that type of job, they'll work for a while and then get away, to do something else, and we have the same problem between social services- the officers, because it's quite a complicated job with many aspects, legal, economical, controlling, and so on, and so on, and meeting many people, and it's quite mentally exhausting.
00:14:26	S1	Stressful.
00:14:26	S2	Yeah, and stressful as well, so people get sick and they change jobs.
00:14:36	S1	And do you think it is well paid or...?
00:14:46	S2	No, I don't think so.
00:15:11	S1	Okay. Okay, the last part, the explanatory factors. What do you think could explain these changes and why, for example, we could say the increase of people's needs, citizen pressures, more pressure over the services, political institutions and domestic decisions, restrictions about the budget, European Union policies, the economic crisis and globalisation, what do you think could explain the changes?
00:15:57	S2	To start with, I think a lot of this is about Swedes getting older, and the population...
00:16:06	S2	Demographic changes. yeah, demographic changes definitely, and the change of generations, I mean, people generally who are born in the '20s and people who are born in the '40s, they have different expectations of what they want to get from the state or from the municipality, and then...
00:16:31	S1	They have different expectations in what sense?
00:16:37	S2	I mean, people born in the '20s, they usually say, "Well thank you much for the help, I am so happy, everything is fine."
00:16:49	S2	And the children- the children born in the '40s, '50s, they fight for the help, and they are not happy with what they get, they are demanding things, now this is quite difficult to meet, [inaudible 00:17:05] and the conversation gets different, and then it's about politics, because sometimes politicians, they don't know what the reality is and how it looks like.
00:17:26	S1	But do you mean, or do you think that there is tension between the people's needs and how to meet these needs in the way of economy or politics, or do you think that there is enough money, but the politician, they don't want to put money in this, they spend the money in other things?
00:17:56	S2	I think it's a lot about- I mean, we have resources in terms of money, and it's a lot about how we use our limited resources. The most strategic, the most economical way of getting the most what we get from the help, so I think it's a lot about that. It's about leadership, and it's about just counting what you get, but sometimes yes, definitely in some rare cases, and then it comes to my responsibility as an officer, if my boss wants to get one decision with the same practice and I think that decision is wrong, then I have to tell my boss, "Okay, that's wrong." Then it's up to my boss. It's like I deliver the responsibility for the elderly person further to my boss, and then to the whole system.
00:18:58	S1	And do you think that the stress of this kind of tension has increased from the economic crisis from 2008, or it's more or less the same situation, what do you think about that?
00:19:14	S2	It depends on what municipality in Sweden we are talking about, because there is quite a big difference, let's say, about Stockholm City, and a small community in- or municipality in Northern Sweden, so it depends on the size of the financial muscles.
00:19:42	S1	Financial muscles, what do you mean?
00:19:43	S2	Of the municipality. I mean, Stockholm City is quite rich, still, I mean.
00:19:52	S1	But do you think that the economic crisis has had an impact here in the services...?
00:20:00	S2	Not really.
00:20:03	S2	No, not really, because I still have the legal procedures and the court which finally decides the most complicated cases. So, on the one hand, finances and the tension are over there, on the other hand, there are legal process, and as an officer, if someone needs help to- I mean, if I say no to some sort of help, and they need my help to go to court, I'll help them to write a petition, so... (Laughter)
00:20:39	S1	Okay, yeah. That's it. Thank you....

Transcripció 21

Timecode	Sp	Transcript
00:00:11	S1	So, the first question is: could you please introduce yourself, profession, your organisation, work place?
00:00:23	S2	My name is J. W. I work at the Ministry of Health and Social Affairs in Stockholm. My Minister is Åsa Regnér. Well, it's a government office simply.

00:00:55	S1	(Laughter) Okay. So, could you please explain a little bit more about your department?
00:01:06	S2	How the service is organised, well I think what differs in Sweden is that the government work as a whole. Our minister cannot decide anything for herself; it has to be the whole government who decides on government issues which means that we have to work with other departments or other ministers for everything. We cannot decide anything, we have to work together, the whole office, not only the Minister for Health and Social Affairs but the finance, everything, and so on. We are organised in units and in groups based on... Well, loosely based on which legislation we are working under but we cannot really do a clear cut on legislations because for example, if we talk about care for elderly, of course there are several legislations about it, so but the main part is the Social Care Act, it's the main legislation but also their legislation is around health and safety.
00:02:30	S1	About social care?
00:02:32	S2	Yeah, the [inaudible 00:02:33] is the main law that we are working with, but also the legislation for healthcare, health and hospitals, and...
00:02:45	S1	Yeah, but I think that the elderly care, the services for elderly care, are into the social services in general, there aren't specific legislations for...
00:03:03	S2	No. It isn't exactly but there is a part for elderly. But you are absolutely right, there's no specific that says that this is for elderly, not, no.
00:03:12	S1	No. Because for example, before with the learning disabilities, with disabilities in general, there is a specific LSS...
00:03:23	S2	LSS. It's not for people with disabilities in general, that is also in the social services law, but there are some types of disabilities that have a special law, so... Which is LSS, [inaudible 00:03:40] there's three different types, if you have different level of disability...
00:03:53	S1	Okay. You told me about your profession, are you a lawyer?
00:04:00	S2	No. My title is I'm a desk officer. Actually, I have a degree in history which makes it a bit strange that I'm here. (Laughter) I worked a long time with people with the dementia so I have a profession there, I'm a senior assistant. I also almost finished my degree as a social worker. So, I have quite a few different...
00:04:26	S1	So you are a social worker also?
00:04:28	S2	Also, yes.
00:04:30	S2	But my main degree is history. (Chuckles) But that's a bit odd. At my workplace there are other people who are lawyers of course, there are kind of social workers, politics I think, have a degree in politics, yeah, and sociology as well. Yeah, there are a variety of degrees. And I think that's a good thing because you need all perspectives, so it's good there is a good input from a lot of areas. History maybe is not relevant, but...
00:05:14	S1	(Laughter) Not in this case but it's good for you to have knowledge. That's great.
00:05:20	S2	It's not the reason I got the job. (Laughter)
00:05:23	S1	But have you been working as a social worker or not, have you worked at any time?
00:05:33	S2	Only with people with dementia for 15 years. So, I did quite a lot. So, I have a degree there but the social worker thing, only theoretically.
00:05:48	S1	So, but when you were working with people with dementia, did you use to work in a nursing home?
00:05:59	S2	Yes.
00:06:04	S2	As a career.
00:06:37	S2	Yeah, I've been thinking about this question. The LTC law, we don't have LTC law as such. Are you talking about the social services law?
00:06:46	S1	No.
00:06:47	S2	I mean significant changes... No. I don't know exactly specific changes that actually change in this law. You know they are actually an enquiry they're doing now to actually change the law, but it's working now.
00:07:11	S2	It is occurring now. I've been thinking about this, I think there's two other laws that actually changed a little bit on how this works. One of them is... the Swedish name is [inaudible 00:07:25], are you familiar with this one?
00:07:29	S1	Is it from 2009?
00:07:30	S2	Yes. I think this one is changed a lot, that you can choose. And I think there's quite a few municipalities that actually decided on this one and now I know as well that some municipalities have decided to not use it anymore. But I think this had a big change on the system that it had a lot of private entrepreneurs and you put, what do you call it, externalisation that you...
00:07:59	S1	Yeah, outsourcing...
00:08:00	S2	Outsourcing, a lot of it. There was a lot of talk of efficiency, (Overlapping Conversation).
00:08:14	S2	I don't know if it's in the law but it became in the...because when you talk about social services, it has to be efficient.
00:08:22	S1	Efficient?
00:08:22	S2	Yes. And what is that? What are efficient social services? What is it? We don't know. (Laughter)
00:08:29	S1	I suppose to be efficient, it means that you have to obtain the goals with the minimum money, it's something about money.
00:08:47	S2	It's something about money, and is it about the staff doing more work but with less staff or is it better quality for the money spent? I think there's two different ways of thinking about efficiency. Can you obtain better quality with the same amount of money or can you sustain the same quality with less money. These are two different ways of thinking, and I think that is a discussion that has been on a national level, I think. I think there's been misunderstanding in how to think about this. Sweden spent a lot of money for social welfare, a lot of money for care of elderly, a lot of money for people with disabilities, but do we get the effect out of the money spent that we expect or that we want or what we... I think there have been some disappointments, I think. Especially when it's hard times, and how much... (Pause) I have

		to think. I think that's the big discussion. But I think this law and the right for people to choose who should take care of me or who should take care of my mother or who should take care of my child; has made quite an impact on how... I don't know if it's good or it's bad, but I think it's changed the way we talk about it, it changed the way we expect, and I think about it, a lot of it has to do with efficiency and what do we expect.
00:11:52	S1	Is it about this kind of new way of provision...?
00:11:58	S2	Yes. Obviously, I mean the financial crisis of course was very hard and also there are 290 municipalities in Sweden, they have very different possibilities and situations on how to care for the people living in. So, the law is saying the municipalities have to provide this and this and this and this, the opportunity for the municipalities to do this are very, very different. So even if everyone is trying their best, it varies quite a lot nationwide. So yeah, that's a challenge. That's really a challenge for a country with this (Overlapping Conversation).
00:12:42	S1	But why do you think that this law has been introduced in 2009? Why, what's the reason?
00:12:55	S2	I think it's out of two parts. Partly because of efficiency. It's a way for municipalities to control the costs and also, they think we don't want the old social democratic when it should be the same, where everywhere in the country you have the right to choose, we're all individuals, et cetera, et cetera, and that thinking, which in a way is good, but...
00:13:47	S2	Public services are not worse or better than any others, you cannot see quality. You know, Socialstyrelsen, I wrote it down, National Board of Health and Welfare, you probably have contact with them, you cannot see any difference where people are pleased with the services if it's private or not, so this is very...
00:14:17	S1	Maybe in the formal but private is private, it's not public.
00:14:25	S1	It's completely different. Public is another kind of thinking. It's civil service. So, when you are attending to someone or assisting someone that's in the public services, you are not looking at how much it costs, what is the cost of the services, you know. In the private, yes. First of all, it's the money. That is like, this is not...
00:15:05	S2	Have you checked the statistics with the Brakarundersökning and Oppna jämförelser , in the National Board of Health and...?
00:15:13	S1	In the quality, no, but much people told me that there has been a lot of problems with the quality with the private providers.
00:15:26	S2	Yes, yes, absolutely. These are the national inquiries that these authorities making every year, and it's talking about the elderly people themselves, and they had to ask...they can answer this, and there is not much difference. And it could be because they don't expect this much from public funded services, and from private... we don't know this, but you can't really say the difference. And also, I think if you speak to people... Also, from my experience when I'm working, the elderly is very loyal with the staff; they don't want to be a burden, they don't want to complain because they know that the [inaudible 00:16:12] and whoever is working, they're doing their best and they're nice and they have a family as well and, you know, this kind of... And they don't want to complain.
00:16:32	S1	But nowadays, for example, the individuality has been...it's losing the individuality, how the workers do the work, you know, in the sense that for example, many people say that they have been attending for a lot of career workers.
00:17:08	S2	Yes, it's a problem.
00:17:13	S2	Mm, absolutely, certainly.
00:17:14	S1	Because I wouldn't like that 70 different persons come to my house in one month, 70 persons are a lot. So maybe the quality that they are paid and also the employees; the coursework is very, very changeable, is very...
00:17:45	S2	They don't stay in their work for a very long time, they change job.
00:17:47	S1	Yeah exactly, changeable.
00:17:55	S2	But would you say that the staff turnover is bigger in private companies than in public?
00:18:07	S2	I don't know the numbers for that in Sweden so I don't know.
00:18:09	S1	Probably because I suppose the private, the function of the private are really different from the public services.
00:18:23	S2	I know from a few years ago, I know that you get poor paid in the private companies, the staff as in public funded services, but I don't know.
00:18:34	S1	I suppose the condition, the work conditions, but in the public in general are better than in the private.
00:18:52	S2	Sorry. I don't know the statistics. And talking about social services, I think it's very difficult that if you ask one person their opinion, because there is... you have to look at the statistics because there's a lot of rumours, and if I can do a little off. (Chuckles) but maybe it comes off the topic here, but 80% of the people who are elderly who have social services are happy or very happy with their services, and still in the newspapers you'll constantly read this is a disaster and this is a disaster, and there is an image of the people that are not happy. And I find this is a problem because we don't talk about...
00:20:04	S1	So maybe, I don't know, maybe the problem is that more and more people are getting older, the population is getting older and they remain at home. They can't, for example access to a nursing home because the nursing homes have been a huge decrease from 20 years, not right now for example, but they're decreasing in...
00:20:32	S2	Yes. But still 80% of all people have some kind of social services who are elderly, that kind of social, homecare and retirement homes are happy, are happy or very happy. So, I think this is an important picture as well.
00:21:02	S2	It's statistics, (Chuckles) it's...
00:21:19	S1	But what I was suggesting was about the quality. Because maybe one person 80 years old can't express probably, you know what I mean? Because people with dementia can't express, there's a lot of people, ...
00:22:05	S2	(...) Still... Still, I mean, I'm saying that you can't really see a difference in quality when you look at the statistics. Then of course people have opinions and they expect things, or you can discuss this, but from my point of view, you have to look at the statistics first, if it is a big problem or not.
00:23:02	S1	But I am saying that is one of the points that is showing up, is that the quality, because specific things, maybe efficiency, what you were saying, has been one of the changes.

00:23:17	S2	I think the discussion about efficiency has been one of the changes, yes, and the freedom of choice, the people expect more individual adjustments. I think that has changed the way you see homecare and services.
00:23:37	S1	And do you think that there has been cuts in the services?
00:23:46	S2	I think so. I think there have been cuts. I think there have been cuts in staff, how many people you expect to do the job. I don't have the statistics, I tried to find them but I couldn't find them, but that's the feeling of that. Yes.
00:24:19	S2	Mm-hmm. At the same time, there are more people who are older so I don't... But I'm thinking about how many elderlies have each staff have to care about, so I don't know if it's a lower number of people working with this, I don't know, but I think if you look at the amount of people who needs, so I think there's a smaller number of staffs.
00:24:50	S1	I am asking you this question because you know about the law and about the organisation more in the high-level, in the national level than in the municipalities, but I don't know if you know about this change in, I think it was in 2011, it was a change about the carers, about the help for the carers, so I think right now the municipalities have the obligation to provide care to the carers also. Do you know some...
00:25:35	S2	For the family carers, like...
00:25:49	S2	The carers, yes. Mm-hmm, yes. Yes, I know. But I don't think... Yes, they're supposed to be supportive. I don't know how well that is working, but there is a law to do with this, yes.
00:26:02	S1	But do you know why it has been implemented? or what was the reason for being implemented?
00:26:14	S2	I think this help to the carers, it's not money I believe. I don't think they get any financial money for helping their relatives. They might get some from [inaudible 00:26:27] if the person is dying or something horrendous like that, but I don't think there is... I think most people do this out of...they feel responsible for their relative or their mother or... I think there is a support and the law is a support, isn't it, it's supposed to give relief and that kind of stuff, but I don't think you get... I don't think the government ever has supported that you can care for your elderly mother and get paid for it, I don't think so. In that case, you have to be employed as a... No, is it?
00:27:18	S1	Before but it has changed. Before, the caregiver could be employed by the municipality but not now, not anymore.
00:27:43	S1	Yeah. One social worker told me about this that the law permits to employ the caregiver, the family caregiver, but it hasn't been forbidden in here because it was a little discrimination for women because most of them were immigrants and this is a very low paid activity so they became a little bit trapped about the situation. It is not permitted anymore to do that (...).
00:29:39	S1	What do you think about these changes? What could be the reasons about that...? What factors could explain these changes?
00:30:17	S2	That's a big change. That's a big change. But it was a big change as well I think when we changed the government and, et cetera.
00:30:28	S2	Yeah, yeah. Yeah.
00:30:31	S1	Do you think it's more like...?
00:30:32	S2	It was a political, I think so.
00:30:39	S2	Yes, I think so. I think so.
00:30:41	S1	Do you think that if for example there has been the left party, it wasn't occurred?
00:30:53	S2	Well, this is speculation, what do I know, but I think if the social democratic had still been in the government, and we never had the 8 years with... 8 years or later was it? I think they still had to adjust. I mean they still have to adjust to what people want and vote and, I don't know. Look at the government today, (Chuckles) I mean, with social democratic, I mean it's a very strong line of adjustment.
00:31:35	S1	And now, do you think since the right wing is not in the government, that there is, again, the social democratic, do you have noticed any change in the way that the politicians...?
00:32:02	S2	Well obviously, there's a change in discussion. Here, I cannot speak so much I'm afraid because this is, it's the politics sector, but we can only see how they...well, how they have executed their politics, how much they change. They want more people to working in with the elderly for instance and they have a big... what do you call it? I lost the word. Government support for this to the municipalities to employ more people. I don't think the previous government would do this kind of support; they have gone about it differently.
00:33:07	S1	Mm-hmm. So do you think that now the support to the municipalities is bigger than before?
00:33:16	S2	Well, they spent 2 Billion kr. per year to municipalities just to employ more people.
00:33:27	S2	To raise the number of people being employed so, yeah. That's been done since...
00:33:33	S1	Yeah. There are also... maybe you know something about that, there is also, I'm not sure if it's already implemented but there is a quality plan.
00:33:52	S2	Yes, it's not implemented yet.
00:34:01	S1	A plan to improve the quality I mean. I read something about this that there is a plan that is expected to be implemented in the, I don't know, in the system I suppose in the municipalities to maybe to check more accurately if the objectives are completed, I don't know. I have read something about this plan and also, I have read about one of the principles to improve the coordination, programme of coordination.
00:34:43	S2	Yes. Yes, that's a new law.
00:34:46	S1	Is it a new law?
00:34:47	S2	That's a new law and it was... Oh! I can't remember if it's... Was it spring, 1st of April maybe, I don't know, but it's...
00:35:00	S1	If I am right, it has started maybe in 2010. It was the first one in 2010. But I think it has been... 2010 or 2014, I don't remember exactly the time, but I think it has been implemented every year, or it was for four years or something.
00:35:30	S2	Yeah. [inaudible 00:35:31]. You have to have a better cooperation between the health services and the social services and there was a new law that was passed and I think it's in spring this year.

00:35:49	S2	Yes. And it's changed from... which makes it that the municipalities have to be quicker to care of the people from the hospital, otherwise they have to pay. Yeah. Which one are you talking about? Is it an agreement? Is it an agreement between the government and this association of municipalities and regions? Is it one of these you're talking about maybe?
00:36:23	S1	Yeah. This is agreement between the health and social municipalities and social services about that they have... I think they have to put in place in the same week in a short time when someone is...
00:36:42	S2	Yes. It's only a few days.
00:36:43	S2	It's only a few days. It's very quick.
00:37:15	S2	It's shorter, I think it's four days or something like that.
00:37:18	S2	Yeah. It's very, very quick.
00:37:20	S1	Yeah, but this is the time that they have to put the services but the services can be there in the house for one month or, you know, the time...
00:37:32	S2	When they need it, as long as they need it, they have the responsibility for the person's healthcare.
00:37:38	S1	Yeah, yeah. I suppose, that is fine, thank you....

Transcripció 22

Timecode	Sp.	Transcript
00:00:17	S1	Could you please introduce yourself?
00:00:19	S2	Yes, of course. But in Sweden we have education in university called [inaudible 00:00:25]. I think it's... but basically your major is social work. That's my study. So, you can have working with different kind of fields but I chose working especially for people who have disabilities and elderly. And you can also choose direction in your studies so I chose leadership and management. That's what I do. So I work here and in this place where we are at now, it's our location for what we call in Sweden Hemshens and Hemshens mean that we serve everybody who lives in [inaudible 00:01:18] it's about I think 35,000 people who live here and in Stockholm it's divided I think that's in Spain they call it province and in Sweden we call it [inaudible 00:01:32] but it's a little bit like district. So, we have 14 districts and this one is we are one of the districts in the public community and we provide services for people who have a decision that's according to law have a right to get help. And the [inaudible 00:02:02] it contains different kind of AID that we call but it's mainly people over 65 years old that are living in their own home. It's not home for elderly or anything. That's people actually living in their own home. That's probably they have lived in for 40, 50 years. So, they get a decision that they need... the work is like... the process into this is that I have a colleague. Me and my colleague we have this district together. I have 2 areas and she have 2 areas. We have about I think 5,500 hours that means we count, we look in our finances, we look at it in hours. That means it could be about 270 customers that have help but we also have people who doesn't have any help, who only have an alarm system. It's people who actually can take care of themselves and work. They don't need any help right now but probably will be customers in the future.
00:03:27	S1	Mm-hmm.
00:03:29	S2	So, we take care of the alarm system. Together we have about 500 probably customers but our major is it's the service we provide. That's not the... So, me and my colleague we also have administration to help us, 2 people who administrate and coordinate the help because it's quite not heavy but it's a lot. You have to deal with all the kind of help. And we have other people who help us with others kind of stuff that we call in administration. So that's the basic and then we have about 60 to 62 staff personnel. The personnel's education is quite different. Everybody has different backgrounds. Now we have... now you're in district that's very multi-international, cultural so we have more than 20 different kind of nationalities and languages and it's very different. It's really where you actually end up if you come to us to [inaudible 00:04:48] it's probably very different. So, here our customers are not so multicultural because it's Swedish people, mainly Swedish people and elderly. I think in the future that might change but the district how I think about 70% is what we call immigrants. But the elderly, it's actually different because it's the elders of Sweden who lived here. But if you look at it maybe 40 years, that might change because now the immigrants are younger, at 60 to 50 they get older. And the personnel's education it's mainly they have some kind of sort of in Sweden we call it [inaudible 00:05:38] that means it's a gymnasium in Sweden. In America, they call it high school but they probably have, most of them, I think almost everyone I'd say have been 12 years in school. I don't mean in all country but in Sweden they have studied the language and this specific education it's towards people who are working in social system. That means you're educated in practical things like how you get medication and you provide for people. So, they have... it requires some kind of education. If you don't have an education, then we have Stockholm start in the community as an employer they give if you have a job that means permanent job, then you get education for free because I think our community as the employee as organisation and the politicians want people to be educated.
00:06:56	S2	Are we in the first part now?
00:06:58	S1	Yes, yes, of course.
00:07:01	S2	most of the people is educated, and probably they have to go to these courses.
00:07:16	S1	Yes. We can give it to them for free if they have a permanent job here. Most of them, not everybody but those... It's actually voluntary because we don't want to force anyone, but about 90% want to go.
00:07:35	S2	What is the number of, the percentage, of regular workers, caregivers?
00:07:57	S1	About 60 yes.
00:08:02	S1	And how many of these caregivers or workers are Swedish and how many are from other countries?
00:08:10	S2	From other country? I think it would be about 70% to 80% are immigrants and the rest are Swedish.
00:08:22	S2	I would say probably 30% are Swedish and the rest are immigrants. But for me it's a very... I mean it's a good thing because you know, you can... I think it's about perspective. How you look at employee. I see everybody as resources.

		I mean you look at human being as resources and they have enormous resources. If you look at... I have been here for 2 years now and if you look at our statistics according to how the people, the public opinion about the care we give, it's... If you look at compared now, we got the result in October; actually, just months ago. Compared to the year before, then you can see we have actually increased in many, many levels. If you just look at how we approach and how people look at [inaudible 00:09:24] interact with them, that means 100% the people we give who take the care and we give care to, they have answered that they believe that 100% of the staff have in Sweden we call it [inaudible 00:09:41] that means the interaction is very excellent.
00:09:46	S1	Mm-hmm.
00:09:48	S2	So if you look at... I can show you if you want to but it's the variety of questions, the many questions they answered. It's like on the receipt to see how well we do. It's the only way for us to check the help we provide... in Sweden we say [inaudible 00:10:14] it means that do we think that we are good enough or how good are we? So, I think when I show it to the staff, I look at on that diversity. It's a very good thing because you can actually use diversity, but it depends on how I look after the staff and what kind of leadership I actually have.
00:11:00	S1	What are the main services provided for the organization? Is it just home care? which kind of services do you provide?
00:11:16	S2	The main services we provide is actually what we call the main services that you need in your daily life.
00:11:23	S1	Mm-hmm.
00:11:23	S2	That is if you translate it in English, we have a word for it, it means activities in your daily life. If you look at your own daily life, what kind of activities do I need to survive? It's getting up eat breakfast, eat lunch, eat dinner, clean, wash my clothes, take a shower, go to the dentist, go to the doctor, take a walk. That's our main services.
00:11:53	S1	Mm-hmm
00:11:55	S2	We do not do other services beside that. We also help with financial aid, pay your rent and your bills, but we do that in the beginning of the process if someone doesn't have a legal representation. That means we have... If they do have legal representation, that's a department in our community, in our organisation that work with that area. But sometimes, some people maybe don't... Actually, if we look at the cognitive way, they understand, but they don't have the ability to pay them. So practical, we help them in the practical stuff. So that's what we do.
00:12:45	S1	I suppose you told me that they were over 65 more or less.
00:12:53	S2	The most of them, yes.
00:12:53	S1	Could you please tell me what have been the most significant changes in the social care system in the last decade?
00:13:14	S2	I can tell you one because before I have also worked as an investigator so I used to have been sitting on the desk, on the other side that mean... so I can see, which is a good thing, because you can actually understand the process. But one of the major things I can see is that people live longer at home, that means it's not enough if you just say I'm sorry, I need to get to the elderly... nursing home because I think I'm lonely or need some help or... you know for a social activity, it's not enough. Today you can stay home longer. The problem is actually otherwise that people who want but the investigators and the social workers investigators we think you can stay until longer. All you need is a little more help from us.
00:14:30	S1	So, do you mean that the policy is made from these services because they are who decide whether people go to the nursing home?
00:14:43	S2	Yes, yes, yes.
00:14:48	S2	Yes, yes. But if you look at the law, the law has not changed.
00:14:55	S2	It's not the law. The law has actually gone better to benefit the customer more because if you look at the influential and deciding the law have become more that we have to listen to what you want as a customer. But what we call... you have wants and you have the law, but then you have to practise the law. It's not the law itself that's changed. It's the way you practise it. It's become stricter.
00:15:23	S1	The access?
00:15:26	S2	Yes, the access. Now you need... I would say when I was, now I'm not at all, but when I was an investigator if you ask me oh! I would like to go shop everyday but maybe I was actually nicer because I would say oh maybe she can go walk, shopping every day, 2 to 3 times a week. Now we actually look at it because the law, it says that we have to look what you necessarily need. There's a word in this, "We work according to the social [inaudible 00:16:06]." That mean it says [inaudible 00:16:08] mean what we consider acceptable if you translate the word.
00:16:15	S1	Mm-hmm.
00:16:17	S2	What is acceptable for survival, not what is the need, not what you desire. So, there's very big difference between desires and needs.
00:16:30	S1	Mm-hmm.
00:16:34	S2	...basic needs.
00:16:35	S2	Yes, yes. Do you need to go to nursing home because your health, your mental health and your physical health, requires it? If it doesn't, maybe you can actually stay home. But if you look back like maybe 20 years ago, I think it was, oh! I need to go to nursing home. They're more generous in practising the law, but the law is the same. But this has to do with finances. We're talking about economy. It's very expensive to be in a nursing home. It's quite cheap to be at home in comparison.
00:17:12	S1	Mm-hmm.
00:17:15	S2	So the question is, who are we trying to benefit here? I mean do we... now if you are 94 years old then you don't want to be home. And I have contact with elderlies' daughters and sons, my mother shouldn't be home because they are constantly worried. They might not even live in the same city, and maybe you are in Barcelona and your mother live in I don't know where, so you get worried well how is my mother doing and how can I see her? You feel safer if she's in a nursing home. So sometimes the psychological aspect playing a big part in this, because... so if you ask me, many people who live at home, they can live at home because the kind of help we give is very high quality because the people

		have good education. We also provide and you get also educated at work. We have what we call internships and you know, in this community as organisation, we do try to provide that people get education not only once because we believe that education get old. We have to be a part of this society to change it.
00:18:38	S1	Mm-hmm.
00:18:42	S2	But yes, it got stricter if you only look at that and the hours that you will provide because you get a decision based on us. If you look at Lisa who is 82 years old, she might get 52 hours a month but she has the right to decide how she wants to use those 50 hours.
00:19:06	S1	Mm-hmm.
00:19:07	S2	... they decide what. So, you cannot decide to take 50 hours to, oh! I want to go shopping... you can do that if let's say if you don't have shopping in your decision but you want to go shopping, then that's maybe not okay because they don't like it so you cannot do that. But if you have shopping in your... they have decided that you can shop once a week, but you want to shop twice a week or three times a week that you can do. So, the law has... it's become reasonable actually just now that you can get more freedom to collaborate with your own hours, but everything is in hours so you pay per hour. As a client, you pay. You register when you're at your house, 1 hour of cleaning. When we come in there and we go and we go away and walk away, and if you look at it it's in the hours. They have also when you apply, I can apply for our clients and to get more if she needs more help with this and this and they ask you a lot of questions why, why do you need this. So, you cannot just say, oh the hour is not enough. I need 4 hours more for this. No. So, it's more investigation, it's more questions. And even if I want to, the client has to say yes to this and of course it's them, they have to pay for it. But if we do their hours and they have the right to, then I don't get paid. So, it's very strict in that way.
00:20:58	S1	And do you think that now for example is more difficult to receive help?
00:21:16	S2	I think in general I think it's easier to decide that you need help, I need help with this. It's okay. Or I cannot clean. Okay, you get it. But how much cleaning do you need? You may be cleaning more than I do and you need 4 hours a week but I clean 2 hours, but they would tell you, you know, I have clients who says, "I clean every day. You have to send someone who'll clean." I can do that I say. I told them we can come and clean every day, but it's not my decision if they only give you 2 hours.
00:22:08	S1	Mm-hmm.
00:22:10	S2	So, it's easier to decide that you need help and when, and that you can actually decide and look at it, yes. This person is in a condition of help, but how much? And how do we draw the line between how much and then Sweden have something. It's called [inaudible 00:22:32] that means decided that the shower should only take you half an hour. But if I ask you, how long do you shower? Maybe 45 minutes. But they'll tell you it's 35, 30 minutes unless you have a very good explanation or reason for why would your shower take longer. Maybe you tell them I read a newspaper and I want to take a long bath with bubbles you know. So, it's more about the time because the (Overlapping Conversation).
00:23:12	S2	It's to be more efficient so don't spend much in unnecessary things.
00:23:17	S1	Mm-hmm, yes, yes.
00:23:20	S2	Take just the time that you need, not 1 minute more (chuckles).
00:23:26	S1	And what more changes do you think in managing, in financing, what more changes do you think that have been implemented? Because the changes that you are talking about have been implemented, in the last 10 years, in 5 years, or maybe it has been like this for a long time, for a long period, or what do you think?
00:24:05	S2	No, I think these probably have been for recent maybe 10 or 5 years, I think. But if you talk about other changes, do you only think about Hemshens that are in my area or in general?
00:24:20	S1	No, I mean, in general, in the care system.
00:24:30	S2	But one of the bigger changes that we see is that we work according to what the politics, the politicians, decide in your district. The politician that the people have chosen in democracy. So, they tell us what we should actually work with each year because each year you have a plan to work on, and a business plan or you can call it a plan for your work here that I have.
00:24:58	S2	Every year, every year you have to have a plan, but the plan is based on what the politicians decide you should work on. But if you look at the plan, it's quite massive. It's a very... it's a lot. I would say you have to do more with less amount of money. Higher quality, the customers have become... given enormous role in this that I think that leads the society towards the customer is number one. You have 100% influence over what you call in Sweden we say [inaudible 00:25:43] over your helper or what you call the aid you're receiving. So that is... if you look at it and I compare every year, that's more and more they look at it. And safety, it's very important that if you live longer at home you should feel safe. And safety, they look at much of the safety and I think that's a part in how society look at the elderly it's not well. You know, that feeling lonely we live longer.
00:26:15	S1	Mm-hmm.
00:26:18	S2	So, the tendencies, it's living longer at home. The elderly in Sweden live very long but you have also right to decide more. But we have to also be enormously flexible. The flexibility, for me it's okay because I'm used to it. I'm in the new generation because I grow up with this that you have to be flexible. But you can imagine if you are... I have people who work here who are 60. They say, "Oh my god, the customers," but even if they love their job, they can actually see major difference.
00:26:56	S1	Mm-hmm.
00:26:57	S2	You have to also... they have to write to decide and we have to call them. Every decision we get, they decide the date, the hours. We go through everything.
00:27:08	S1	Mm-hmm.
00:27:09	S2	And the information I would say it has changed because the customer required more information. They are more... in Sweden we call it [inaudible 00:27:18]. That means they are more educated. The knowledge is higher. They know they have the choices they are given. It's much higher. Now if I don't deliver well. They can only tell me, "Okay, I

		don't want you. I'll go to someone else." So, the competition in the way we're working in [inaudible 00:27:40] in Sweden that we call it has given us. It's for bad and for good, but I try to look at things as a positive thing because if you look at it as a good thing that's we actually provide people choices. But the choices make you that you have to deliver and before you, maybe they only had one choice. If you lived in this area, you couldn't choose someone else. Now you can choose from 5 to 6 different enterprises in the area. Even if it's small, even if they are located somewhere else, they will send people to take care of you.
00:28:18	S1	Mm-hmm.
00:28:21	S2	So, I would say that the customers have more to say, they have, and we have become more better to listen as an organisation. And for the bad, it's that the economy in Sweden, it's not like the '90s or the good '80s or '70s I wasn't even born but my colleague that was a good time because you were overflowed with finances. But now you have to do more with less money. So you have also I think as like an employee if we got strict the politician will become aware with it and you have to be careful of their finances that are in what we call it the finance that it's taxes. It's the people's taxes. They have to be taken care of carefully and used in a good way. So the politicians know that you have so much money. I want you to use those very good. But that's how I see it because I believe that my job, it's to use the taxes in a good way because it's the people's money and so we should not just... I mean if you look at the public work here, that means you have the politicians tell you one of the plan is to keep finances in records. Keep your records according to plan. That means you should not overspend but you should... It doesn't mean you should also save.
00:30:07	S1	Mm-hmm.
00:31:10	S2	And we also have a... We have a computer system for this but we actually work with our goals, the Stockholm start as we call it have actually a complete system for you to keep in track on your goals. So, to work according to and towards goals is very, very important. So, everybody including me and my colleagues and everybody who works with us are actually educated in working according to goals. But the goals are very... we can have our own goals if you want to but the politicians decide a lot on what we should work with and it depends on who we have as a politician but many of the goals are the same each year like finances I would say.
00:32:07	S1	So, finances take a huge part, don't they?
00:32:13	S2	Yes, yes. If you ask me it has because if you don't keep finances, I think that's one of the majors in it. But it's about finding balance because I am responsible for the staff's wellbeing and what we call in Sweden [inaudible 00:32:38] that means working conditions are good. That's my job, and to lead them to reach our goals. But I am also responsible for our customers to have good quality help but all of this then I have to keep track of our finances. So, I used to say that it's like having 3 legs. If you're on the table, you have to make sure they're always some kind of coordination between them and we can keep a balance. Sometimes, so everybody when people say something, you have to always look at those 3 legs. Okay, they tell me that I can do this but what kind of impact does it have on the finances, on the staff, and on the customers if you do this.
00:33:26	S1	Mm-hmm.
00:33:28	S1	So, you make sure. Your goals contain these 3 elements or ingredients....
00:33:37	S2	Yeah.
00:33:39	S2	So if I say in general you know, then we have a lot of laws I have to follow [inaudible 00:33:47] working condition. It's very, very big in Sweden and I have a human resources group that helps us, but in general yes.
00:34:00	S1	Some people interviewed told me that there has been also a change in the mobility and it becomes very high. Did you notice it, on not...? Do you know what I mean?
00:34:26	S2	Yes, it's very, very... The requirements or in Sweden we call it [inaudible 00:34:34] that means the competence. It's much higher today that we as employer I require more when you get the job. Today, actually I would say that once I had a woman working for me. She was from Poland. She told me that in Poland she was a nurse, but when she came here, they made her an assistant nurse. The people who work here are kind of assistant nurse. That means that's a kind of big difference. She said all my education according to the Sweden's standards and system was not qualified for her to become a nurse. So, I would say we require that you are good in... we have so many things in electronics, computers. Everything is based on computers and the telephone, you have to use it, work on it. The general system, a driving license, educated assistant nurse if you can. Nobody [inaudible 00:35:46] you have to at least finish gymnasium. Otherwise, you cannot get a job. Even gymnasium is very hard. So, if you're multilanguage or speak for several languages, then we also look at in Sweden what we call [inaudible 00:36:06]. It means are you qualified, how is your character? Are you suitable for this job? It's placed a very, very big role. You can tell me that you have in several locations but are you suitable for the job working with human beings. It's much, much higher. Because I think that's a reflex that the demands that we get from the public, they're our customers or the clients, but we call them customers, it reflects that I as an employee have to be harder or stricter and it demands better qualities and bigger qualifications for people when I hire them. But at the same time, it's very, very hard to find people who want to work in this field or are qualified.
00:36:57	S1	Why do you think are the reasons for that? Because of the salary or...?
00:37:08	S2	I think that one of the reasons... I have worked in a nursing home or people that it's a little bit easier for nursing home. In this field, you have to walk a lot. You have to be good at finding location, addresses. If you start your first day, you get introduction in 2 days then you have to find all the addresses in time.
00:37:32	S1	Mm-hmm.
00:37:33	S2	So 7:30 you have to be in this client and after 30 minutes in this, so maybe you have 5 to 6 minutes to find the addresses. So that's one of the skills, you have to be physically, I mean know good at location. Even if I am not good so you can imagine how tough it is if you're not that good. Physically have to be able to do the job because it's physically actually quite heavy, even if you have a lot of tools that you can have and use. The salary probably yes, it's one of the... but I don't think that it's the salary. It's not the main reason I think because if you are... when I started this job, my staff had better salary than me and I have been 5 to 6 years in the university. You can imagine you know in Sweden, some of the education in university doesn't give you that much money actually.
00:38:31	S1	Mm-hmm.

00:38:34	S2	So, they have... now I have work so I have better pay but when I started, many of them could have 30,000 crowns in Sweden that's quite a lot. Not even a teacher or nurse have that kind of money.
00:38:47	S2	30,000 a month...
00:39:01	S2	So if you look at it, it's kind of quite a lot so most of the people here have between 25,000 to 30,000 and some you know, if you have 29,000 then of course you have worked a lot maybe you're 50 or 60 years old. But I think that one of the main reasons is that because the majority of the people who work here are women. That has to... if you look at the welfare system and particularly in this area of this field, in elderly, it's mainly women.
00:39:38	S2	Yes, it's mainly women, and that's played a big role in this. So, I think if we would change it and recruit more men and maybe that'll change. And the job is even if it's mainly women it's your work hours that is the weekends, evenings, or in the morning. The flexibility is not that high. You cannot choose your working hours like me and you. You probably work in university you can come at 9 o'clock and go later but you cannot do that with this job. I tried to give flexibility to the staff, the personnel and tell them that you can sometimes finish earlier and apply for going home earlier one day, but it's not the same thing because the aid and the help, it depends on what the customers wanted. So you cannot come to work and say oh today, oh I'd like to go home at 2 o'clock
00:40:41	S1	I suppose that there are different salaries....
00:40:48	S2	Yes. You get compensation in the evening, in weekends, or nights. So, we try but it's hard to know why. I think that it has to do with the perspective in society that we believe that the biggest caretakers are women and that played the biggest part in this because we are used to see the mothers are nurturing, not the father. But I think maybe in the future that might change because now we see more men take care of the children. In Sweden particularly work a lot for the men should stay at home with the children and so if you look at the mother as a nurturing and caretaker, of course that plays a big part of what kind of job you choose. And it has to do with education because when I went to school, we only have 2 to 3 guys in school and my boss. Now we have actually 2 to 3 bosses in my group are men but mainly otherwise, it's a woman. But when I went to school, I think we were about 15 of my class, we had only few guys. So, it's also in the education system, how come that we... but it doesn't pay that well when you choose if you look at it. But for [inaudible 00:42:15] school that we call a nursing assistant, I think it has to do with it. And also, the idea that I don't think that you need education for doing this even if the [inaudible 00:42:28] play a part because most of the people who doesn't...
00:42:32	S1	Everyone can do that...
00:42:32	S2	Yes, everyone. But some people think that. And mainly, most of the people actually end up in this kind of job it's because they work during summer and for some reasons. Some people say oh I worked here and then I got stuck in some reason and I'm still here. And most of the people I actually see love their job you know. They would like to have better salary of course and maybe better flexibility but their health because it's kind of heavy if you have worked for the same job 40 years you know. It could be... most of the people, I have staff who have been here since they were like 18 to 19 years old and now, they are 61 or 62, and imagine working with the same job.
00:43:14	S1	Mm-hmm.
00:43:15	S2	And now it got better because now we have lots of material that we can actually use in order to lift someone, but if you look at it back, maybe but I think the society have to change in general and look at the jobs that we believe doesn't require education. We have to look at it. This is kind of... But our politics unfortunately doesn't do that. They believe that some jobs should have... we should hire for some job who they call easier jobs. That's how the politician talk about it, easier job and jobs which are less easy. But I mean, it doesn't help us as employers you know.
00:43:58	S1	So according to you, you are talking about this, about the politicians, let's go to the first part about those other factors. What do you think could explain these changes? You've been talking about the increases of the needs, politicians' decisions. What do you think are the factor which can explain these changes in the last 10 years? Do you think that the economical crises have had a big impact here in Sweden?
00:44:43	S2	I think that the politics... I believe that the economy has a big part in this but I think the major part in this is if you look at... I think the economy yes of course when you look at it for instance, how can I say it in a good word. If you look at you know, the increase in the hours or the lower the help... the aid you get, yes. But if you look in the elderly field how it changed, I think that the public has played a bigger part in this. Actually, giving higher demands, they require more from the politicians. I think the pressure on the politicians got bigger you know. Now we want nursing home to be in a sort of way. We want our food to be this way. You cannot send me anyone who will take care of me you know. So, I think the politician listen to the public a lot and I think that our elderly is... I used to talk about it, me and my colleagues sometimes used to joke about what happens when the people are bored in their 40s, they become our clients and it will not be easy because I think we believe that will be extremely high because they are used to a lifestyle that our people who are 80 to 90, they will grow up into the depression and some of them are born during you know, not so far after the 2nd war. So, I think that the politicians are not that old you know. They are born in the 50s and the 60s or in the 40s. So, what do they want? They don't want to grow old in a homecare system and a welfare system that doesn't actually take care of their needs. But the problem I think for the politician is that they don't understand that actually if they want everything they want, we can actually...
00:46:53	S1	Do you think that the changes, more of the changes, have to do with the way that politicians decide or they have a big impact in the decisions in the field of LTC?
00:47:22	S2	Yes, yes.
00:47:23	S1	What I mean is whether changes are because the politicians want to be more efficient or because they don't want to spend much money?
00:47:41	S2	Yes. I think lots of our work, actually mainly everything we do have quite strongly affected by the politics decisions. I would say that because we work according to what our politicians want.
00:48:01	S1	Mm-hmm.
00:48:03	S2	But at the same time, the politicians do not want we overspend. It seems to have become a bigger... So, everything we do in our job, I would say about 98% in our plans is decided on by our politicians. They tell you what to do but not how to do it.

00:48:24	S1	Mm-hmm.
00:48:25	S2	We can decide how to do it. But what to do and when to do it (phone ringing) sorry.
00:48:31	S1	No worries.
00:48:34	S2	What to do and when to do it is decided by the politicians. So, for instance this year, they wanted us to work that we should ask every person everybody who works here should have a bigger tolerance according to the people who are in gay community, bisexual community. It's actually decided by the politicians. So, they decided that in what is normality, we should work with normality perspective, and be more critical too. Everybody who works here should know that. The violence against the elderly, we should educate. So, they decide what we should work with so I think it's... So they have a huge role, major role I would say, in what direction we are going. And I think that my boss, he meets with the politicians. I don't do that but he actually sits in the conference with them so they tell him, they discuss what is our plan for this year, and what we should do, what are the goals. And even if sometimes I tell him that we have too many goals, it's impossible to do all of these goals, he says we have to do them because that's what the politicians want.
00:50:02	S1	Mm-hmm.
00:50:04	S2	So I think that it has a high, quite big impact on what we should do but at the same time, less stricter on finances.
00:50:15	S2	Stricter, I mean stricter on the finances. So, you cannot... I mean of course you have money to do what you want but I don't think, it's not like you're bathing in money. It's not like the good 70s that you could actually overspend and say we have a lot of money. So, they keep a lot of tracks, so we have a lot of reports in the politicians every 2 or 3 months, every report everybody read them and my boss read them and the director read them and then go to the politicians. So, they actually can follow what we do.
00:50:55	S1	But do you think that the politicians for example in the sense that you are talking, they, from the economic crises, they have restricted everything? You know what I mean? If the economic crises have had an impact... I mean back in the way the politicians decide things, why are the politicians more and more strict in the budgets in the services?
00:51:37	S2	You mean if the politicians themselves are thinking in terms of finance and they decide what they should do. I'm not quite sure if they do because if they would do that then they will be probably more aware that it'll cost more than they actually require. I don't think so. I think that they don't have. You know it's quite important to remember that politicians are actually people who have ordinary job and elected. It doesn't mean they should be expert in a certain area. You can actually be a policeman and working and be a politician in this area. But luckily, most of the people who work here actually you know the politicians have some kind of interest in this area. Otherwise, they will not be there. But I think when they decide what we should do, they don't calculate how much it costs. They never tell us any numbers.
00:52:39	S1	Mm-hmm.
00:52:40	S2	They don't tell us any number. They give not to me at least; I think my boss gets for all of his... he has different kind of units. All of his units, he gets a certain amount of money and he gets me like... if you're asking in a big, big, all of this together, then he is the one who decides how much money I should have for my unit. So, I don't think the politicians actually look at them and say, "Oh let me see how much the elderly" and my boss have like 12 units. How much does this unit cost in that direction? I think that they give all of the money to the director, our director, and she's the highest boss and she together with my boss decide how the money should go. So, I think that the politicians, that's why I can show you... I don't have it here but if I show you how much and how much many goals we should work on, then you would be surprised.
00:53:54	S2	Because the goals, the money of the goals you have to work on require that you work with the staff, but every time I work with them, we don't get paid. There's no money because the only money you can earn is when you go outside. That's how the system in this area or field works. So, education, everything, it costs a lot of money so they don't really think about I mean how many people do they have. So, I think that it's what we call incongruence. In psychology you call it between the ideal they have what we should do and the reality. Actually, I would say for the politician because many of them you know are not in our field. They have no idea how does it work, how does this work. So, they have great ideas, great goals, and they are ambitious. They want us to do a lot of things and I said many of the things we can do.
00:54:55	S1	Yeah, but these are a little bit contradictory on one hand your goals as workers are restricted in terms that people are receiving less services you know. And on the other hand, they don't care about the money...
00:55:23	S2	But if you ask the politicians, should our elderly get more restricted in the aid they're receiving. They will probably say no because they look at the law and say but if you have a need then we should satisfy your need. But at the same time, they're telling you that you have a responsibility as an organisation. As an employer, you have one important task. It's to make sure you don't overspend. So as a bureaucrat, you're sitting there and representing the public and you look at this and you say, "Okay, but the laws tell me this. But the politicians tell me this and I have to do all of this."
00:56:03	S1	But has the budget also been reduced?
00:56:06	S2	Yes.
00:56:08	S2	If you for example see the amount of money for any area, for this area for example, for care home maybe 10 years ago or the nursing homes they're [inaudible 00:56:32] home have been reduced so hard every year. You know what I mean?
00:56:37	S1	Also, maybe what is going on is that the budget is more or less the same, but the needs of the people are growing up...
00:56:52	S2	Yes, yes.
00:57:06	S2	You have to do more with less of the money. And if you look at that, that's one of the factors but if you look at the content of what we should do and what we should receive, if you look at it like 40 years ago, if you are 82 years old then [inaudible 00:57:21] then you will look at it, the list is longer. We should do more with the time. The time is money so I have to be more, the client requires more time, the client requires more contact. Yeah, because... but the fact is that the people that you are attending now have a higher requirement also because they are older.
00:58:04	S2	Because I think one of the features of the services in the [inaudible 00:58:11] services is that more and more is what you said at the beginning that more and more people stay at home. So, the people that stays at home now is maybe 90 years old and 20 years ago it was 70 years old.

00:58:33	S2	So, the requirements in everything are higher, in everything, yes, yes, but it's true. They stay at home longer because it's more difficult to get a place in nursing home so everything, it's...
00:58:51	S1	Okay. Thank you very much. I don't want to take more of your time.

Transcripció 23

Timecode	Sp	Transcript
00:00:00	S1	Could you please introduce yourself?
00:00:19	S2	I have been a nurse for 13 years. Three years ago, I educated myself in the Masters, and I'm a specialised trained nurse in elderly geriatrics, and for the last year, I have been working higher up in the system, my title is medical, the nurse in this community is responsible for the medical care, it's my responsibility, there are rules and routines for drugs, which drugs you can give to specific people, who in the system can we allow to give our patients the drugs. In the hospital, it is always the nurse that gives out the medication, in the nursing home, there's another person. They are not nurses, they are assistant nurse- I think the term is assistant nurse, and they don't have the education that the nurses have, but the nurses educate them and they sign the paper, and then they are allowed to give the medication and drugs. It's also my responsibility that there are good relations between the doctors and the nurses and they are working together, and their routine is about that, and if there are... Specifically, if I tell the nurse you can't allow people at night to give- the people that work at night, they are not allowed to give any drugs without contacting a nurse, I decide that and they have to do what I say, because that's my role in the system. There are rules for catheters, for how you take the blood test... Everything for the elderly.
00:03:58	S1	But is this place a nursing home?
00:04:11	S2	No, not here. This is (Pause) an administration office, and the nursing homes are in different places. in this part of the city. And the nurses that are working in this nursing home, they can call me and ask me, what does the law say about giving this type of drug, can I allow any patient to read their journal, and I decide if they can do it or not, and the main part of my work is if there is anything that went wrong, if someone didn't get their medication and you need to do... and they perhaps die or get hurt, I'm the one that controls and... I'm responsible, and I make them investigate what did happen, and then, I have to do my investigation and then... I make the report. There is another type of agency and they're called IVO...
00:06:21	S1	So, this office, the office where you work, is like a service for controlling the quality of the services? And I suppose that you control many places, many nursing homes in Stockholm...?
00:06:52	S2	Yes. I have 11 places that I control. Nursing residence, and that's one part of my job, the other part of my job is to make the quality better and make recommendations. Make recommendation and make... if there are new reports that you should do the nursing care in this way instead of how we did it for 20 years ago, so everybody educates the nurses to do like, the latest research that came or elderly to...
00:08:20	S1	Do you know what have been the most significant changes in the law related with the Long-Term system in the last decade, from 2008?
00:08:45	S2	This April, there was a new law that changed it, it's nearly the same but some parts are new or reversed, or they've taken out. And my work is just for the elderly, I have no responsibility for the other... we talk about the disabled that are 40 or 18, that's not my responsibility, but the law changes that my kind of work are more... they see my role as more important than they did when the law came in 1982, so my role, they have specified it in the law that what...
00:10:13	S1	Do you mean that the specific job that you are doing, about the quality, has improved in the last years?
00:10:28	S2	Yes, in April. It's an umbrella law about the health system...
00:11:44	S1	but we are talking about the care system from 2008 up now, not before.
00:11:52	S2	There has not been any for the elderly and how we give them the care in the nursing home, there are not any big changes. Perhaps there are changes in... they are much older now and sicker, they have many diseases when they come and live in the nursing home. For about 10 years ago, when I started to work as a nurse, in the elderly home, nursing home, they could cook for themselves, or we helped them with taking a shower and just giving them their medication, now it's almost like we are a hospital, they are having more advanced products, like central venous catheters, PICC lines, we give blood in the nursing homes, we didn't do that 10 years ago, (...) then they had to go to the hospital. Sometimes, another kind of organisation that gives advanced care in their home, they could come to nursing homes too, and give this advanced caring. Now, our nurses that work in the nursing home are giving that kind of... It wasn't organised like this, so, if they needed a blood transfusion or other kind of transfusion, they always went to the hospital. If we saw that they were terminal or in need of palliative care, sometimes we sent to the hospital to die. Now almost 100%, we provide the care for them in the palliative care, and they can die in their home at the nursing home, so they don't go to the hospital anymore. But I can't see... it's not the law that made these changes, it's just how...
00:15:05	S1	What do you think is the reason for that?
00:15:11	S2	I think we are nurses that work in the nursing home, we have the same education as the nurses that work at the hospitals, it's weird that we can't provide what they do in the hospital of course, we have the same education, so one of the reasons are politic... They realise that there are nurses here, they can do this type of things and I think how we are providing palliative care has changed. In the hospital, we are acute... acute problems, health problems. But the palliative care is not acute, it's life, and the politicians felt that we shouldn't leave the way that we had been for two years, of course you can die in that department, too.
00:16:44	S1	But what do you think is in the core of this kind of change, what do you think has been producing that? You are saying politicians, why do politicians do that? So, you are saying that, in general, people at the end of their life are going to the nursing home, not to the hospital, and what is the reason for that, what do you think is the reason?

00:17:32	S2	There have been several guidelines, I can call them that, guidelines, and we have the people who recommend the guidelines, it's an organisation that look at the latest research, and the politicians come to them and ask. They investigate what's best for the people that live here and what's best for... So, the politicians haven't come up with this idea by themselves, but they are influenced by this kind of organisation that is controlling the health system. If something goes wrong, they are controlling what went wrong, what is the best type of care that we can give.
00:18:57	S1	So, do you think that these kinds of goals are the main reasons to improve the quality of life for the people, do you think that it's better for people to go to a residential centre or a nursing home instead of being in the hospital for dying?
00:19:29	S2	I strongly believe that. I believe the research I have read and studied. There is much better care in the nursing homes than in the hospital, because we know the person, they have lived with us for perhaps a year, we know them, we see if they are in pain, if they are dry in their mouth. If they are feeling sick in the hospital, maybe they are in the ER for 15 hours, and then they come to a ward, and then they die three hours later, no one is with them, no one has acknowledged that they are in pain or they have pressure ulcers, and that's... in the nursing home, we are preventing their pressure ulcers, we...
00:20:47	S1	What do you think have been the changes in the access to the services in general, for example, in the nursing homes, what changes have been implemented in the last 10 years?
00:21:14	S2	It's not as good as 10 years ago. 10 years ago, you can have just a little bit of problem and then you... yes, you're allowed to live here in this nursing home, but now, you have to be really, really sick or have dementia. If you have dementia, you can be in a physically good condition and move into a nursing home, but if you don't have dementia, you have to be really, really, really sick, and perhaps only live for two or three months. So, for now, you live at the nursing home perhaps seven, eight months, and then you die, that's because you're so sick and old. Ten years ago, the average years they lived in the nursing home was two, three years, and now it's seven, eight months. So, in that way, not everyone can live in the nursing homes, and people are coming home to them, and giving them help in their apartments and their houses instead.
00:23:00	S1	And about the services? what changes do you think that have been implemented in the services, for example, reductions in something or changes related to the services... you have already told me about the difficulty in the access in the sense that you have to be very sick if you want to come in, but for example, do you know if the hours provided have been reduced, or maybe the staff...?
00:23:55	S2	They have not been reduced, but the person that comes home, not in the nursing homes, but in their home, in their apartments and houses, it's not just one person that comes home to them, it's perhaps, in a month, it could be 70, 80, 90 different people.
00:24:32	S1	Different people?
00:24:34	S2	Yes. And that's a big... And our goal is no more than 10 people in a month to be... But we have a lot to work on to reach that goal. The goal is 10 different people, and I have seen a report that people have 70 to 90 different people, and that's... It's large and it gives anxiety to both the staff and the people they are caring for, "Who am I going to go to today?", "Who am I going to help today?", or "Who's going to help me today?" And the quality is going down. Some of the carers are really good, but some don't have any education at all. In the nursing home, we have a goal that everyone has to have some kind of education, and if you don't have that, the employer needs to send you to school to... And in the home care, they do the responsibility to send their staff to education, but they don't really do that, they don't really provide... And in some of these, there are several types of providers, in my area, in my district... there are 113 different providers for home care, and they are not giving their staff... the staff come and work an hour here, an hour there, for them, they are not sure how many hours can work tomorrow In Sweden, we have... Yeah. Because they are responsible, do you mean the responsible are the local authorities, and they don't know exactly what they have to do, because it is the local authorities which sends them to the houses, do you mean? The work conditions are bad for them that work for these 113 different care providers, maybe they just give them 30 hours a week to work, and in Sweden, 40 hours a week is... it's not enough. And you never know how many hours you can work this month. And I think if you don't know how much you can work this month, you go to another employer, and then the person you have been to yesterday, you don't go to them anymore because you have another employer, so that makes the quality bad in the home care, and it's bad for the people that are doing the work too.
00:30:43	S1	But I think, if I am right, that this kind of system, because I think that it didn't exist before 1992, the social services law was amended in the same year that it was introduced, it changed the responsibility from the government to the local, and they have also introduced the private providers, but do you think this kind of situation about the private providers has been happening from 1992, or maybe it has happened in the last years?
00:31:39	S2	No. For the home care, I'm only talking about the home care now, that's the last three or four years, because you have another kind of regulations, we have now the private providers for the home care, because in the last years there were so many changes, that started a business this kind of providers, the free choice, and I think that the goal was good, that the politicians thought that there were many women that were working for the home care, and they thought, "Oh, three or four women can start their own business and provide this home care." And make women strong and have their own business and empower them, and then it doesn't become like that, it is more a business, for business.
00:33:40	S1	Yes, this change is more related to the organisation, because it really changes the organisation's setting, because previously, most of the services were provided by local authorities... So, what do you think, do you think that the services provided by local authorities are better than the services provided by private agencies?
00:34:18	S2	No, I don't think so. In the nursing home, I think the quality is the same or in a certain way, the private are better. Yes, are better, because they have more research to focus on quality, and they are obligated to improve the quality all the time to pass their control, because I think local authorities have the obligation to control them. And the local nursing homes, they are also obligated to improve the quality, but there are not... I control them, but I have more power to say to the private, "You have to fix this otherwise you can't have this nursing home anymore." I can't tell a local nursing home that, "If you don't do that, I can..." I can go to their boss and so, but it's not the same. because the local authorities have the power, you can't say, "If you don't follow the rules, I am not going to contact you anymore." And that is... Yes. You have to have a good quality, otherwise we take your license back. We can't say to the local nursing home, because it's ours, we are providing the nurses, the caring.

00:37:20	S1	Any more changes that you have noticed in the last 10 years in the sector?
00:37:31	S2	Yes. There are not enough nurses that are educated, we need to educate more nurses, and specially trained nurses. There is a large group that educates them to nurse, and then they realise, "I can't do this. It's too hard. It's too stressful. I can't live with the responsibility for another person's life." So, the politicians have a goal to educate more nurses and specialist nurses, and that's a change not in the system, but in the organization. If you don't have enough nurses, you can't provide good care. And that's the situation we are in now.
00:39:41	S1	I don't know if you agree with that, but as far as I know, and I have been reading also, from some scholars, they say that the residential homes, the nursing homes, are becoming the same as short stay hospitals...
00:40:10	S2	Yes. Exactly. Everyone has their own apartment, and we are telling them, this is your home, you have your own contract for this apartment, but in reality, you live in here for just two or three months. It's not your home, it's a caring facility, (...) now, we are providing advanced health care in the nursing home (...)
00:44:43	S1	How do you call this kind of changes, the changes that have you mentioned? do you think that the nature or the principles of the system, the welfare system or the Long-term Care system have changed in this last 10 years or maybe before, what do you think about that, just looking at the nature of the system, the philosophy of the system?
00:45:28	S2	I think the philosophy is the same, but you have to divide the resources, and we have a population that are elderly, and we have to divide our resources. Like me, I'm in my 30s, we are not that many as in the 80s, so we have to work and pay our taxes so it would cover for the 18, 19 years of... and there isn't enough money, you have to prioritise what...
00:46:18	S1	So, you think one of the main reasons for the change is, for example, the growing older population and that you have to split the resources or the money for older people. But do you think, have you noticed any cut, for example, in the services or something from the economic crisis, do you think the economic crisis, in some kind of maybe tiny aspect has affected it or not?
00:47:20	S2	No. It raised an awareness that our resources aren't endless, you can spend and spend, then something happens, and now we are aware, you have to divide the resources, but the plan, I think they are... now, we have planned for the future in a different way, not just for two or three years, we are planning for 2040 now, so I think the crisis gave our politicians a moment of, "Wow. We have to be careful about the resources because they are not unlimited." And in the 80s, the resources for the health care and the social care as we know, were much larger than they are now, then it was like, no limits at all, and it doesn't mean that we have great quality on the care just because you have no limits to the resources. I think, now we focus on the best quality for less money, how do we have to organise the care system to have the most quality and not be that expensive? You mean that you are looking for efficiency of the system, the most quantity of resource as possible, service as possible, with more quality as possible, but with less expenses.
00:48:29	S2	Yes. And in the 80s, the resources for the health care and the social care as we know, were much larger than it is now, then it was like, no limits at all, and it doesn't mean that we have great quality on the care just because you have no limits to the resources. I think, now we focus on the best quality for less money, how do we have to organise the care system to have the most quality and not be that expensive?
00:49:52	S2	Yes. That's one part, and another big change that we are... the family care for our elderly more now than 10 years ago, because 10 years ago, you could live in the nursing home, there's no problem, you will get an apartment there, now you have to be really, really sick to get an apartment there, and then your husband, your sons, daughters, give you the care that should be provided by the health system and the social system. And then, I read a report that said, daughters don't work 40 hours a week, they work 30 hours a week to be able to care for their mothers and fathers, and they are more stressed and get their own health problems because they are taking care of their mother and their father or something.
00:51:11	S1	But I think that now, the carers also have to be assessed. Could it be? Do you know what I mean? They have to be assessed for the local services also if they have any problems, and local services have to provide a kind of support to them.
00:51:42	S2	No. They don't get paid and they don't get any support. They have to do it because the social system doesn't give... The social system and the health care feel you are not that sick that you can stay home, and your spouse and your daughter, they can help you, and that's a big difference, but 10 years ago, you got a home carer and they helped you. But now, you have to rely on your family more and more.
00:52:32	S1	This is refamiliarization also, because if there is less support for the families, the families have to work more, we have to rely more on the own family to care.
00:52:52	S2	Yeah. And that's a big difference from 10 years ago. Yeah. I don't say it's bad, I say just say it's different.
00:53:05	S1	Yes. Any other reason? do you think the political changes or the political factors have also applied some pressure or some kind of...?
00:53:40	S2	Yes. If you don't feel that the social services will help you or your mother and father, it's a pressure that I need to help my mother and father instead, and I have talked to many, mostly daughters, that feel that they have to fight to get... the help their fathers or mothers are entitled to. And it's several years they have to provide the care for their mother and father, until the social system kicks in and helps.
00:54:30	S1	But do you think the political decisions could also be a reason for the changes, for example, if there is a right-wing party in the government?
00:54:51	S2	I don't think it's who leads, which party that leads are... No. I don't think it would be any different if...
00:55:16	S1	So, that's fine. Thank you very much...

Transcripció 24

00:00:01	S1	So, the microphone is on. Could you, please, introduce yourself a little bit?
----------	----	---

00:00:14	S2	Yes. My name is A. W. I work at PRO, which is Sweden's largest organisation for pensioners, and my main work here is that I work with politics surrounding, healthcare primarily but also social care, long-term care. I've been here in this workplace since April, I think, and before I work at Communal, the trade union for people working in care givers, Communal organises care givers and, not nurses but assistant nurses like in home care and in nursing homes and so on.
00:01:19	S1	Like a provider? in private or public sector?
00:01:22	S2	Both. In Sweden, it's the same organisation for both private and public workers. I don't know how it is in Spain, but I know in some countries you have one trade union organisation for people working in healthcare and that organisation, you have doctors, nurses and you have assistant nurses and so on, but in Sweden we organise people more horizontal. Yes, so nurse assistants have one trade union, doctors have one trade union, nurses have one trade union and so on. And before, when I worked in Communal, the trade union I worked with are more focused on elderly care. Now, I'm working primarily with healthcare, but also focus on elderly people. And PRO has 360,000 members all around Sweden and they arrange all sorts of activities. I mean, one part is more like having a meeting, just getting together and have fun together, like organising coffee and so on. leisure activities. But another part is also, which is more my focus is more the political part; we try to improve life for elderly people and pensioners
00:03:03	S1	I supposed that you have to face with some difference kind of problems regularly, so which kind of problems do you have to face with normally?
00:03:22		There's a lot of problems in health care and mainly I think for an organisation working with elderly people, a very big part of the health care system is not organised for elderly people even though elderly people are maybe the main group for the whole health care system. One example is that we have big problems with a lot of different organisations that don't communicate with each other.
00:03:58	S1	Coordination?
00:03:58	S2	Yes, coordination. And so elder people, if you have multiple needs, you need to have contact with all these different organisations, and they don't communicate with each which becomes problems of course. One part is, right now, I'm working on a project on medication, a lot of elder people need a lot of different kind of medication. And one doctor that is working on the primary doesn't know what the doctor on the hospital has prescribed and so on. So is I'd say a huge problem in the healthcare system. But we can also see there is a problem that different organisations in the healthcare system don't communicate with each other, but also a lot of elderly people also have contact with nursing homes or need help at home, and then in Sweden you have the Commune that arrange it, municipalities that arrange the services at home and in nursing homes. But then we also have (Speaks in a Foreign Language) that organises the services in healthcare, so we had two big organisations.
00:05:27	S1	One is social, that it is the municipal responsibility, isn't it?
00:05:31	S2	Yes, but it can also be a bit of healthcare up to nursing level.
00:05:38	S1	Yes, because the need is more in the health care and they are not in the social care, for that there are two big different systems. It's like in Spain, it's the same. You have health care, primary health care or community health care, and then you have social care that's from the municipality. One is health, and it's organised by the health Department in the national level, and social care is more organised in the municipality, isn't it?
00:06:17	S2	Yes, but in health care, it's primary regional level.
00:06:24	S1	Yes, But sometimes it goes together....
00:06:27	S2	Yes. And definitely it needs to goes together, especially this group that have both the needs from social services and the healthcare needs. And this works sometimes in some places, but most of the time we can say there are many people, a lot of example, when it doesn't work at all.
00:06:48	S1	Professionally, are you a nurse?
00:06:51	S2	No, I've studied sociology and political science. So, I'm more into the system.
00:07:08	S1	As you might know, the law has changed, hasn't it? do you know these changes, in coordination...?
00:07:22	S2	Yes, it's changed. And also, there's a lot of changes that are coming, there's a lot of things happening now, yes.
00:07:30	S1	Can you explain a little bit, these kinds of changes?
00:07:33	S2	Yes. In the health care, there is this big (Speaks in Foreign Language), when the government investigates an area – I don't know the term in English – when they are looking into a subject, trying to suggest news ways of doing this, there is this big investigation going on when they are looking at how to organise health care. And because in an earlier one, they found a number of problems that need to be corrected. And one part is in the Swedish system, we have main focuses in the healthcare system, a lot of focus on the healthcare in hospitals, but it's needed to be more focused on healthcare in primary level. Because now, we have this long waiting time to get to the primary doctor so a lot people going to the ER rooms instead.
00:08:48	S1	ER rooms?
00:08:48	S2	Yes. When you call an ambulance, you go to the emergency room instead of trying to get your primary doctor, because it's hard to reach that doctor. You have to wait a lot. And then you go to the emergency room, and then you get problems in the emergency because it's supposed to be for really very ill people, and it's not the case.
00:09:22	S1	And why is the waiting list longer now for getting the primary attention or assistance?
00:09:30	S2	I don't know if it's longer now than before or if it's just that this problem has come up to the surface now. But I guess, it's also could be longer now because we also have an ageing population and that's of course, it is noticed in the healthcare system, it affected. So maybe it's longer in some places. So that's one part they are trying to change now, that's more focused on primary healthcare. And also, all this with e-health, it's when you contact a doctor over the phone, or you contact a doctor over video, now the change is going around... ITs, yes, all around the world. And that's also one big discussion in healthcare now, how to get the most out of this and also...
00:10:33	S1	Improving the IT technology for everybody?

00:10:36	S2	Yes, and also to get the most benefits out of these changes going on, and then to prevent it being a parallel system. Yes, it needs to be incorporated in the healthcare system. So that's some of the changes that I think are coming on in the healthcare part, but in the social care or long-term care, they're also bringing the changes, as you mentioned before, with a lot of more private companies coming in. But it's also important to remember that it is in some municipalities, it's not everywhere. But in some municipalities specially Stockholm which is a big municipality, there is a lot of private companies, yes. But it hasn't affected the payment for the services, it's still in the same systems, you don't have to pay more to go a private one. But one change is that, speaking of the private companies also, it has been...you can get tax reduction for buying services.
00:11:53	S1	Some kind of services, not personal services...
00:11:56	S2	Yes, personal also
00:11:59	S1	I see, I thought it was only for cleaning, but not for personal assistance, just the support for cleaning chores.
00:12:02	S2	No, also personal, yes. I don't know how common it is to buy this kind of service, but I think it's possible, if they haven't changed it, it has been possible at least. But right now, it's not that common if you have more needs, maybe if you have little needs, for example needs at home, to clean the home and so on, then you can buy. Some people prefer to buy it, yes. It's more or less the same as you can get from...the same services you can get home care, and you get tax reduction. But then you also have this in the system, when you buy private services, you get a tax reduction and then you can get it cheaper. But if you go and get services from home care, you have this price level when it's free. So, if you have a lot of needs, you need to buy many services, then it's cheaper to go to the care system and to the municipality than go to the private system and pay for it. So, I guess, that's also affects that if you have many needs, it's more common to go to the municipality. But that's also a change in the system, people used to have little service from the municipality; it's harder to get the little service now, usually you get more service.
00:14:07	S1	Do you think that criteria to access to the services have been restricted?
00:14:18	S2	Yes. There's a lot of indication of this. Partly, you can say that it's more uncommon to get little service, usually now when you get service, you get more hour's services at home which indicate that you are more in need. And also, the changes in nursing homes, it's been much more difficult to get a place in a nursing home which affects both the care in the nursing homes of course because you have more people that's very ill, and they usually stay there for a shorter time before they die, so it's affected a lot. But also, you get sick people staying at home in a longer time, and the need for healthcare at home increases.
00:15:13	S1	How do you think this kind of services privatisation has affected to the users?
00:15:27	S2	I think one part of the problem is the coordination between the different organisations because before, when you have one organisation providing home care and one primary healthcare, then they could cooperate. One example, like the nurses from the primary care could come to the home care and educate the personnel working, I don't know, with diabetes or, I don't know, something, but now in the municipalities where we have the system with private companies you can't do that anymore. For instance, in Stockholm, when you have 200 companies, this is not possible to get this kind of co-operations over the organisation boundaries, you are more boxed which is the problem. Also, this thing happening parallel to the thing I mentioned before that it's harder to get a place in a nursing home, there's also more sick people staying at home, so the need for this kind of co-operation has increased. But the possibility to actually do it between the organisations, I think it's been harder because of the privatisations. Because it's the competition, like the municipality can't support one company or can't support their own providers because then it's not competition. Neutral, yeah, it needs to be on equal terms for all the companies in one system. So, they can't go in and educate personnel in one company for example, they need to do it in all the companies. And the thing that's happened then is they don't do it at all because it's not possible to go in all these companies. And I think also, one thing that's also a problem and also my experience from working in the trade union is the people working in these places, their security in the working place is not that good anymore, it's been more difficult now.
00:18:12	S1	You are talking about the labour force, about workers, employees?
00:18:16	S2	Labour force, yes. Yes, the employees. Right. And it's not that good in the private companies; it's not that good in the municipalities either. But now, some companies don't have agreements with the trade unions. And in Sweden you know, we don't have that many laws that guarantee workers' rights because we have this tradition of negotiation between the employer and employees. But now when it comes a lot of companies that don't have this agreement, the workers' rights get worse. And that's a huge problem of course for the quality because the quality is totally depending on the people working in those organisations, which possibilities they have to do a good work, and then it's a problem for the elderly.
00:19:23	S1	And I suppose, also, that one of the features about this labour force is that most of them are from outside, come from abroad, could it be possible?
00:19:40	S2	Yes. In Sweden, half of the people working in home care are born abroad, so it's a lot of people coming from other countries. But it depends on the people...yes, the municipality and the people living in the municipality. In Stockholm, we have a lot people that are born abroad or so on but in other municipalities, it's not the same.
00:20:14	S1	(...) and what factors do you think that could explain these changes in the last 10 years? Do you think the economic crisis might has had an impact in the system, or not? Or do you think that there are other factors that have impacted?
00:21:28	S2	I don't think that the last economic crisis has had much impact in Sweden. We were more or less spared from the crisis. But I think in one way it affected because the feeling of we're close to crisis, maybe affected. And also, during this crisis, we have more right-wing government and they did all these changes to open up for more private companies and so on. And I think in one way, maybe all the talking about being a crisis opened up for this because also in the context of private companies being more effective and so on, it got more of the population thinking that this is maybe a good way to do it, to get cheaper.
00:22:23	S1	More efficiency?

00:22:24	S2	More efficiency, yes, in the system opening up for more private companies. Sweden had the big crisis in the '90s and that affected a lot, and also the privatization. So, I think that was the biggest change for Sweden's system, not so much in 2008.
00:22:51	S1	What year started the right-wing party in the government here? Because the last change in the law was in 2009, and now there's this kind of free choice.
00:23:10	S2	I don't remember, I don't. But also, the social democrats were pro; they think that it was a good solution. So, it has not been just a right party, it's also some of the more left-wing parties that also thought that it's...
00:23:30	S1	They started to do this kind of policies...?
00:23:32	S2	Yes, yes, because they all thought that it would be more efficient and so on. But I think, that has changed now, like in the social democrats for example, it's a much more sceptical view on private companies. And in the green party, I know they had this vision of small companies and so on, you know, when the employees run their own corporations and so on, but the result is...or maybe in some cases, small companies, but the result is also these huge companies taking out a lot of profit. So, we have this profit discussion in Sweden for the last, I don't know, five or six years maybe.
00:24:26	S1	Like monopolies, do you mean? some big monopolies, that they take over the market and take profit?
00:24:33	S2	Yeah, not so much actually, the discussion has not been... It has been like that, yeah, but the discussion or the debate in society has not been so much around that they are taking monopoly, but they are taking profit. The profit has been a huge discussion. And it is tax money and they are taking profit. And we also had this company having the money on where you don't have to pay tax. I don't know the name in English. Yeah, abroad, and they take the profit from the organisation and put it abroad so you don't have to pay taxes. Yes. Yes, and that's been a debate. And also, we had this debate also concerning the quality "Carema scandal", I think you've heard of it, maybe? Carema was a big, and still is a big company, but they changed their name after the scandal. I don't remember which year it was, maybe four years ago. There were a nursing home and that was a big scandal with a lot of debate around it. And then we also had this discussion about the private companies and the profit. I think Carema scandal as it is called, the Carema scandal, in one way started the big discussion about profit and private companies in this area. Right now, it's interesting because the people, when you look at the service, what people think, people don't want profit in this sector.
00:26:32	S1	Do you mean politician in general, or people, users?
00:26:33	S2	No, people, people, yeah. Not users, people in general. They don't want profit but when you look at politicians, they want it. But we don't have a majority in the government to stop this.
00:26:55	S1	Do you think that there's some kind of political interest also to take profit? Maybe because the economic power and the policy power are a little bit together?
00:27:10	S2	Yeah. There's a very clear example of that, we have the Sverigedemokraterna. Do you know it? Sverigedemokraterna is the... In Norway, we have the (Speaks in Foreign Language), and this is right-wing anti-immigration party, Sverigedemokraterna.
00:27:31	S1	Extreme right-wing?
00:27:32	S2	Yeah, extreme-right party, yeah. We have this idea in parliament, and when they got into the parliament, they were very negative to private profit in the sector. But then they had some meeting with (Speaks in Foreign language), you know, the head organisation for the private companies, and they flipped. So now, they are against profit restraints. And that means they have so many places in the parliament, so also the majority shifted when they changed their mind. And it was very clear that they were lobbied into this. And also, they are populist parties so they...you know. So that's part of the explanation that the majority in the parliament don't want to restrain it, they think it's a good idea to have for profit companies in the sectors.
00:28:38	S1	One more thing, what is the difference here between nursing homes and residential homes, what is the difference?
00:29:21	S2	In Sweden, according to the law now we just have one level. But actually now, I think they are coming with a proposition from the government, just maybe in the beginning of next year to have a second level. Maybe it's the same that you are talking about. I don't know the term, but we have (Speaks in Foreign Language), is the term in Swedish law, that when you move there, you have around the clock nursing staff and so on.
00:29:57	S2	Yeah, the difference is that in nursing home, you have normally doctors or health workers, nurses, because you have more health needs. And in the normal nursing, you don't have, you have chronic diseases but you don't need 24-hour healthcare. You know, it's like a mix.
00:30:24	S2	Yeah, but I think that's the proposition that is coming now, to have a second level. In some municipalities, they have organised it in this way that you have (Speaks in Foreign Language) for the people that's very sick, and you apply for it, and then you get it approved or denied. But you also have in some municipalities, you have places where you also move but you have a lower level of needs, health needs, and you also have a private place where you can move. Yeah (Speaks in Foreign Language), that's not now in the law regulated, like in the national level, but you have it locally. But now, I think they are coming with a proposition that is suggesting that the law should have two levels of needs.
00:31:23	S1	Okay, thank you very much. That's it.
00:31:40	S2	I hope it made some sense.

Transcripció 25

00:00:01	S1	The first question is could you please introduce yourself a little bit?
00:00:16	S2	Well, my name is M.K. and I am head of Policy at the Swedish Disability Rights Federation, and this is an umbrella organisation for 41 independent organisations that organises people with different disabilities, and our member's organisation totally organises about 400,000 individuals, which is quite many. We are a big organisation. So about

		4% or 5% of the total population is organised in our member organisation, so it's a big umbrella. A lot of people. Our different member organisation also organises people with different types of disabilities, it can be physical disabilities, intellectual disabilities, but also medical disabilities that could be like a chronic disease like, diabetes or asthma and so on, so there is a varying type of disabilities within our umbrella.
00:02:02	S1	Is there a specific age for example, zero to 65 or you work with all ages?
00:02:15	S2	We work with all ages, some of our member organisations are specially organised around children and their families, and their interests are mainly in issues concerning childhood and school, other organisations are due to the type of illness like for example, Parkinson's and so on. They regularly have elderly member because elderly people get Parkinson's, but we have no actual regulations around this, it's for everybody, we don't work for a specific age group. Our main task and what our members organisation want us to do is to have an impact on the political system, on the government and the parliament to make the conditions for people with disabilities better in general, and since there are so many different organisations and different issues, we mainly work with that kind of issues that are general for all organisations. So, we work in a very overhead perspective, and it's also a democratic organisation, so every second year we have a congress where our members' organisations can elect a board, and decide what kind of priority should we do, and since May this year, we have five political priorities and one of them is on the issue of children and families, so in a sense, we can say that we have one issue that we specially work around, which is the problems of children, but it's a priority now and is being done now, and is not being regulated within our organisation. The idea of our organisation is to mainly have an impact on the political system and general issues that is common.
00:04:51	S1	And give support to the members of the organisation...., I suppose?
00:04:58	S2	Yes. Of course, yeah.
00:04:59	S1	These organisations you support are private or non-profit providers organisations?
00:05:17	S2	They are not providers, some of them are providers but first of all, they endorse people who themselves have some kind of disability or chronic disease, and are organised out of their interest, and this is the main idea for them, and this is also criteria for gaining membership within our umbrella, it must be an organisation that is based upon those who are living with disability themselves. But as I told you, there are 41, and some of them are also providers of some kind of support, but it's not very big, there are other organisations that are mainly working by way of providing service, but they are not within our umbrella.
00:06:38	S1	So, the members in your federation, they are not providers, I mean, they don't provide care to the community or for the councils they make some kind of work related to prevention or maybe they inform about the rights on this kind of...?
00:07:14	S2	They give an individual support to their members about what's going on within, for example, science, or they will provide information about what rights they have, where can they find help for dealing with... and information about what kind of social support you can request from the authorities or from some other provider, so they are non-governmental organisations and they are... The social and political idea is running the interest of the members...
00:08:31	S1	I suppose that you know the legislation, about people with disabilities in general, so, could you tell me the main regulation and the changes that have been implemented in this regulations in the last 10 years, from 2008 up to now?
00:09:05	S2	Yes, yes. I think you already know it, but to make it a very easy picture, above all, we have two legislations that is regulating the social support for people who need any kind of support and one is the one you are mentioning that came on 1993, it's called LSS, the law of support to people with severe disabilities, so this law, when it came, was very progressive, and I will tell you much about it because this is a very big issue now, but what you must know is that this law does not include many people, it's only directed to those who have severe disabilities. This is one law, while the other one that you mentioned here is the Social Assistance Law, and it's a much broader law that includes everybody who need support, children, elderly, and people with disabilities, so...
00:11:13	S1	The Social Services Law, do you mean?
00:11:14	S2	Yes, yes. So, the Social Services Law is the bigger law including everybody who needs support, while the LSS is a special law that only includes small group, okay? So, this is the picture that you have because these are the two laws that are regulating Sweden. The individual supporter can get from the society, and it's a very common misunderstanding that the smaller LSS law is very wide and broad, it is not. It's not. It's a special for a very few people, okay, but still, it is a very interesting law because it was very progressive when it came up. It still is very progressive as seen from an international perspective because of the range of services you can get from this law. To make it easier, I'll just call it the Swedish name, LSS. So, to start with who can get help, is as I told you, it's a smaller group of people, and if you have problem with autism or intellectual disabilities or you have had a severe brain damage, and there is also one group you can have, it's hard to translate, but if you have a severe disability that is lifelong, which right now, if I can remember the figures right, the law has about 40,000 people that includes people who getting the services from it. It's a very small group seen from the top of the population, so this means you have to have a severe, or you have to have a need for much support. A very high level of disability. But if you belong to this group, you can have a very good support as what is written in the law, because there are 10 different kinds of support that can be given- services.
00:13:59	S1	Services and allowance, also?
00:14:03	S2	No. No allowance, no financial, it's just service, 10 different service, and they are very varying because the idea when this law was constructed was that people with very severe disability should and could combine different services, as seen from the individual situation or the family situation, so within this 10, there is for example, one that is for families with children, where they can send their child for a weekend to some activity centre, so that the family can rest for a weekend.
00:14:51	S1	In a residential setting, do you mean? The child will stay for the weekend...
00:14:56	S2	Yes, yes. This is one that you can have if we are talking about children or families. You can have a person come to your home, and it's like an advanced baby sitter, so you can have a person come and take care of the child, for

		example, one evening, every second week or one evening a month or something, you can have this support in your home. It's called home care. And one of the rights also, is having an access to a care, home, residential. Yes, care home. And another one is that you can have a daily... not daily work... a daily centre to make some work. So, these 10 different services are very different, and the idea of the law was to combine those 10 out of the individual situation, for the person, for the family, to get different support, and one of the most revolutionary things about the law was, is included the service of personal assistance. That came with this law, and this service- personal assistance, often have an issue and is a subject of political discussions, and since the law came in 1993, the costs for personal assistance has increased, and this is now a very big political issue because of the quality in personal assistance, because during the last five or seven years, the quality has gone down very much.
00:17:39	S1	So, in terms of the law, has there been another change? What would you say have changed the most?
00:18:00	S2	No. Actually, there has not been a change in the law, the written law since '93, there is no change in the law, but there are some changes that is for example, about personal assistance that came, I think, in '98 or five, six years after the law came. There was a new deal on who will be responsible for the personal assistance, should it be the state or should it be the municipality- the local government, so there was a change around that, not in the law, but around who is providing and also, I would say, during the 20 years, there were individual cases that were taken to the court because this law- LSS, which is something very different within the Swedish legislation, it's a rights law where it is written that you have the rights for these support, and this is the only law in Sweden that is constructed like this, so when people are not pleased with the services they get, they can go to a court. And every now and then, there are cases that go through our legislative system to the highest court, and the highest court makes the decision that makes the jurisprudence, you have a new jurisprudence on how to understand the law, and at several occasions, since the '90s and further on, but more radical and more intense in the last five years, there have come new jurisprudence centres that redefines the law, so it changes some aspect of the law. What kind of services should be given, what kind of quality is within the services, who has the right for one service and so on, and so on. So, our point of view is that through these sentences that it encompasses, the jurisprudence, has an impact on the law. Our picture is that, a lot of the original intensions of law which was written in '93 has now gone worse, so our point of view is that how the current law and the services that are provided by the law, have a much lower quality than it had from the beginning, and a lot of people are not getting the support that they should have, so this is... I will also tell you very briefly how this law actually came up, because in '93, it was quite revolutionary.
00:22:07	S1	Yes. My research is from 2008, but we can see the entire picture.
00:22:15	S2	Yes. But you have to have a historical perspective too because Sweden always had a high ambition on welfare policy, and Sweden has also, compared to other countries, had quite a good financial development. In the '80s, before this law, there were a lot of scandals because before we had this law, we had the law of institutions; mental hospital and other institutions where you put people with disabilities, and in the '70s, there was a big debate in socialisation. So, one idea of this law when it came was the politicians and the government said, "Okay. Since the second world war, we had an increase on welfare, but here is one group that has been left behind, they do not have welfare." So that is the motive why they made this very special law on '93, and that's the same year we had a financial crisis in Sweden, it was a real... So, it was not a good moment for setting up a new law that gave a lot of rights, but this can be seen in a historic perspective because politicians recognised, "Okay. This group has been..." So, it is good to have the historical background also, because of the next question and so (Laughter). I will talk briefly about the other law that you are having, the social service law, SOL. Because this law includes everybody that's needs help, that is to say it very easily.
00:24:37	S1	But the social services law doesn't make regulations about the services and anything, so it just stands goals and main principles which say everybody has to have their basic needs covered, but it doesn't specify what service or how the service should be implemented, does it?
00:25:22	S2	It's not defined in that, it's another type of legal construction, the law is written in another different way than the LSS, but to understand what kind of social service an individual could get, you must know about the two laws because these are the two laws that you can relate to. And a lot of, for example, our members organisation, there are, as I mentioned, 400,000 people, and most of them are getting support from SoL, the Social Service support, the LSS is more... so yeah. And for example, big groups who are in need of daily support are people with psychiatric diagnosis and they need more help than the social service law can provide, but they are not entitled for the LSS so we have groups that are a bit in between the law, so.
00:26:43	S1	You mean that they are outside of both?
00:26:47	S2	They are not outside because the social service law includes everyone. But as you were mentioning, this law defines a lower ambition for the standard of living that the people should have than the LSS, because the LSS defines a higher ambition for the people that are included within this law should have a good living standard. The Social Service law is based on the definition of a reasonable living standard, so the ambition is lower, but in the practical use of the law, it's mostly the municipalities, the local authorities, that provide the services for both of the law and they organise care for different groups; you have the elderly care, you have the child care, and you also have the care for people with disabilities, you have care for drug addicts, for example, or people with mental health. So, that is also within the Social Service Law, and there are activities and support organised also for the group of people with disabilities but the quality is lower, the ambition is lower, and for some of the services within this law, you have to pay a fee to get access for the service and you don't have to do this with the LSS, it's all the services, they are free so...
00:28:42	S1	Doesn't it depend on your economic capacity...? I mean, In the social services law?
00:28:54	S2	No. Because your economic capacity and economic support for people who are in poverty, who are poor, is regulated in other law, so the service are not regulated on how much income you have. If you want to have service you have to pay this, but within the LSS, all the services are free, so it's also within the law, so there's a big difference between the two laws.
00:29:33	S1	But for example, for elderly people, I think there is a top, and it's very small... In fact, they pay only 6% or 7% of the total cost of the service....

00:29:49	S2	Yes, yes, yes. The fee is very... Very, very little. Yes, yes. And that's true, that's true. And... They are small in relation to the service they get and the actual cost, so the fees are... Very, very low. But the service that are provided within the LSS in general, has no fees at all.... Yeah. But you have the right, the fees in general, are very low for different services, and you are also correct in the services that are directed to the elderly, there is a roof, but only for this groups- the elderly, not for the others. And they are different in different municipalities. Because there is a problem if you live in one town here or one town there... Yes. It can be very different, and they decide themselves if they want to take a fee or not, how much this fee should be or not, so it can be very different, and this can cause problems because if you move from one town to another, you have to pay for some things that you don't have to and so on. And concerning not the elderly that have this roof, but for example, people with psychiatric diseases, because even though the fees are very low, there could be a problem because some municipalities take out fees for different service; one fee for one service, one fee for next service, and tallying it together could be a financial problem for the man who is receiving the service because there is no roof for what the total of the fees can be, unlike for the elderly where there is a roof..
00:33:02	S1	So, from the LSS, the specific law for people with disabilities, the services are for free, people don't have to pay anything, but they have to pay a small amount that depends on the service if they take the service from municipalities....
00:33:23	S1	And, do you know about the recent changes in the law? because this is not from a long time ago, in 2009, the freedom of choice providers in social services have it affected the services for people with disabilities?
00:34:11	S2	Yes, yes, yes. That's true. We don't have a really good picture of it because we haven't followed how the development changed the situation, but what we do know is that since the law came, we have had a lot of commercial providers that took a large part of the service providers, especially in small municipalities or in regions in Sweden that are not very strong. The political ambition has gone down to make a very drastic picture, because before this law, the municipality have to take care of the services themselves, and they also have an ambition of quality, and since this law came, our picture is that the more they let this over to the commercial providers, the more it affects the services in two ways; it can be... there are positive aspects of this because in some situations, you can, as a person in need for service, can choose between different service providers, and this, I think, have given a positive effect... You can choose, and it's a positive effect that you can choose, but it can also have a positive effect because you can have a quality development as a result of their competition with each other. The negative side is that the municipalities have a different role not as a provider, but being public procurement by finding the providers, and this is the competency that they don't always have so they are easily mislead by commercial providers, and we have also seen examples from regions and businesses where one or two very big commercial actors have the whole market, and this is not a good situation because then the first idea of choosing is gone already, because you have a monopoly. I think here we have now the possibility that you have more opportunities to choose...
00:38:36	S1	So, now we have a framework with different regulation, so we are going to see what reforms have been implemented. What reforms, do you think, have been introduced in the last years in the system? and what effects have they produced? For example, you are telling me, probably, there has been a downside in the quality of the services, and this spread of the provision in reality has provoked a monopoly, and even although you can choose, maybe in some parts you can't because there are only two or three providers in the market... So what reforms do you think have been introduced in the access of the services, if access has been restricted in some ways?
00:40:17	S2	I wouldn't say that, it's still the same, but I think that the main problem is, if we look forward five or 10 years, the main problem is in the local municipalities, because they have a different role now than before, going from providers when the local municipalities themselves were providers, they still are providers and by law they must be providers too, and they are competent with quality in providing services and investing tax money in building homes for elder, so they have this role. Where we see a change is when they, sad to say, outsource every service and they are buying the service from a commercial or some other... a private provider, it can be non-commercial too, but anyway, they buy the services, and when they do this, they have to have a knowledge about how to make the procurement, what are the quality standards to demand, they must also have the knowledge how to follow-up, what is the quality and so on, and this is knowledge that they don't have, this is something new for them, so if they are not getting better within this field as it's already seen within the elderly care, then we get a situation that is turned upside down, for example, we have some examples of municipalities where a private commercial service provider have invested on new building- new elderly homes for example, and a lot of money invested in one place, here we have a new building with 80... ..80 beds, and opposite to the municipalities, "Okay, we can take the elderly from you but we will take this much, and not what you said" And the municipality cannot back down because they have no one to choose from, they haven't built the building themselves, so it's a kind of a blackmail situation because the municipality themselves have not done the investments that they would have done 10 years ago or 15 years ago, so the initiative for the needs and the service that are in tomorrow or in five years or 10 years, are no longer with the politicians in the municipality, the initiatives are with the service providers, do you follow how I think? And it must not be like that, but it can be a very... privatisation of the services. Yes, and the politicians who are in charge of the municipality cannot do anything about it. They have lost the control. This is the most, as I said, the biggest risk. Maybe it wasn't going that way, but... It can be in the future if they are not building better knowledge and better competency on how to make the deals and how they're regulate, and putting quality standards and foreign...
00:45:06	S1	But I think this law, which came in 2009, regulates also the criteria about the standards of quality and everything, but maybe it could be different for the elderly because I spoke with some people in the elderly field and there is a specific service for the quality, the control of the quality, they have...
00:45:45	S2	Yes, yes, there is, but the people who are dealing with this contract have to have the knowledge to make sure, "Okay. Does this fulfil these criteria or not? How do we follow-up to see that these criteria are..." and our view is that they don't have this knowledge, they only look at the price, and they cannot really understand because the criteria aren't that detailed, so it takes a lot of knowledge and lot of confidence to actually take the criteria and put them into reality when you deal with a commercial provider, and so on, and so on. Perhaps, it got better during the last couple of years, but in the beginning, we saw a lack of experience on how to regulate these deals, so from time to time, they are way out of control and they couldn't fulfil the criteria at all.

00:47:14	S1	But, do you think, Mikael, in the access, has there been a change in the criteria, restricting the people access to the services, maybe it is more difficult now? is it now more difficult for people to access the residential setting than it was for example ten years ago or do you think that the services have been reduced?
00:48:00	S2	I don't know actually. I don't know. I don't have a very clear picture of it. What I know is that the quality within the service has gone down in some field, but it could also mean that the access has been restricted and within the LSS the law. I'm talking about for example, personal assistance, which we know, has had a very, very radically restricted access, so...
00:48:40	S1	From when?
00:48:47	S2	One big change was in 2009 because there came a new sentence there that would change how a person can get access to personal assistance, but this has been... Not the law, but the radical interpretation of the law, so there was a high court law... Yes, the first one came in 2009, and then another sentence in 2011, and one in 2012, so it has been different and it has change, that led to fewer people getting the access for the assistance, so a lot of people that, from 10 years ago had personal assistance, don't have it anymore, they lost their right for personal assistance. Yes, this type of service- personal assistant is one example that fewer people can get this... Yes. And still, the curves are going down, so less, and less, and less people are getting access with no other explanation because the population is increasing, so there should be more and more people who should be getting, but it has gone down. But there is also another problem within the statistics because the costs for this are going up, but the number of people is going down, so there's something very complicated in understanding this. But it is a fact that the number of people who have access to the personal assistance has gone down, and is still going down, as shown in the present and past figures from last year, that out of those who applied for personal assistance, only one out of 10 got the person... Nine out of 10 was denied so in a sense, within the LSS and within the personal assistance, that the possibility to get this kind of services has reduced a lot. And out of these 10 issues within the LSS, we see the same in two or three more of this 10, but otherwise, I think that the major problem is within the quality of the services, and I think this is more of a general problem over the whole fields, should we say, also in support for the elderly and to children and the different services to the people with disabilities that the ambitions for the quality has gone down.
00:52:44	S1	But do you think that in the past, the quality was better? before private sector services were introduced? when most of them were public? Do you think that the quality is going down from the introduction of the private market?
00:53:19	S2	Yeah, in an overall, but it's not that the private service, I think, in general, have a higher quality seen to the cost, so in a sense, I think when all of a sudden, you could choose between several providers, I think you have a progressing quality, the quality is going up, but on the other hand, what you pay for each service from the tax money will go down because you pay less, and less, and less for one service, and that is what's driving the overall development of quality- lowering the quality.
00:54:22	S1	So, what you are saying is you are paying less and less in the municipality, the government, so what you mean is that if you don't pay enough money to the providers, the quality of the services is reduced?
00:54:42	S2	Yes. So, we spend less and less tax money on the social service, and this, I think, is the root of the quality that's going on, not the fact that it's private. But the privatisation has had an effect on the lowering of prices, because those who are dealing with this don't look at the price and don't think about the quality, and they are pressing the price down, down, down, so this is, I think, the root, not the actual fact that there are private support. I still I think that if anyone is to blame, it's the municipalities who takes the tax money because as I told you, they don't have the knowledge on how to secure the quality, and they are also very focused on the cost of tax money, and I think we have a very strong initiative of lowering the cost, because before 2008, when the municipal themselves have to be the providers, they could count on, "Okay. Next year, the wages are going up so we have to increase the budgets for this, and this, and this service." And now, they are paying the service providers, "Okay. This year, just 5 million. Anyone who is willing to do is cheaper, so okay, we choose you." So, the role of the municipal has changed within the system, and this I think it is the root of the changes that we can see so.
00:57:21	S2	And at the same time during this period, we also had a change within the population, we have a growing number of elders, and I think of course this is a demand because in the past couple of years, we have had a lot of child birth too. So the municipalities have to be in a phase where they have to expand their services so, and maybe it's not that they lower the price but they still have the same amount of money, but there are more people who needs to provided especially within the elderly, because if you look at the demographic curves of Sweden, the number of elderly are growing very much, it's a large part of the population, and people in Sweden also, for the past 10 or 20 years, have been living much longer, and more and more people still live after 8 years when they have their 80th birthday, and those really elder from 80 up to 100, have a very big need of care and support, but if we go back 20 years ago, there were only a few living after 80 years, not a big group. So nowadays, when people have their retirement from work at 65, they are still very active and they don't have a big care, but when they grow 75, when they grow 85, the need of care and social support will increase very much, while 10 or 20 years ago, people die, but now they are living, so we have an expanding group of very, very old people so.
01:00:02	S1	We change to the third part. How would you explain these changes, these changes that you told me, for example, in the goals of the municipalities, where they prioritise efficiency and money than cover the needs, in the quality, and so on?
01:00:31	S2	I think there are different factors that had an impact on the development. One I would call is an international trend that many of the western world countries have had, but Sweden has not had in the past years, and the financial crisis has a lot of... the European countries all have for example, we have not had a financial crisis that needs dramatic cut downs on the cost, but still, we are in a very high productivity, the national economic growth are very, very good, but I think the international financial crisis, not mentioning the European financial crisis that happened during the past 10, 15 years from... From 2008, yes? Have had an impact on an international level on how to... where the concern of the national finances has been so central, that I think even in countries that are not directly involved in the financial crisis, but the backlash of the financial crisis also has an impact on the political way of thinking in Sweden and in international, meaning that governments today have to have a focus on the state finances first, and secondly how do we build a social support for the population, so I think there has been an international trend where you could say that the ambitions for having a progressive social policy making has gone back, so...

01:03:31	S1	So, do you mean that there have been several reforms that have implemented with...? Do you think that even although the economic crisis hasn't affected the finances here, the economy, the financial crisis has impacted in the policy-making level, but I think that, on the other hand, the party in the government have changed also from the economic crisis?
01:04:34	S2	It depends on how long term you should look back, but in Sweden many years ago, whether the government is left or right, they always had quite a high ambition on developing the welfare assistant, on developing the Swedish social systems, there has been an ambition to make a progress and to lead this, but I don't know when the changes came. But the government today, well, now and the one before, both left and right, they don't have these ambitions anymore, we haven't had any idea of making any political reforms, there have been no suggestions of a new law to develop and make a progress the past 15 year, 20 years. I would say the last one was actually the LSS, 1993, which is a very a long time ago.... And when it came, it was a progressive law, but since then, I cannot say that we have had any new legislation leading or putting up higher standards, and putting up the ambitions, and this I think is not only in Sweden, we see it in the other countries, and I think we have it also in Europe in general, and I think, in most part of the western world, the political ambition has been going down in developing the social welfare, and this is, I think, one of fact that you could include as to why we see this lower quality in the... the other factors are the demographic challenges for a lot of the western worlds like in Sweden, where a big part of the population was born after the second world war during, so those who are born in the '40s, during the last 10 years, been retired, they are living, they are working now, and like in many other countries, we have a demographic challenge because the population within the working age is getting smaller and smaller, [inaudible 01:08:21] and this again, has a lot of effect for example, we lack people who wants to work within the service and jobs, we lack working capacity, and this is also an on-going challenge within the social service because you need staff, you need people to work for you.
01:08:58	S1	So, do you think that there is a lack of professionals?
01:09:06	S2	Yes, I think this is also a factor that will increase the demands because the social services, if you compare it with for example, industrial production or something, you need to have a lot of staff, it's a very intense labour, and if we have a situation in Sweden where a part of the population that should be in the working age is getting lower and lower, we have a problem, and I think this is the direction for all western Europe because in one hand, we have people living longer, getting older, and we will have a population, the older population is increasing compared to those who are working, but at the same time, we have closed the boarders to Europe so we won't take in immigrants as labourers, and this, I think, will be a future challenge for Europe- Western Europe, because there are only two ways to do it if you have seen the total state of the economy, you have more and more people in need of social service, and less and less people that are working and paying tax, you don't get the tax, and you also have the problem in actually finding people who wants to work in the social service, there is no way, otherwise you have to cut the quality by giving it to fewer people or giving lower quality within the social service, or you have to try and get a balance in the demography that there are more people who are working, more people who are paying tax, so there is financing, and also more people who are willing to work within the elderly care and so on, but during the past 10, 15 years, the development is going in the wrong direction. And in Sweden, although I mean we had the immigrants, the crisis, the war of Syria, where we had refugees coming, and Sweden took quite a lot in 2016, so this also created a lot of problems within the social services, but Europe as a whole, we have been taking a few immigrants because there are not enough child births, so we...
01:12:54	S1	What do you think has been the impact of the economic crisis, do you think that the economic crisis has had an impact in the quality or in the reduction of the services or not?
01:13:16	S2	I think it has but the financial crisis doesn't have an impact on the Swedish finances, the Swedish... No. The national finance is still strong, and we have not, as with the rest of Europe and the rest of the world, had dips within the productivity but... I think it created a mental impact. I think the kind of ambitions we have for the social services are going down not only within the politicians of both sides, but also among the common people, because I think this has had an impact on the common people to. I think during the last 15 years, a lot of Swedes would say, "I would never accept that my old mother or father will not get this, and this, and this." But today, we do. You accept that the quality is going down, so I think it had a mental impact on what kind of ambitions we have for the society and the delivery of social services. So, we don't demand as much as we did for the past 20 or 10 years, and in this case, I think maybe Sweden had a special backlash too because for many, many years, Sweden always had a high ambition about progress and we're proud of having the idea of living in the welfare development compared to the other countries, but now, we don't have that ambition anymore, and I think this is a backlash too because we have that in history from the 20 th century.
01:15:57	S1	So, according to this, do you think that there has been a change in the philosophy of the Swedish welfare state?
01:16:12	S2	Yes, yes, it has. Absolutely.
01:16:14	S1	How do you explain it?
01:16:19	S2	There are different factors, but not only Sweden but also in the Nordic countries I would say, because I attended very interesting conference a couple of years ago with researchers from the Nordic country, and the subject was about what is happening to the Nordic welfare model, and it's not just in Sweden, it also included Norway, Finland, and Denmark, who for many years, have a very high ambition of developing the welfare system that had chosen similar ways to do it and had copied each other, but this is not the case anymore since the last 10 or 15 years, and the different Nordic countries had chosen different ways, so today, we are not very similar anymore. There are big differences between Sweden, Norway, Denmark, and Finland, so each country had developed their own way now within this field of providing social service, so when you study other countries, I think you will get their picture of how their societies have developed, and we have developed very differently, because the mind-set or the political ambition of having a progressive welfare policy is no more. Of course, we have our historical background, we have the identity of building welfare policy and still, if compared to many countries, a high level of standard, and of course we are still a very rich country compared to the others, but if you look at the state finances, the total budget we put on the social sector is decreasing, although the finances are very strong and growing, the welfare cost is increasing, so there is a change of ambition, and maybe it would change again, maybe in the form...

01:19:07	S1	And would you call to this change? How do you, in one or two words, say... Okay. We can say that the Swedish welfare state has changed, it is frozen, so how do you call the change briefly?
01:19:54	S2	I don't know. I will say, a lower political ambition because we have gone from a system where we had, until the '90s, a very big public sector of provider for social service that changed, and at the same time, we don't have the tradition for this new kind of system where we have others delivering the social services, it's new for us, it's not in our culture, so we cannot handle it.
01:20:50	S1	The transition of public service to private service, perhaps?
01:20:54	S2	Yes, yes.
01:20:57	S1	Ok, thank you very much...

Transcripció 26

00:00:00	S1	Could you please introduce yourself a little bit?
00:00:40	S2	I am working in investigation here. Doing studies, we study the elderly care, the elderly situation in difference aspects, this institute is called Stockholm Gerontology Centre. It is connected with some Stockholm University Departments, but I am not in the academic system, I am in the investigation, we are making short studies...
00:02:52	S1	What do you think have been the most significant changes in the LTC care system for elderly in the last 10 years, from the economic crises?
00:02:58	S2	As far as I know there has been a very few legal changes during the last twenty years. The changes are, there is a process in the society, in the community, there have been an increase of elderly people with disabilities and it is harder to have help, to move into an elderly home, homes for elderly, the demand to get such a place is very, very, high; that is a big change and it is a process that started in the early 90s and still the process is going on. So, there is a reduction of, I mean, the amount of people in the elderly care. The number of people who are go to a home care is decreasing because is harder to get a place in a nursing home. So access is much harder. Elderly people are living in their house, nowadays, even if they need very much help, need assistance, so it is the big change. The main reason for that was a policy change in 2006, when the taxes in Sweden were reduce, so the communities now have less money to spend with the services (...). It was because the new government, and they really wanted to change the system, it was quite a big change in Sweden, and now, the private sector has a lot of money but the public institutions don't have much money. There has been tough reduction since the last ten years and now there is a new government, but there are still gaps between the needs and the resources. The consequences of all of these are that there are many elderlies that are suffering, they are not satisfy with their lives in their homes because they are not secure enough, they are sick, and the persons in the family are much worried about the situation...
00:08:57	S1	Do you know the last changes in the law? The free choice?
00:09:06	S2	Yes, it is part of the process, is continues, of course, there has been a very dramatic too, but not in this perspective, many nursing homes are now private and that has been a change because, I think, there has been some very high differences in the quality. We, now, can see, in the last ten years, the personal are less in certain private companies, in service homes, for example. So, you can see that there has been an impact in the way of managing the services home. Yes, the persons who are positive of these changes, they think, it is development, this government is not positive, I think, the conservative government is very proud of these changes. But for the persons who study these changes have been a lot of concern, and there has been a bad impact also, because, you know, when the staff is reducing it has effects in the circumstances for the persons who are living in these nursing homes. But, as I said, this process started in the middles of the 90s, there has been a long process, but what is happening now, we have a lack of personal it is hard to employ nurses and caregivers because elderly care is not attractive sector to work because of all these reductions, in economic terms (...), that is also a big change, I think that all care sector is hard to get personnel, employees. So, if you have a good job circumstances it can be also a positive work, I think it is very much about the organization, the wave is too low paid, is not attractive, not dramatically, but is not good paid, either. It is dominated by women and it has tended to low wage sector.
00:12:45	S1	What factors do you think could explain these changes?
	S2	From the economic crises until today I can't see clearly what happened except this new government. It made the possibilities of the communities worse to develop the care for the elderly, the care for the children also have been reduced, reduced everything in the services, cut in the budget very clearly (...).
00:13:01	S1	Thank you very much for your time (...)

Transcripció 27

00:00:00	S1	Buenos días, ¿Puedes hacer una breve presentación de quién eres? ¿cuál es tu trabajo, etc.?
00:01:40	S2	Yo soy de Suecia, estudié aquí mi carrera de ciencia política y luego me fui a España, donde conseguí un trabajo en un proyecto internacional sobre políticas comparadas de igualdad de género y posteriormente conseguí financiación y realicé mi tesis en la Complutense de Madrid. Una parte de mi estudio fue sobre políticas de cuidado de personas dependientes, políticas de conciliación de personas mayores, mercantilización... Y cuando terminé mi tesis solicité un postdoctorado aquí con Marta en el tema de cuidados de personas mayores, que es como se llama aquí. Aquí unos investigadores se concentran en personas mayores y otros en discapacidad, mayormente porque se trata de diferentes marcos legislativos, o sea, hay diferentes derechos...
00:03:52	S1	¿Entonces podrías definir cómo se entiende el termino CLD en Suecia?
00:03:58	S2	El termino CLD no se utiliza, no tiene traducción exacta, es decir, el concepto en sí, las palabras, no se dicen en sueco. Los profesionales que están en el tema, si escriben en inglés, lo pueden utilizar, pero la palabra no tiene traducción en

		sueco. En Suecia hay una clara división entre el ámbito de estudio de personas mayores y el de personas con discapacidad, no se juntan. Mi campo de estudio es el "home-care" para personas mayores y los principales servicios son el cuidado a domicilio y cuando la persona está muy débil las residencias, pero el cuidado en los hogares es central...
00:05:57	S1	¿Podrías comentarme cuales son las principales regulaciones legislativas en tu campo?
00:05:58	S2	La principal ley que regula, tanto el ámbito de personas mayores con de discapacidad es la Ley de Servicios Sociales de 1982, luego ha habido reformas, 2007 y 2009, principalmente. En 1982 se estableció claramente que el derecho a la atención a las personas mayores es un derecho que tienen que garantizar los municipios. Luego ha habido una reforma local en la que se empezó a abrir a la mercantilización de los servicios. La Ley establece el nivel de vida que tienen que garantizar los servicios, pero es bastante generalista. Luego es a nivel municipal donde esta se interpreta y también puede haber variaciones en los servicios que se ofrecen, pero los servicios a domicilio y en residencias se ofrecen en todos los municipios. También se ofrecen otros servicios como el soporte a los cuidadores... pero no existe una normativa reguladora específica. Aquí se enfoca mucho que los cuidados tienen que ser individualizados, lo que conlleva que no haya una regulación nacional. Cada municipio puede desarrollar guías o decidir la cantidad de horas de servicio, pero esto es a nivel local.
00:10:44	S1	¿Podrías mencionarme, según tu criterio, las reformas más significativas que se han producido en el sistema a partir de la crisis económica, o aprox. Desde 2008?
00:10:51	S2	Hay una que es la principal, diría yo, y que es la del 2009, la Ley de libre elección, y que es clave, porque a partir de ahí, los municipios que adoptan este sistema cambian, para permitir a los usuarios elegir que proveedor quieren para sus cuidados. Anteriormente podía haber un tipo de licitación pública en que los municipios elegían dos proveedores: en Suecia hay dos tipos de concursos públicos muy distintos, des de los años 90 se utilizaba un tipo en el cual se podía elegir un par o tres de proveedores i ahí se podía ofrecer algo de elección, pero con esta nueva ley del 2009, se establece otro tipo de licitación en el que se quería que hubiera más empresas con diferentes especializaciones: idiomas, servicios especializados para personas con demencia, personas por ejemplo migrantes mayores que se olvidan de su idioma y necesitan recibir cuidados en su idioma, u otros tipos de especialización en otras problemáticas. Una de las ideas principales detrás de esta ley de 2009 era promover la diversidad de servicios a través de más empresas, y también promover empresas más pequeñas, porqué en concursos públicos grandes nunca entran las pequeñas. Se entendía que podía ser positivo que mujeres que ya trabajaban en el sector pudiesen elegir crear sus propias empresas y así tener un cuidado más familiar, más cercano, que ello podría ser positivo para los usuarios porqué podrían elegir, es decir, si yo lo que necesito es gente con idiomas, con la comida, o así... Y también lo importante es que siempre pueden cambiar; si eliges una empresa y no te gusta enseguida puedes cambiar. La idea era que iban a tener más voz los usuarios a través de esta ley. Y ahora creo que alrededor del 60% de los municipios están aplicando la ley, y está creciendo, puede que la gran mayoría utiliza el sistema, lo que pasa es que la implementación ha sido muy diferente en municipios como Estocolmo, que es la ciudad grande, comparado con otros municipios más pequeños, el efecto es muy distinto, y los problemas que han surgido en Estocolmo no han surgido de la misma forma en municipios más pequeños. Tenemos Estocolmo en que sí que ha habido gran cantidad de problemas relacionados con esta ley, hay muchas cosas... Como por ejemplo hubo un tiempo en el que había 200 empresas y cuando se empezó a controlarlas se vio que no daban el servicio con la suficiente calidad, apareció que engañaban un poco al sistema para poder obtener beneficios económicos. Otra cosa es que como había tantas, al principio, era muy difícil para el municipio colaborar con todas, pero, aun así, los municipios son responsables de la calidad y del control de los servicios con lo que se han empleado muchos recursos entorno al control de las empresas. Es decir, los efectos no deseados, no previstos, han generado gran cantidad de recursos en su implementación, controlando que hacen lo que tienen que hacer, que realmente se dé un buen cuidado a las personas, que no haya empresas que intenten ganar dinero de manera ilegal. A la vez también, las personas mayores no veían la utilidad, porqué imagínate las personas que están muy mal y que tienen que elegir una empresa para sus cuidados, difícilmente en esa situación podrían elegir, o tomar una decisión muy meditada, incluso ver las páginas web sería difícil que viesen las diferencias, ya que muchos destacan que dan buena calidad. Lo único a lo mejor, si tienes interés en algún idioma específico puedes escoger... pero aparte de eso, es más una jungla, como muchos lo describen, por dónde empiezan...
00:20:14	S1	¿Pero los servicios sociales no dan soporte para escoger de forma adecuada los servicios según las necesidades?
00:20:17	S2	No. La idea es que sean neutrales, no pueden inmiscuirse, ellos hacen la valoración, les dicen los servicios que necesitan y les dan una lista de empresas. Al ser un mercado las empresas tienen que tener las mismas posibilidades, la idea es que las trabajadoras sociales no pueden recomendar. Ellas dan un informe con los servicios a los que se tiene derecho, con el tiempo, los servicios... es decir, les dicen a lo que tienen derecho, y además a parte de toda la diversidad de empresas puedes elegir también entre un servicio privado o público.
00:23:32	S1	¿Cómo se financian los servicios? ¿Existen también prestaciones económicas?
	S2	No, no existen prestaciones económicas. Antes había un sistema en el que se podía emplear a la familia, que era como una empleada más dentro de la empresa. El municipio no lo podía hacer, pero los proveedores privados podían emplear a los familiares, pero solamente para dar servicio al familiar. Pero esto se ha prohibido en Estocolmo, pero los municipios pueden decidir hacerlo o no. Lo han prohibido hace un año aproximadamente porqué se veía mal, al no garantizar el cuidado de calidad, se veía que se dedicaban mayormente personas con baja educación, mujeres migrantes, sobre todo, y que se quedaban un poco atrapadas en este tipo de trabajo, muy mal pagado y que además tiende a la explotación, porqué claro, tu recibes dinero por ciertas horas, pero estas todo el tiempo ahí... Se quiere que las personas que dan cuidado tengan una educación específica y generalmente los familiares no la tienen. Ya te digo, en Estocolmo esto se prohibió. En Estocolmo hay partes donde hay mucha inmigración y se vio que era sobre todo en estas partes donde ocurría. Y también querían empujar a los cuidadores para hacerlo a otras personas no a sus familiares... este ha sido uno de los principales cambios en estos últimos años, des de 2009, sobre todo en servicios a domicilio y ha recibido muchas críticas, por lo que ahora se exigen unos requisitos mucho más altos a las empresas y estas están a la espera de a ver qué pasa, por qué no saben si han sido aprobadas o no. En cuanto a la financiación, todos los usuarios pagan exactamente lo mismo, da igual si es una empresa privada o si eligen un servicio público, los usuarios siempre pagan al municipio, nunca pagan directamente a la empresa. Pagan la cuota al municipio y esa cuota se basa en la cantidad de horas que reviven cuidados y también dependen de sus ingresos, pero hay un tope que es alrededor de 200 € y son los municipios que pagan a las empresas. Cada vez que una cuidadora va a un domicilio tiene que registrarlo con el móvil. Quedado registrado el tiempo exacto que está en la casa, pueden ser muchas visitas al día, pero nunca 24 h. El cuidado de ayuda a domicilio

		tiene muchos problemas con la continuidad de personal para el cliente, porqué puede pasar que en una semana en una casa ha habido una gran cantidad de personas distintas que van a un mismo domicilio y esto sí que es un problema de calidad, ya que si, por ejemplo, no es limpieza se quedan una hora máximo, luego se quedan solos. Otro cambio ha sido la ley sobre reducción de impuestos de 2007, está ley también es importante porque abre más a la privatización del sistema, porqué las empresas de ayuda a domicilio pueden ofrecer a sus clientes más servicios. Esta reducción de impuestos es directa, no tienen que esperar a hacer la declaración, es decir, la empresa lo aplica directamente. En Estocolmo casi el 60% de empresas ofrecen servicios directamente a sus clientes. También es un mercado aparte, otra cosa es que todavía no se ha hecho demasiado común. Donde es más común es en ciertos barrios del centro con mayor poder adquisitivo. Desgravación 5000€
00:43:38	S1	¿Crees que estas reformas suponen un cambio en la naturaleza o filosofía del sistema?
	S2	Es muy complicado, pero sí, hay un tipo de tensión, por un lado, el ideal es la igualdad, todos tienen que tener derecho a cuidado cuando lo necesiten y ese cuidado tienen que ser igual para una persona en situación similar en un punto de Suecia, o ciudad, o en otro, y esto es fundamental, el sistema ha de ser justo. Al mismo tiempo se quiere un tipo de cuidado individualizado, y la idea ha sido, retóricamente por lo menos, que la mercantilización puede ayudar a individualizar los cuidados, porqué si la gente puede elegir pueden escoger algo que se acerque más a lo que necesitan, al mismo tiempo es muy difícil decir si ese ha sido el efecto, ya que no es seguro que el cuidado que ofrecen estas empresas es más individualizado de lo que podría ser el que ofrece el municipio. Ya que por otro lado, el municipio también podría emplear gente con ciertos idiomas y prestar ellos mismos los servicios. Hay tanta diversidad, por ejemplo, en Estocolmo, que nadie con exactitud qué nivel de calidad están ofreciendo realmente (...). La mercantilización da posibilidades de elegir entre empresas, pero esto no es seguro que te dé más calidad y una atención más individualizada. Entre las personas mayores ha habido bastantes quejas que el contenido de su cuidado no lo pueden elegir, la idea es que influir en su propia situación sería influir también en el cuidado mismo y no es seguro que sea lo que pase en todos los lugares. Por ejemplo, en Suecia hay personas que han estudiado la gran diversidad que hay entre municipios. La presión que puedan tener desde arriba los que evalúan los casos, y sabiendo eso a lo mejor no dan más hora de ayuda sino una residencia. Hay muchas cosas que influyen, no se puede decir que ahora la atención es más individualizada. Nos encontramos que la libre elección, diversidad... y la igualdad por otro, están en tensión, porqué si prometes mucho sobre la libre elección, al final puede ser que el efecto sea una calidad muy diversa, ya que hay personas por ejemplo, si una persona tiene una familia con una buena educación saben mejor guiarse en esta jungla de proveedores, la libre elección no es fácil...
00:49:13	S1	¿Puede que sea una forma de presión? ¿El aumentar la atención a domicilio para disminuir la atención residencial?
00:49:35	S2	No sé si es tan directo, pero si algo de relación tiene, porqué el principio ha sido que la gente debe o quiere quedarse en sus casa viviendo aunque estén solos y bastante débiles con la ayuda que pueda haber de los servicios domiciliarios, y las residencias desde hace 20 años han ido bajando, entonces es más difícil ofrecer una plaza, porqué al mismo tiempo es obvio que se han promovido más los servicios de ayuda a domicilio que las residencias, aunque puede ser que ahora este cambiando un poco a raíz de los escándalos, ya que ha habido personas que les envían directamente del hospital a casa para recibir ayuda a domicilio y están en una situación grave, que dices, pero esta persona como es posible que pueda vivir sola, no es humano, entrar a ver una persona diez minutos e irte también es muy fuerte para el personal. Ver una persona tan grave que tú no puedes ayudar porqué tienen otras 10 esperando. Entonces, ha habido programas en la televisión que han sacado este problema, a lo mejor hemos llevado este principio de cuidado en el hogar, envejecer en casa, demasiado lejos...
00:55:47	S1	¿Cuáles crees que son los factores que han llevado a estos cambios?
00:55:55	S2	Bueno, ideología de tipo neoliberal, creemos mucho en el mercado y empresas que compiten por los clientes, esa es la idea que va a llevar a la calidad, la lógica. Y otra parte neoliberal, un efecto que es la regularización del mercado, porqué el mercado no pueden dejarlo completamente libre, tienen que regular las empresas porqué son servicios pagados con dinero público, con lo cual, todo ese efecto de, bueno, ahora vamos a ser muy eficientes y vamos a medir cada minuto que dan de servicios, entonces es introducir la tecnología, pagar por cada minuto... Quiero decir que también hay una idea de la nueva gestión pública, todo es NGP, nosotros pagamos, pero vosotros lo hacéis. Vais a dar el servicio y va a ser más eficaz y vamos a poder reducir los costes, va a ser de mejor calidad, pero por menos dinero, la idea que se ha creado es esta reducir costes. Desde 2007 también cambio el gobierno, hizo las dos leyes que hemos comentado, ahora el gobierno es socialdemócrata desde 2014, no han derogado la ley, pero no han promovido más privatizaciones. La ley tampoco se ha terminado de implementar, querían hacerla obligatoria para todos los municipios, pero eso al final no se ha hecho, cada municipio tiene la libertad de elegir si quiere aplicarla o no. Lo que ha hecho el nuevo gobierno es regular las condiciones de las empresas, tienen que cumplir unos ciertos requisitos, hay reglas en cuanto a la formación de los trabajadores, de sus derechos, tienen que tener los mismos convenios laborales que los trabajadores municipales,
00:60:56	S1	¿Y crees que la crisis económica ha afectado?
00:60:59	S2	A los municipios les afecta mucho la situación económica, porque son los impuestos del municipio que pagan los servicios, si tienen más dinero tienen más posibilidad de dar más horas que en otros que no tienen. Para mí, la crisis aquí es mucho más difícil de sentir, yo no podría decir que los cambios son por la crisis. Yo sé que hay restricciones económicas, pero no sé si ha sido por la crisis o es algo constante por más tiempo. Sé que hay bastante presión en los evaluadores de tomar en cuenta la situación económica del municipio, la crisis no es tan obvia como en España.

Transcripció 28

00:01:35	S1	(...) First of all, could you, please, introduce yourself?
00:01:40	S2	I'm a professor of social work and we focus on older people, so I have been doing research on care and social policy and gender since the mid. 80s.
00:01:52	S1	How would you define the long-term care system in Sweden?

00:01:58	S2	We normally don't use the concept of long-term care, we talk about elder care and disability services. We make that distinction and the two systems are similar in the sense that it's a universal system that the idea is that all social groups should have the same high-quality services independent of their financial situation and The Social Services Act which was introduced in 1982 and it has been, '92, you know, I have to think '92. '92 exactly, '92 absolutely, so 1992, so it's more than three decades now, so it's 25 years, yes. And that Act actually covers, but it was a similar act before that The Social Services Act covers all... it's not age dependent, so if you are in need of services, you have the right to get your services, your needs met by the local authority, and in 1994 a disability act was introduced, that singles out a certain group of disabled people with large disabilities. First of all, people with learning disabilities but also physical or mental disabilities if there are large, put it easy in that way and those who are covered over the Disability Act, they have certain rights that are special, there are better rights, stronger rights than everyone but not every disabled person is covered by the Disability Act, so, some disabled person receive help through the Social Services Act and that's the same situation as if they're older people. So we have two legal systems covering the needs for people who are defined, a group of disabled people and the Social Services Act, which covers everyone independent of age and those two legal systems are bit different in the sense that their rights, let's put it this way, there is a paragraph in The Social Services Act that says that you have the right to services to meet your needs so you can have a reasonable standard of living, the word is reasonable standard of living and a similar paragraph in The Disability Act talks about good living conditions and good living conditions are better than reasonable standard of living and therefore, if you look at how the resources to these two areas of welfare services have changed overtime, we can see that in elder care the resources had gone down but in disability services, the resources have gone up but the very last few years there are changes, so that's one point so to say....
00:04:57	S1	And what do you think is the reason for that?
00:05:06	S2	We have two different legislations, we always had a special legislation for people with learning disabilities and in 1994 what happened was that the responsibility to meet the needs for this group shifted from the county council to the municipality and at the same time The Disability Act included also people with physical disabilities and particularly the system of personal assistance. So, it came from an idea that was quite common at the time about personal assistance from independent living movement.
00:05:44	S1	Does it belong to The Disability Act or the long-term care Act?
00:05:51	S2	We don't use the concept of long-term care. It is not a concept in Sweden. We talk about elder care and we talk about disability services or social services but the long-term care in many countries would cover both what is covered in The Social Services Act but also The Disability Act, that's why I say it is, it's not a concept that we normally would use to make this distinction.
00:06:14	S1	But some scholars use that...
00:06:17	S2	Yeah, but we don't use it in Sweden. We don't use it in Swedish. We don't use it in Sweden but if you write to an international audience you might use it, I also used it when I talk to an international audience but long-term care is not a concept that we would use, it's not an umbrella concept that we would use in that sense.
00:06:32	S1	In general terms, can they access to the same rights or they are different? The services provided for The Social Services Act and The Disability Act are the same?
00:07:11	S2	Yes, I mean not all disabled people are eligible for services according to The Disability Act, so if you have not as large care needs, you will have received services from the social services but let's talk about elder care to start with. So if you are an older person and need help with... you think or your family thinks that you cannot manage in your home any longer then you can approach the municipality, we call it a needs assessor who is usually a social worker employed by the municipality who have to assess your needs and if that assessment shows that yes, you are eligible for services than you will receive home help or maybe if you're very frail a place in a nursing home or some other kind of homes for older people. And we also have the services like meals on wheels and we have alarm systems or we have security alarm, this is usually a watch, so you can push a button, you can call for help or you can get short term stay like one week in a month in a nursing home to relieve your spouse or you can have a day care, so there are various forms of services.
00:08:38	S1	And the evaluation, is the assessment carried out by the social worker and also the medical needs are?
00:08:47	S2	Yes. Normally, a doctor is not involved at all, so it is the local politicians who formally take the decision but they have delegated a social worker to carry out the needs assessment but formally it is the local politicians who have the decision authority and the social worker makes a needs assessment and if you are not happy with the decision, you can appeal to court.
00:09:13	S1	And forwards of the assessment, also, does the social worker make a plan? I mean, if the person in need receives a resolution or...
00:09:35	S1	Like a certification about the grade or the level of the needs or the resources that....
00:09:47	S2	No, it's not like that, you make a decision, what can you manage on your own and what can you not. Let's say that you cannot manage to cook, you cannot manage to do the shopping, you cannot manage to do the cleaning and you need help to have a shower then the needs assessor say, 'yes, you cannot manage this and you will get help with this' because family is not responsible to provide care, the spouse is supposed to help with household tasks, so even if you have an old couple she has been cooking for him all their lives, she cannot cook any longer, he can be demanded, now you have to help her, so that can happen but he cannot be demanded to help her with the shower, personal care is beyond what you can force spouses to do for each other according to their health. So okay, let's say that you need help with cooking and shopping and cleaning and laundry and shower, these are quite common things, then you say, okay, you need help with cooking, we can come and cook for you but it would be very quick cooking, maybe you would prefer to have Meals on Wheels, maybe, maybe not. Okay, cleaning, we would clean your apartment only two rooms, if it were bigger, we'll not clean all the rooms but we will do it every third week, okay? Laundry, you will get help with laundry once a week or once every second week and what did I say more, I said shopping, yes, we can help you with the shopping once a week and then it will be noted, these are the tasks the person will need to get help with. So it's still working? Yeah. So these are the tasks that you will get help with and there will be some kind of calculation of time but the use of..., this is different in different municipalities, so it's not necessarily so that each older person would know, 'yes, I have been promised to get seven hours help a week', maybe she doesn't know but there is of course somewhere a time and then in

		most municipalities and then shower, we'll help you shower twice a week, okay. And then in Stockholm for instance and many of the municipalities we have a choice system that was introduced in Stockholm already in the 90s but it was a new legislation in 2009 that made it easier for municipalities to open up these kind of choice models, so if you live in a municipality with a choice model, your needs assessor say 'okay, now we have to see you need this and that and here is a list of providers, now you choose.' And people find it difficult to choose but they choose, let's say they choose the public municipal homecare group or some other companies and then independent, whether they choose the public or the private it doesn't matter, they pay their fee to the municipality, they don't pay to the private provider, so they pay the same user fee. Does it make sense?
00:12:56	S1	But are the social services which cover all the amount of money cost?
00:13:03	S2	You pay a user fee, we have a fee system, so you pay at maximum 1,800 kr per month for your care and that is the same whether you live at home or if you live in a nursing home but then if you live in... and whether you live in a nursing home or at home, you pay for your rent and you pay for rent also in a nursing home you pay for food at home and you pay for food in the nursing home, so the basic idea is that we have the same kind of payment system, so at maximum you would pay 1,800 kr, €180 per month for your care and if you only need help with cleaning and shopping, you pay less and if you are poor, you also pay less or even nothing. That's the maximum fee but you have a low-income pension then you might pay nothing, so it depends, so they assess you, you always have to have a certain money left after you have paid your rent and your care. So that's the maximum fee and that is the same in both, and the private provider, if you have a private homecare company it has to be checked by the authorities that it's okay and then the municipality pays the cost to you, I pay the fee to the municipality, the municipality reimburse the private provider.
00:15:02	S1	What do you think that have been the most significant changes in the long-term care system for elderly in the last ten years, from the economic crises?
00:15:25	S2	I think, legally, I think from a legal perspective, I think you have to go a little bit further back, you know, I think the elder reform that came in '94, I don't know if you have come across the elder reform which was the shift from the county council's to the municipalities of all elder care but before that homecare services was part of the municipality's responsibility while nursing homes were part of their county council's responsibility and in '94 the responsibility shifted from the county council which is more medically oriented to the municipality which is more socially oriented, so that was a very important shift and since then if you live in a nursing home in Sweden, you have your own... they call it an apartment but in practice it's more like a private room but you have a private room, you have your private toilet, you have also often some kind of cooking possibility and you bring your own furniture and you have a contract on your apartment but it's a bit symbolic because you can't swap that contract to another apartment somewhere else which is a bit of kind of symbolic thing but that was a very important change because that made residential care less hospital like and more socially oriented and you've got more privacy as a user and in many ways I think it was a positive development.
00:17:00	S1	More individualised?
00:17:02	S2	Yeah, more individualised and since then there have been formulations in the legislation that I think everywhere about individualised care, the dignified care and things like that, they have come but I don't know, I'm not so sure how important those words are because the whole idea that you should actually be guaranteed reasonable level of living that has not changed and that's a fairly low ambition, so that's one important thing and then I think important was also that the introduction of choice model called (LOV) the legislation on choice models in services, mainly homecare.
00:17:48	S1	regarding to services?
00:17:51	S2	Well, homecare mainly, yes. The law was introduced in 2009 and since then we have seen a clear increase in municipalities take because it's still... the municipalities are not forced to take up, they can still... one third of Swedish municipalities have all their homecare provision still in public and then two thirds of municipalities have introduced a choice model and invited private companies to compete. But in some smaller municipalities, no private company was interested and then the other hand, we have like in Stockholm where there are hundreds of private companies competing, so if you are an old person in Stockholm, you can choose between somewhere 80 to 100 private companies, Elin has studied that so she knows all about that. So that was also an important change, the argument was that it would increase the power of the user and it wasn't really at that time a financial argument that it would be cheaper for the municipality because the municipalities pay the same amount and it was a quality argument and a freedom of choice argument and so that was important and then there was another piece of legislation, we write about it in the book, in 2007 which was a tax rebate for household services which has got nothing to do with elder care but it's quite often used by older people, so you can buy services and pay half the price and it's subsidised in tax sense. And since that it became cheaper for many people who only need help with cleaning, not to go to the homecare services and ask for help with cleaning but instead buy services at the market and pay half the price thanks to the tax rebate. So that has also made for people with higher incomes... higher income people with small care needs, they have no reason to actually access the care services at all, they go to the market and pay half the cost and if they have larger care needs, they have an incentive to choose a private provider because then they can top up, so they can use... they get their needs assessed, cleaning every third week but then they can buy an extra weekly cleaning from the same staff, so that is also something that is changing the system at the system level because the whole idea with our model is that the same services should be use by all social groups and if they have incentives that are shifting for people with more income to actually leave the public services and choose the private instead things may happen that they don't expect...
00:20:48	S1	In this sense, do you think that the consumption of the private services mostly the homecare services have been encouraged?
00:21:03	S2	Yes, it has been encouraged to use private services through the tax rebate and also in a way with the legal reforms make it easier for municipalities to set up choice models, so around one quarter of the Swedish publicly funded homecare services are privately run.
00:21:22	S1	In the service provision, do you think there has been other changes, for example, cut down in the provisions?
00:21:38	S2	Yes, and that's not a legal change, so what happened that since the year 1990 we have seen the public spending has not kept pace with the aging population, so it's calculated as money per 80+ in the population where money to elder care has been reduced since 1990 around but in absolute numbers we haven't seen cuts, it's not like in England for instance, it's not really a retrenchment in that sense but the money hasn't kept pace with the ageing population and as a result we have seen a decline of services since around... I can show you I think maybe, maybe somewhere else, I'm going to show

		you just the graph. So, if you look at that there, I'm happy to send you an article and some slides. So, this is the proportionate 80+ using... living in some kind of residential care or using homecare and this one stops in 2012 but it would be the same in 2015. So, since 1980 we have seen a decline of homecare and to some extent not as much a decline on residential care until after the year 2000, there we've seen a very sharp decline on residential care. Yeah, I think '15 towards... I can give you the number, so that's not a problem. So yes, so this is what happened is that we have seen a decline of coverage of services towards homecare and then more recently, particularly residential care, although, compared to most other countries, we are still reasonably high, although not that high as we want. I mean 20, 30 years ago Sweden was very high, particularly in homecare, today we are... But this is proportion, so it's a percentage of 80+, so it has taken into consideration the ageing population but still, I mean yes, I would say so then because if you just look at these two, you can get the impression that actually it is a compensation, homecare is compensating for residential care, it's not because the residential care is so much... I mean homecare, on average you get seven hours a week; if you are in residential care, it's a much higher care need, so the ageing in place policy has actually shifted the responsibility to family, we have seen that also in Sweden, so I can send you two articles that I think you would....
00:25:41	S1	So, in conclusion, we could say that the access to, for example, residential care has been reduced, and so the criteria to go in to the residential ... How do you think has it been...?
00:26:02	S2	There is no legal change behind that, no legal change and that's why I started to mention that The Disability Act was important because what happens is that the municipalities have the responsibility to meet, not only elder people's needs but also disabled people's needs and they're also responsible for childcare and in 1992, we got a new childcare act that gave the right to all children under 12 to have the right to childcare, after school classes and childcare. And the municipalities and The Disability Act was introduced in '94 with this higher ambition level that good living conditions and then all of a sudden the new municipalities are sitting there with new demands, new needs that they have to meet with higher expectations and not more money but elder care, older people are less well covered by the law because we have this ambition of reasonable level of living and not higher than that, so when they are forced to provide childcare to every child under 12, when they are forced to provide disability services to people up to a level of good living conditions, elderly people are kind of falling behind, so that is what happens, so there's no legal change within the elder care system that can explain this but we have seen a shift towards family care.
00:27:28	S1	So, do you mean that the enforcement of another system have produced a lack of cover to in elderly?
00:27:42	S2	Yes, and then also, on top of that, we have also had a right-wing government for eight years, up until 2014, so from '08 to '14 and they lowered the taxes. Now, if you lower the taxes, the municipality would have less money spent and that also helps resulted in given this situation.
00:28:09	S1	Which further reforms do you think have been implemented?
00:28:33	S2	I mean elder care is changing without actual reforms being implemented, I mean the homecare services are very strongly affected by the wave of new public management but I wouldn't say that's a particular reform, it's more a way of thinking, an idea that has been spread from some other areas which of course... so I have studied homecare for many years and traditionally you got a homecare worker coming to your house and you'll get to know her, you'll have the same person coming more or less every time she comes, he or she, and she knows what your habits are, she gets to know you and has enough discretion in her work to actually see, well, I can see that I should help you with a shower today but look the sun is beautiful, let's go out for a walk and we take the shower tomorrow, so that was absolutely possible in the previous system but since once one has opened up for private providers, you want to make sure that the private providers actually do what they are supposed to do and your needs assessor make a very strict... these are the task that has to be done and they make sure that the shower is actually carried out when you have much to take away the discretion, the autonomy of the care worker and then the care worker cannot meet the elder person's need in the same way, so the kind of more strict planning of the work or the care worker, it is related to the opening up for private providers but it's not immediate, it's not a reform in that easy way of thinking about it, you can't find policy document that says that these is the reform that has to be done.
00:30:33	S1	What do you mean is to be more efficient, you know, just only not have the freedom to...?
00:30:43	S2	It is about efficiency, it is about meeting to make sure not to exceed the budget but it's also an aspect of control to make sure that therefore the private company actually provide the services that they are paid to do, was our system was very much based on trust. Homecare workers trusted... all the people trusted the services, we have... I don't know if you have come across it but we used to say there's really a high level of trust and if you open up for markets, for private providers in the trust based system, there are some problems and then, I mean more market, more regulation, that's the general term, so we can see that. So, there are kind of unintended consequences for reforms, yes, put it that way.
00:31:33	S1	So, could we say that there is a restriction in the access to the residential services because they are more expensive than the domiciliary or homecare? And also do you think that there has been a refamiliarization?
00:32:03	S2	Yes, absolutely.
00:32:04	S1	In which sense?
00:32:05	S2	In the very simple sense that we can see that... because we have a regular survey to all the people carried out by Statistics Sweden and one of those things that I thought I would send you is an article on that and we can see that because they ask; do you need help with this and that? and who helps you? and we can see that since the 80s actually there has been an increase of the proportion receiving help from family, daughters and sons and other family members not living together with the older person, that's the major increase, so with reduced coverage of care service, of homecare and also residential care, we can see an increase of family care, so yes, there is definitely refamiliarization.
00:32:46	S1	So, do you think that there has been an increase also in the cash benefits, in this kind of personal budget or in the...?
00:32:58	S2	No, we don't have much of cash for care schemes in Sweden. We have a history of paid family care, so we have that, so in the 70s, if I don't misremember, I think one quarter or even more of the homecare workers, they would actually employ family members, so family members have been employed, mainly daughters have been employed as care workers but that has reduced, we don't even have the statistics any longer and we have also had a system of getting a cash benefit to the older person who could use it to buy services or not but that's almost also extinct now, so it's reduced in Sweden, we don't have it much today.
00:33:39	S1	But, I thought, if I am not wrong, there were some kind of leave from work or also carer allowance, isn't it?

00:33:51	S2	No, I wouldn't say so, yes, we have a leave from work which in English would be called, I don't know, it's mainly at the end of life care and you don't have to care, so if the doctor writes a certificate that this person is more or less is about to die, has a life-threatening illness, I think that is the word. So if this person has a life threatening illness, if you are in paid work, you can be off work like being on sick leave for altogether 100 days, so 20 weeks, it's very generous and you can take two hours a day or four hours a day or eight hours a day, you can share it between family members, so each one can work slightly shorter to spend time, this can be paid whether the person who is ill is in the hospital or in a nursing home or at home, it's not at all related to care, it is to be there with the person, with a loved one. And I think on average its used by 11 days or something, it's not at all used to the same extent as it could be and it's not used by, I mean I think maybe 100,000 persons die per year, I think maybe 15,000 are using this scheme. But it's important and it's a good scheme and there is no gender trap in it because it's so limited in time, so if you are off work, you would still get your pension points, your work is still waiting for you after the death, you will get back to work. So that is the scheme we have and then we have an emergency leave scheme which is the general all over Europe which gives you the right if someone gets suddenly sick you can be off work, probably, you know, and whether you get paid or not, it depends on the negotiation in which scheme you're at work. But compared to many other countries, we don't have a right to a care leave in the sense being away from work, leaving my job I take care of my mother, my job will not probably wait for me...
00:36:06	S1	And what do you think are precisely the tools for the re-familiarization? What are the mechanisms which contribute to the re-familiarization?
00:36:44	S2	Do you mean how to increase family care?
00:36:47	S1	Exactly.
00:36:48	S2	It's unintended, it's familial, its care, as I say, is of course of familial is by default, I call it coerced familiarisation. I call it, coerced re-familiarisation, so it is nothing that... it's not wanted, the elder people don't want it, they want to receive help from the homecare services, the family carers want to be independent and work. So, it's really happened by... the legislation has not changed, it is very clear in the legislation that family care has to be taken on voluntarily but if...I used to talk about the three A, services have to be accessible, affordable and attractive. So, if they are not accessible, we don't have enough nursing homes or if it's not affordable, you can't pay which is not a problem in Sweden but in many other countries or if the services are not good enough, if they're not attractive then family care steps in.
00:37:50	S1	So, do you think that it is the situation? That the services are not good...?
00:37:53	S2	Yes, absolutely. I mean, I'm convinced about that, so there is no shift in values or family values or anything like that, that could explain, it is definitely a reaction to residential care not being there, now since 2000, before that the homecare services focused on those with larger care needs and those smaller care needs was left to either buy services on the market, pay out of pocket which people with money did or shifting responsibility to family. And now we can also see that family care, family members... the homecare services have more problem than the residential care I would say but I have looked into residential care, not in Spain but in some other countries and I think we have quite good residential care in Sweden, kind of combined privacy and safety and integrity and safety. But the problem is that there is so much, the coverage has been so reduced, it's difficult to get a place as well, you can live at home with homecare, you can get homecare six times a day or eight times a day, the problem is that, it's usually not perceived as safe, the family members are worried that there's so many different people coming in and out and the stay so short and I'm afraid that they might forget something and you feel anxious about that. So, if the alternative is homecare six times a day or eight times day, very many, so then in that situation, family members step in, not necessarily because they want and particularly not because of the older person wants but that's what you're left with, so it's familial is by default, I think that's a good concept, it's care default.
00:39:48	S1	So, regarding to this, do you think you could say there had been a change in the philosophy or the nature in the Swedish system, how do you call this kind of change in philosophy or in the nature of the system in Sweden?
00:40:14	S2	yes, marketisation.
00:40:17	S1	Marketisation?
00:40:17	S2	Yes, the stress on competition, individualisation, choice, that is a shift in thinking but the fact that we have more family care today is not a shift in the way of thinking, it's an unintended consequence that they would've understood.
00:40:34	S1	We now are going to the last part. And maybe the more difficult to say. What factors do you think could explain these changes and why?
00:40:53	S2	Are you thinking about actors or are you thinking about...?
00:40:56	S1	I am thinking about, for example; the pressure of the actors, the politician decisions, or maybe also the crisis, the demographic changes, the globalisation, there are many explanations in the field, but which factors in the case of Sweden do you think can explain the changes which we have been talking about? Do you think that the economic crisis has had an impact in turn in this field or not?
00:41:56	S2	I mean as I said in this last wave of economic crisis, Sweden wasn't particularly hit. In the 90s, we definitely were already in the 70s, there were worries about the oil crisis, you know, so of course politicians have this kind of thinking about... the ageing population is definitely something that has made politicians worried, we are in a bit of a different situation in Sweden because we have now a fairly... we have had now for 10 years, we're fairly stable, we are not ageing as fast as most other countries, we have had already an ageing boom, so to say and we will have one again in 10, 15 years, but for the moment, the post war, sorry actually in the 30s, we had a low birth rate. Sweden has a very shifting birth rates, so per year there are born about either somewhere between 80 and 120,000 children and that's quite a big fluctuation but the 30s we had few children, in the 40s we had many, so those in the 40s are getting to the situation where they need elder care and then we will get a spike in their needs but compared, if you have looked into OECD forecast, Sweden is doing well in terms of what will happen in 20 or 30 years, now, we have fairly high proportion but we also have high birth rates. So as long as we have high birth rates and a fairly generous migration policy which is actually changing but still then in comparative terms, we are better off than many other countries but politicians often think about an aging population as a problem, so in their mind they are worried about...we have to cut back on elder care because we have other care needs and we have other needs, so the aging population is actually in people's mind a reason, I would say but I think it shouldn't have to be like that. There is in the early 1990s during the recession, the

		Swedish unemployment went up from under up to 8% which is still not very high in Spanish comparison I think but it was a very drastic increase in the early 1990s, at the same time when we took more than 100,000 refugees from ex-Yugoslavia, so that was a time when local politicians were quite worried about how to making ends sweet and that was a time when these ideas about competition, we'll make it cheaper. So, in the early 1990s, these ideas came as a kind of something as a promise to politicians, oh, let's outsource the nursing home, let's open up for competitive tendering and outsource the nursing home to the lowest bidder, and that happened. So, in the early 90s, not very many but some municipalities jumped on that promise and then they outsourced to the lowest bidder which always was big company and these big companies are the foot hold in Swedish elder care and they are actually changing politics because they are big companies and have big voices, loud voices and they are affecting politics. So these things I think a fear of aging population, the economic crisis in the early 90s opened up for competition, invited the large corporations who got a foot hold and now they can affect politics, so that's one way of thinking about it but I wouldn't say that this more recent recession, we were not so affected by it, I would say, we have still a fairly high unemployment but it's more about the mismatch and if you look at it, I think the main reason why we have a high unemployment today is that we have so many recently arrived migrants and refugees, so if you look at those who are born in Sweden or who have lived here for 10 years, they have very low unemployment, so once the people who have now arrived got integrated, we will again I think have a low unemployment but of course, we don't know.
00:46:37	S1	But you told me at the beginning that you think that for example in other fields like disability has been produced the opposite effect, why do you think it's...?
00:46:54	S2	Why we got this more powerful legislation for disabled people in the 1990s? It's a bit difficult to say because it happened during the recession, we wouldn't have expected that that would happen, I think when the law was implemented... or actually I know when the law was implemented, one didn't expect that so many people would be covered by the personal assistance scheme. There were calculations about how many people and how many hours and since that it has increased both the number of people and the number of hours and now the government has tried to stop that increase with actually very rude methods I would say so now, actually not the government but the authority, the health [inaudible 00:47:41] the National Healthcare Authority maybe, who actually makes those assessments, so now they are cutting back very rapidly on this scheme but that was a quite costly scheme but I think the reason is, it was of course lobby, lobbying was important.
00:47:58	S1	Lobbyist?
00:47:59	S2	Yes, the disability organisations have been much more powerful lobbyist.
00:48:03	S1	In the last years is what you mean?
00:48:05	S2	In the 90s, absolutely.
00:48:06	S2	Yes, powerful lobbyist for good reason, I mean they had this argument that we had the right to live like others, a life like others was the kind of slogan.
00:48:16	S1	Yeah, promotion and integration?
00:48:19	S2	Yeah, absolutely and that's a good reason but if you need help or the personal assistance scheme we have as I say were generous, on average, you'll receive 120 hours per week, so that's more or less fulltime, a person in fulltime and of course that's costly but the alternative would be being in some kind of long-term care institution and I don't want to be there, you don't want to be there, so this is the option for people who are younger and argue the right to live like others. But it was powerful actors or some coincidence to actually... I'll send you one article that touches up on that but also that one didn't expect that it would be... I think the idea was that it would be a small group and one didn't think about it being a very costly reform and when the politicians realised that it was so costly and actually also the big companies are changing because they are also acting of course on behalf of the users, so one of the big companies they have a number lawyers employed, so if you have a disabled child, you would probably talk to the lawyers before you approach the local authority, so they are of course acting on behalf of the users but they are also acting on behalf of their owners. So once you have opened up, you have also those kinds of forces but its part of an international marketisation wave that it's risen, partly this very generous disability reform partly worries about an aging population that actually is less. Yeah, but I would say particularly the fact wherein terms of elder care that other groups got stronger rights and because of the legislation is not very strong for elder people, so its weak universal the kind of...
00:50:29	S1	I forgot to ask you before, do you think that for example that the work force, the labour market have been changed for example in some countries, there has been introduction of migrants, yeah, I don't know if here that also happens.
00:50:58	S2	I mean it depends on what you mean; we don't have what you have in Italy and in Greece and other countries.... In Germany also but where people are employed to work directly in the older person's home, paid by their family or paid by the user, that does not exist, I would say, at all. But if you look at who works in the elder care sector, yes, there's an increase in migrants but they don't come to the country to work as care workers, that happens also in many countries but in Sweden it's rather... because of our refugee politics and migration politics, people end up in the country for other reasons or family reunion and find it difficult to get a job but find that the elder care sector isn't an arena where they can get a job, so in the elder care workforce in general and also the disability personal assistance, people born outside of the country are over represented definitely because I think there are like 16%, 17% people born outside of the country and in the population we have 20 something in the workforce but in a big city area like Stockholm, half of the workforce is born outside the Nordic countries which was definitely more people but they are employed in the same way as the proper....
00:52:11	S1	Are they in the private or in the public sector?
00:52:16	S2	Both, we do not see any difference. No, they are in both. And they are unionised more or less to the same extent and they have the same working conditions and employment conditions but the fact that they are there is because they have found it difficult in general to get a job and these jobs are not very attractive and they are less so over time.
00:52:42	S1	So, to sum up, we could say that the economic crisis has not affected much in the sector?
00:52:58	S2	No, I would say that I can see an effect of the crisis because not so many people have lost their jobs since 2008 in Sweden. It's very different from the 1992 crisis, so I don't think I could say that we have seen a consequence of... of course if there would be fewer unemployed people in the municipalities, there would be more people paying tax, we would have more money in elder care, so very indirectly but I think this hasn't... it happened in '92 and since that we

		haven't really have been able to push down the unemployment, so no, not in the more recent... which is interesting in a way in itself but Sweden has not been so effected by the crisis.
00:53:48	S1	So, thank you very much for your time...

Transcripció 29

Podries explicar-me quines són les teves funcions com a treballadora social de l'àrea on treballes?. Com està organitzat el teu departament i els canvis més significatius que s'han donat durant el desplegament i l'aplicació de la LAPAD?

En quan a la organització del servei la veritat es que venia ja donada des dels inicis i es basava en l'atenció a les persones però per acumulació de feina, és a dir per un gran número de sol·licituds de dependència i de persones que eren dependents i que tenien dret a obtenir dret o prestacions en aquell moment. I la pròpia organització es va donar des de baix, amb tota aquesta invasió de demandes de les persones i per a atendre-les. Es va donar un gran bloqueig d'una llista d'espera de dos anys i d'aquí va començar una organització, no hi va haver-hi una organització estructurada, pensada en les conseqüències de les sol·licituds, quins serveis es necessitaven, sinó simplement de atendre a la llista d'espera que hi havia de dos anys, aquesta va ser l'objectiu del servei, atendre les persones, atendre-les, començar a fer els PIAs, sense estudiar, ni baremar, ni preveure quins recursos eren els que més es demandarien, ni el que podria sobrevenir que després ho vam veure.

La organització va venir donada pel volum de feina i per la demanda, la prioritat era atendre, atendre, atendre, lo de fer el seguiment això era i és complicat. Era atendre les persones i fer el pia. Inclús una de les coses principals, inclús una dels coses principals que és anar a veure a domicili a la persona, això va estar eliminat, pel volum de persones que havíem d'atendre. El volum de pies que teníem que fer administrativament. Amb la qual cosa, les visites domiciliaries per veure in situ als dependents, la situació, el cuidador, com es podia atendre, fer un anàlisi de com es podia tenir cura d'aquesta persona, això es va eliminar radicalment, perquè teníem les persones al despatx, inclús no veiem al dependents, només veiem als cuidadors, tela, tela, tela!!!!

Això va ser fins al 2012, després de finals de 2012 el volum de demandes va disminuir i ara si que hem plantejat anar a veure a domicili a totes les persones, des de mitjans de 2012, anar a veure totes les persones a domicili, no des de març de 2012 i intentar dels PIAs ja realitzats fer el seguiment al domicili i fer almenys una entrevista a domicili.

A veure ens hem trobat en situacions molt greus, no en tots els casos però si per exemple en un 20 per cent dels casos ens hem trobat en situacions que el cuidador no era l'apropiat. I no ens assabentat per l'entrevista que em mantingut amb el cuidador, o pel seguiment telefònic que hem fet, sinó que ens hem assabentat per situacions de risc que s'han donat que ens han donat l'alerta des de primària, des de sociosanitari o des de l'ABS o des d'una altre familiar que ha vingut a dir que, bueno a donar l'alerta.

Els canvis són bàsicament els produïts per una qüestió econòmica i els canvis són, es que és molt primària la situació, és molt primària. Els canvis són reducció econòmica i punto: reducció de serveis, reducció de prestacions econòmiques perquè no hi ha diners per sufragar. No hi ha serveis, no hi ha prestacions econòmiques, reducció de prestacions econòmiques que ja es donaven, des de, si abans en un període de 4 mesos ja podien estar cobrant prestacions econòmiques, ara això s'ha ampliat a 9 mesos. Els canvis principals són en retallades econòmiques i amb els serveis també. Per exemple ajuntaments que donaven gratuïtament el SAD els han fet de copagament, amb la qual cosa moltes famílies s'han donat de baixa, i aquella persona es queda sense servei. Perquè ells mateixos renunciaven al servei, però no perquè no els hi faci falta, tenen que fer un pagament i no accedeixen o no volen, o no poden. Hi ha famílies que no volen, però n'hi ha moltes que no poden pagar el cost del copagament. A veure és una desatenció... no és una desatenció total, però la qualitat del servei ha baixat moltíssim del dependent. La qualitat d'atenció ha baixat, i a més a més, s'han generat durant anys una expectativa de que el cuidador podia tenir unes prestacions a nivell de seguretat social, de cotitzacions a la seguretat social, això s'ha eliminat s'ha eradicat, aquest benefici ja no el té el cuidador i a demés d'un benefici econòmic, acompanyat també de prestacions de serveis, de SAD per exemple, amb la qual cosa també el cuidador podia tenir espais de descans, curtes, però a lo millor podia tenir espais, 2, 3, 4 hores setmanals però tenia possibilitats de descansar, aquestes expectatives que s'havien generat i que s'havien fet reals els dos primers anys, potser, o 3, ara se n'han anat d'un "plumazo", i la qualitat, és a dir, el cuidador ha viscut en detriment, tot això a més per ell mateix, totes les retallades en dependència les han viscut en detriment d'ells, i a més a més, la situació de crisi que segurament aquest cuidador, que segurament aquest cuidador té afegida, tot això està repercutint moltíssim en la cura dels dependents, en un mal estar anímic del cuidador, en una impossibilitat de poder accedir a totes les hores a cuidar al dependent, a tenir que fer recerca de feina el cuidador, i alhora ocupar-se del dependent. A tenir que utilitzar inclús la pensió del dependent per a mantenir la família del cuidador, clar tot això a sigut brutal

Quan una persona necessita plaça pública en el seu entorn que és el més adequat pot trigar 4 per dona, i si es per home 2 anys o 2 anys i mig, aquí a Badalona

Les problemàtiques a les que m'he referit han estat per tots dos dependent i cuidador. Les retallades han perjudicat a ambdós. Es clar la situació del cuidador repercuteix en la qualitat de l'atenció al dependent, clar no és una situació de maltractament directament, sinó que és una situació de maltractament social, de maltractament de les institucions, maltractament institucional de les institucions cap al dependent.

La manca de recursos està obligant a moltes famílies a viure situacions precàries que s'estan normalitzant, s'estan normalitzat, perquè situacions de crisis de tothom ho veiem ja normal aquesta precarietat.

Jo crec que s'ha tornat una mica a la situació de manca de recursos anteriors a la dependència, inclús pitjor donada la situació de crisi global, doncs, perquè ara veus normal que una família estigui vivint a una habitació amb dos fills, clar, això ja no és greu, això potser que dintre d'un estrat social és precari però normal, no és d'alt risc, seria vulnerable, però no és d'alt risc, una situació d'alt risc és una persona al carrer, o en el cas de la dependència, una situació d'alt risc seria una persona sola amb grau III. Ara mateix si la persona no es troba en una situació d'alt risc de desaucci total de cura no és urgent. Llavors una altra cosa, no tothom té accés a la dependència, per exemple una persona dependent però que estigui valorada, perquè no té accés al circuit, o no ha entrat al circuit, no pot accedir tampoc als recursos. Quan la situació é de molt alt risc, es a dir quan una persona té grau II o III però no té, no pot viure, no es pot fer el menjar, en un servei de SAD no es pot mantenir en el domicili, llavors s'intervé a través del jutjat...(..)

PROCEDIMENT EN EL RECONeixEMENT DELS DRETS

- Retards i llista d'espera per a la valoració, resolució i elaboració del PIA.

Actualment això està bastant normalitzat.

-Espera en el cobrament prestacions/disponibilitat del servei públic.

El que hi ha retard és a nivell econòmic i dels serveis, la prestació econòmica era el més fàcil i ara és el més difícil, abans com no hi havia serveis hi havia prestació econòmica ara no hi ha ni una cosa ni l'altra.

Al principi no hi havia cap problema pels serveis de SAD, ha estat després que se'ns ha dit no, "no se pone una hora más". Els casos crítics els hem plantejat, no tots, nosaltres mateixes, hem intentat trobar la solució amb la família, "amb no sé qui, amb no sé quantos" a veure si, i mira, va, en comptes que a casa, a la residència o centre de dia,... casos que a lo millor podrien disfrutar en el seu domicili, va vengà, va a residència, punto se acabo. Perquè pots tenir un pas intermedi d'una persona que està a casa amb un SAD, i "dejemonos estar de cuentas que mejor que en casa en ningun sitio, ni en residència, ni leches". Els casos que hemos "elevado con informe" per demanar un SAD nosaltres mateixes els hem betat entre nosaltres per qüestió de frustració, "para que lo voy a pedir?, para que me digan que no?". Pues no ho faig. Hem fet informes, hem fet informes para els casos que es podien tenir en el domicili amb SAD temporalment.

-Retards en el desplegament global del sistema.

Jo crec que el que està es aturat el desplegament, aturat més que.. Si que des de que va començar, jo des del 2011 fins al final del 2011, la veritat és que tenia moltes esperances de que fos una bona llei, que potser l'havíem iniciat molt a corre cuita per atendre, vengà, vengà va, però jo tenia expectatives, jo a l'igual que tothom, tota l'estructura de serveis socials, els tècnics, tothom, i els dependents també però bueno esta situació de retallades és la que l'està desmuntant. Tothom el que parla és de que s'està desmuntant la llei de dependència

-Manca d'adoneïtat del barem de valoració en la seva aplicació per a tots els col·lectius de dependents.

Bé al principi, el greu problema del principi va ser dels malalts mentals, això jo crec que ara ja començava a tenir-ho més clar, de com baremar-ho, però clar el moment de crisi no hi ha els recursos per a aquestes persones, però concretament el tema de baremació va ser que no va estar pensat pe a malalts mentals, però a partir del 2010 ja es va començar a tractar més aquest tema, jo crec que si hagués continuat la llei desenvolupant-se estariem en un moment acceptable per a les persones malaltes mentals.

Després hi ha per exemple persones amb grans dependències físiques, la figura de l'assistent personal ha quedat com a projecte pilot, només per a aquelles persones que van funcionar en el projecte pilot, no s'ha desenvolupat, s'ha quedat tal quan. "todo es una cuestión económica", tal qual. Perquè el projecte era bo i el resultat que donava a la pràctica ECOM va demostrar que era un bon resultat. Un tetraplègic necessita un assistent personal, però es que són moltes hores, un tetraplègic que vulgui viure sol, o una persona en cadira de rodes que tingui només mobilitat al braços, extremitats superiors, però no a les interiors que vulgui viure sol necessita un assistent personal per a moltes activitats de la seva vida diària per a moltíssimes, i això és un cost molt elevat, perquè tampoc no ho pot fer qualsevol persona, no fa falta que tingui uns grans estudis però si que ha de tenir una preparació específica que no ho dona una TF. A més no es pot canviar aquest assistents com fan en les TF. Resumint les principals problemàtiques han estat la tardança de les avaluacions a l'inici i ara amb el tema de les retallades en les prestacions i serveis.

reformes en la provisió de les prestacions i serveis?

Moltes prestacions de cuidador no professional han anat a parar a l'economia submergida. Jo personalment crec que ha estat, això és un joc pervers, però que bueno, penso que, o "quiero creer", que en els casos que ens han passat per davant si que la veritat valia la pena, que aquests casos fossin d'economia submergida perquè no tenien un altra solució, perquè sobretot han estat famílies o fills o cosins o família llunyana del dependent que l'única sortida que han tingut era aquesta, ja estava el servei posat sense contracte, una persona que cuidava en el domicili sense contracte, i que, això del cuidador no professionals els hi ha donat la possibilitat de mantenir-ho, però la veritat és que aquests casos no han estat de risc, s'han contingut gràcies a això. Ara no sé si això continuarà, perquè hi ha dones autòctones amb fills que estan a la busqueda de gent gran per a anar a viure amb elles, però amb els fills, i això és difícil, això és difícil, sí, sí, són casos de dones soles, divorciades, monoparentals que tenen una greu dificultat econòmica, els pirms els hi ha passat ja els 6 anys, que no els hi arriba el diner per al lloguer que estan a punt del desauç i que estan buscant gent gran per anar a viure amb ella, però clar es molt difícil que un avi accepti viure amb 2 o 3 fills en el seu domicili. Potser a la millor arribarem a això perquè econòmicament pot ser beneficiós per totes dues parts.

En quan als serveis, això vol dir que els ajuntaments paguen la meitat d'aquests serveis o que una part dels serveis, i els ajuntaments no tenen cap partida per cobrir els serveis domiciliaris. Amb el qual, les administracions locals al donar serveis en lloc de prestacions econòmiques s'estaven enfonsant, era de locos, era una mala quadratura, jo ho entenc. O sigui tu li dius als Ajuntaments que han de fer la tramitació dels PIAs i els hi recomanes que l'excepcionalitat ha de ser la prestació de cuidador no professional i per tant els hi està recomanant que tindran que gastar diners en prestació de serveis i no els hi dones una partida de diners per pagar aquests serveis. Per això des de les entitats locals el que s'ha donat de forma prioritària és la prestació de CNP, La generalitat no dotat econòmicament als Ajuntaments perquè aquests puguin pagar i oferir serveis domiciliaria, si que hi ha una part, però jo d'això ho entenc però si que ens explicaven que la llei de dependència no ha dotat uns diners per poder oferir aquests serveis de SAD principalment. Els menjar per exemple no entren dintre dels serveis de dependència, el servei de neteja sí el TF, també, la teleassistència també, coses de bugaderia no entren, hi ha ajuntaments que ho tenen, però dintre de la llei de dependència no està ni menjar a domicili ni serveis de bugaderia, si tu tens una persona per exemple, un malalt mental a casa, el pots tenir bastant controlat amb el SAD i amb aquests serveis, el que feiem és que si se li feia un servei de SAD se li fa un pla de treball que inclogui servei de cuina, posar rentadores,...però amb problemes. Però es clar, és que tu tens a lo millor un sad de 3 hores a la setmana, es clar 3 hores a la setmana al final li acabes dient mira la dutxes dos dies a la setmana i el dia que et queda al mig li fas coses de menjar. Es qüestió de retallar es tot retallar en serveis, és subsistir bajo mínimos.

A l'inici es van fer molts pies de sad, i podien ser de màxima intensitat perquè es valorava que no era adient un PIA de prestació econòmica, això ho podíem imposar, el criteri tècnic el podíem imposar nosaltres a la família, però ara quan s'ha fet de copagament és molt més difícil, perquè clar, com imposos la valoració professional si han de pagar.

Organització cooperació i finançament del sistema

lo que trobo en aquesta llei és que es va iniciar molt de base sense una estructura organitzativa, per una part que es de lo que moltes vegades ens queixem, Bueno que ha de ser de base i tal, es va iniciar molt des de base perquè era atendre a les persones però clar, després de la crisi i totes les retallades però jo crec que també em comès alguna cosa perquè, algun error, perquè els tècnics hem estat allà directament no hem fet, per una vegada que s'estava desenvolupant una feina perquè els de dalt no tenien idea, no hem sabut transmetre com s'havia d'estructurar. A veure evidentment, les retallades, la crisi econòmica, el país, és un "crack", és un "crack", però tota la informació de com està funcionant

de com s'està visquem des de baix, tot aquesta informació jo sí que crec que s'ha demanat puntualment, que els importi o no és una altra cosa, vale?, però sí que s'ha demanat per interès polític o per, bueno per "número de ciudadano hay que atenderlo", però jo crec que hem fallat, no hem sapigut estructurar i dir com s'havia d'estructurar i posar límits també nosaltres, ja que estàvem fent una feina tant des de la base, no hem sabut posar límits. És una qüestió de frustració, amb el tema de la manca de recursos dius, para que lo voy a decir?, para que me voy a enfrentar? Estoy bien con està família, parece que estan contentos. Però tècnicament no lo estas haciendo bien, y lo sabes. Llavors per protegir-te a tu, dius, cap a la residència!!.

Transcripció 30

PART I

PERFIL PPROFESSIONAL I DE L'ENTITAT

1. Podries presentar-te breument? Com està organitzada l'entitat on treballes i quin és el perfil de les persones que ateneu?

Sóc diplomada en logopèdia. Després d'estudiar la carrera vaig fer diversos postgraus i em vaig centrar sobretot amb els problemes de llenguatge en l'envelliment i demències. Després de fer aquest postgraus em va sortir la possibilitat de treballar en l'associació onestic ara, que és l'associació de malalts d'Alzheimer de Gavà. Aquí vaig començar com a logopeda. I després, poc a poc, tant la psicòloga com jo vam crear un centre terapèutic on fem estipulació, no és un centre de dia, eh? És un centre terapèutic per a l'estimulació als malalts. Ara actualment jo sóc la directora, com és una associació formo part de la junta. A més a més, formo part de l'associació Catalana de malalts d'Alzheimer ant d'aquí de l'Ajuntament i participo al Foro de la gent Gran d'aquí de l'Ajuntament de Gavà. Nosaltres tenim el centre d'estimulació, també portem atenció a domicili, atenció psicològica per a tots els socis i ara, a part, fem atenció individualitzada. L'associació Catalana de Malalts d'Alzheimer és un tema més polític. És a dir, és un tema més de defensa social dels drets, i de les necessitats a nivell polític, sí.

PART 2

REFORMES

1. Si us plau, podries dir-me quins han estat els canvis o reformes legislatives més significatives en la Llei de la Dependència (LAPAD) des de 2008?

Sí que és cert que anteriorment a la Llei de la Dependència no hi havia tantes ajudes teòriques, val? Com la Llei de Dependència ens pot donar, però també es cert que la Llei de la Dependència va començar fort, val? Però la realitat d'avui en dia no és aquesta. Què notem nosaltres? Notem unes grans, grans, grans llistes d'espera, per tot, per tot, o sigui. Tu en el moment que un associat nostre, parlo dels nostres associats, als qui recomanem que vagin a tramitar, o els ajudem a tramitar, o que vagin a tramitar els papers de la Llei, passa mig any perquè rebin una primera resposta. Clar passen 3-4 mesos, mig any. El tema és que triguen uns 4 mesos en fer la valoració, després de la valoració tenim una mitja de 5-6 mesos en la que reben la carta on se'ls hi dona el grau i a partir d'aquí des de que l'ajuntament els truca per fer el pia poden passar fàcilment 2 mesos més. Ens en anem a un any en global, val?. Comencem el PIA. Jo ara et parlo de Gavà, val? Que és ei que jo més domino, Gavà, Vegas, Sant Climent, Que ens estem trobant, avui, eh? Que la gent que agafa l'opció d'ajuda econòmica, triguen 2 anys a rebre la primera ajuda, val? La gent que agafa el SAD triguen uns 4 mesos a rebre l'ajuda i després esta el tema del CD que sí que hi ha una llista d'espera mitjanament curta, 3-4 mesos, però les residències estem parlant de 3-4 anys de llistes d'espera. Doncs realment l'ajuda no és efectiva. Jo crec que la Llei generalment és molt bona i que cobreix molt les necessitats, el problema és que la realitat no és aquesta i que les ajudes arriben moltes vegades quan ja no es necessiten. Parlo en la malaltia en la que treballo, val? Nosaltres de seguida que es fa la Llei de la Dependència i queda aprovada en un grau 2, ja els hi diem que els apuntin per residència (en grau 1 només es pot accedir a CD). Però sí que es cert és que nosaltres prioritzem l'estimulació, que a un CD no es dona. Llavors la gent que té un grau 1-2 el tenim nosaltres al centre, fem estimulació, amb el mateix horari, é privat, tenen que pagar, una quota mínima. Nosaltres rebem subvencions, però és una quota, al final, quan ja nom poden fer estimulació, nosaltres fem una derivació, quan veiem necessari el canvi, normalment donem un temps i ho fem coincidir quan arriba el moment que els hi donem la plaça pública. De moment són 3-4 mesos. Crec que, de les ajudes, és la més ràpida, perquè tot i que el Sad també són 3-4 mesos, la necessitat és més immediata, , quan ells demanen un sad, el demanen per ja, en canvi CD es demana més al futur, de vegades em de dir que no, saps?

Quins altres canvis destacaries i com creus que han afectat a les següents àrees?. Accés al sistema: Procediment (avaluació- resolució- PIA) i criteris d'elegibilitat o valoració. Accés als serveis i prestacions: Llistes d'espera en l'accés prestació.

Sé que ara, aquest novembre, desembre s'estan pagant per exemple les ajudes econòmiques del grau I de gent que ho va demanar fa 5 anys. Els efectes retroactius que són una quantitat bastant elevada, perquè aquesta gent no ha cobrat mai. Jo crec que tot té molt a veure amb la política i ara, la situació que viu Catalunya ara mateix, ja que tothom pugui "bazar a su favor" com aquell que diu, i ara des de ...Bueno, jo crec que el 155, ara fa que el PP estigui intentant guanyar vots. I la població de gent gran és una població molt elevada, i si justament ara reben aquestes ajudes, quan la Generalitat no les ha pogut pagar fins ara, pues segurament sí que els hi donin més vots. Però Bueno jo crec que tot és un tema polític, segurament a partir del 21 de desembre es deixaran de pagar... És a dir hi ha aquí un tema polític que intervé molt, ara mateix tenim la Generalitat intervinguda, nosaltres et puc dir que estem patint, totes les entitats socials estan patint molt, aquests 2-3 mesos que portem així estan sent durs, saps? Pensa que hi ha ajudes que no ens arriben. No és el nostre cas perquè es cert que no ho necessitàvem, però hi ha entitats que ho han passat molt malament. Aquests 30 dies de diferència han sigut durs, i a més a més és la incertesa, perquè nosaltres tenim molt clar que amb la Generalitat què, quan i com. Només et dic que la setmana passada van sortir les bases que no la convocatòria de la subvenció de salut de la Generalitat de 2017. Encara no ha sortit la convocatòria. Anem amb un any de retard, a sortit ara justament, jo crec que tot és un tema polític, no hi ha més. Vale?

Quan a ajudes, sí segurament, Bueno això estic segura, no hi havia diners, no sé per perquè, vale? De fet l'estat diu que sí que donava l'ajuda de dependència a totes les CCAA. Però sí que és cert és que Catalunya porta un retràs molt gran, i no et sé donar una raó, potser els fons anaven cap a una altra banda, que segurament també era necessari i no estic parlant del procés, eh? Hi ha hagut moltes retallades, en dependència i en serveis. Jo podria confiar en què Madrid ha enviat els diners, però també és cert que els d'aquí diuen que no els han enviat. Bueno jo crec que al final la realitat és la que és i qui ho sofreix és el malats, el dependent i la seva família?

Llavors tu el principal problema que has vist és la manca de finançament, la manca de diners?

Clar, clar, el pressupost destinat a la dependència no és suficient i realment no veig que la gent que té aprovada la dependència no la necessiti, crec que tothom la necessita i les valoracions estan ben fetes. No estàvem preparats a nivell de serveis en aquell moment, ara menys, perquè hi ha les mateixes places, amb molt menys professionals, no s'ha augmentat en res tot això. Econòmicament no hi ha el pressupost, i no hi serà mai, es duen tants diners en relació la LAPAD que és impossible arribar a zero, saps? Jo crec que el tema aquí és el pressupost destinat a temes socials.

Tu creus que hi ha hagut canvis en el que és el barem des de l'inici, o no?

Nosaltres amb el nostre camp no l'hem notat. Creiem que la gent està ben valorada, sí, jo et parlo del camp de l'Alzheimer. Sí que és cert que les persones que rebien prestacions econòmiques se'ls hi va baixar una miqueta, però quant a les valoracions de grau i nivell no vam notar res (...)

Així podem dir, resumint, que es dona una problemàtica important de finançament, de manca de diners, que ha fet que hagi un endarreriment important en l'accés. Així tu creus que realment ha canviat la naturalesa del sistema, podem dir que ara és més universal? Més garantista?

Un sistema universal no ho sé, però el que sí que és veritat és que la gent rep més ajudes que abans. Això és cert, haver-hi, n'hi ha, però el que passa és que arriben moltes vegades tard; no arriben en el moment que es necessiten realment, però haver-n'hi, n'hi ha.

PART 3

FACTORS EXPLICATIUS

Per tu, quins creus que serien els següents factors que poden explicar els canvis implementats i per què? - L'increment de les necessitats de les persones; Les pressions ciutadanes per obtenir millors cobertura de llurs necessitats; Les decisions en l'esfera política i institucional; La influència de les polítiques europees; La crisi econòmica o altres factors econòmics com la globalització; o altres?

Jo és el que et dic, crec que la teoria és bona, però crec que el pressupost, el que es comptava en la forma inicial, no es va fer bé. És a dir, no hi va haver-hi una bona planificació de les necessitats.

A nivell polític potser hi ha coses més importants, que no són temes socials, i hi ha desviació de pressupost envers una altra banda, i no et parlo de les CCAA, parlo més a nivell central; perquè el problema que tenim a Catalunya també el tenen a fora d'altres necessitats. Potser no hi ha una llista d'espera tant gran, però també hi existeix, saps? Jo crec que lo que realment es diu que es dona, no es dona la quantitat sencera, hi ha una manca de finançament des del govern central.

També, crec que aquí "nos vendemos al mayor postor" i aquí ja entrem en temes de qualitat, eh? Aquí tot val, saps? Llavors hem passat de tenir unes bones residències públiques, amb uns molt bons serveis, i que amb el temps han d'entrar en concurs de qui les gestiona, i aquí no gestiona qui té un millor programa, sinó el que més econòmic ho fa, i al final fer-ho més econòmic vol dir, no tenir el personal adequat ni suficient i per tant no poder cobrir les necessitats de la gent que tu tens en aquesta residència o que hauries de tenir per places i no les pots agafar, m'explico? Jo crec que és un tema que a nivell polític no es coneix, realment les necessitats directes, i que no es tenen en compte aquestes necessitats i llavors es pensa, amb aquest pressupost s'ha de cobrir, i ja està.

I tu creus que la crisi econòmica ha afectat, o no?

És que la crisi econòmica, és que no ho sé. La crisi econòmica, els que més l'han patit són els malalts, perquè ells són els que no veuen augmentar les seves pensions. Ells són els que han de seguir alimentant ho buscant un SAD privat o buscar un centre privat que puja de preu, no? Perquè tot això puja de preu i a nivell de la Generalitat o l'Estat, segurament que han notat la crisi; però notar la crisi en el seu món vol dir que en lloc de finançar o pressupostar més en temes socials, pressupostes més en rescatar un banc...

Llavors tu què creus? han influït més les decisions polítiques o la crisi econòmica?

Jo crec que el que va idear la teoria, un deu. Però després el desenvolupament o són capaços de tirar-lo endavant. També crec que tota la situació econòmica actual, i la de fa uns anys, segurament que s'ha tingut que reduir en tot els àmbits val? I a nivell europeu pues les decisions polítiques i econòmiques també afecten a Espanya, Catalunya, també, però jo crec que bàsicament, en un principi es va fer malament el càlcul; ja es va començar malament i no són capaços de tirar-ho endavant de forma correcta, i el tema polític crec que ha fallat més que res.

Transcripció 31

PERFIL PPROFESSIONAL I DE L'ENTITAT

Entrevistador: [00:00:05] Por favor, puedes presentarte brevemente ¿tu profesión, entidad para la que trabajas, etc.?

Entrevistado: [00:00:19] Plena Inclusión, yo trabajo en Plena Inclusión, soy la asesora jurídica. Plena Inclusión es una organización representativa de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que tenemos implantación en toda España. En las 17 comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas y además tenemos tres socios a nivel nacional que son la Asociación Española de fundaciones tutelares, AIS, que es una patronal de centros especiales de empleo y Especial Olympics que es una asociación dedicada al deporte inclusivo, al deporte de las personas con discapacidad, pero en entornos inclusivos. Representamos aproximadamente a unas 140000 personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, 239000 mil familias, 40000 profesionales y 4000 mil voluntarios, aproximadamente, las cifras son estas, somos una confederación estatal. En Catalunya se llama Dincat Plena Inclusión Catalunya

Entrevistador: [00:01:40] Cual es el objetivo principal de Plena Inclusión

Entrevistado: [00:01:52] Nuestra misión es lograr la plena ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. La misión es que cada persona pueda tener una vida de calidad plena y que se respeten sus derechos como ciudadanos, ¿no? Que sean ciudadanos de pleno derecho en igualdad de condiciones con los demás. Esa es un poco la misión de la organización y es para todas las personas, no solamente representamos a las personas que pertenecen a los servicios de las organizaciones de Plena Inclusión. Representamos a personas con discapacidad y sus familias con discapacidad intelectual o del desarrollo. Y luego, nosotros, asimismo tenemos programas también vertebremos a las federaciones y luego hacemos pues nuestra labor a nivel de incidencia política y legislativa a nivel estatal, pues bueno un poco lo que tiene que ver con el ámbito nacional.

PART II

REFORMAS

Entrevistador: [00:03:36] La segunda parte es sobre las reformas. ¿podrías comentarme las principales reformas que tú crees que ha habido en el Sistema de Dependencia desde 2008 hasta ahora?

Entrevistado: [00:04:34] Yo creo que, a ver, yo ahora mismo tengo sobre todo en mente la reforma del año 2012. ¿Vale? [00:04:45] la reforma de 2012 [2.5] yo creo que es la más importante, independientemente de que luego haya habido otras reformas, que supone un cambio importante en el planteamiento del sistema. Primero, [00:05:06] los recortes económicos, [2.4] en que desaparecen los niveles, en que los cuidadores en el entorno familiar [00:05:21] pierden la Seguridad Social, [15.8] pasa a ser algo voluntario y que tiene que pagar la persona, si así lo considera, ¿no? Establece el [00:05:46] régimen de incompatibilidades a [1.6] nivel estatal también, y luego se establece una [00:05:52] prórroga en grado I. [2.1] Digamos, se establece una dilación en el grado I. Se había fijado una fecha, porque la implantación del sistema es progresiva, y se había establecido una fecha para que el grado I se implantara, y se dilató la fecha, no, pasó a ser hasta el año 2015. Luego se [00:06:19] reduce la intensidad de los servicios. [1.6] No sólo es el tema económico, sino que se reduce la intensidad, por ejemplo, de la del Servicio de Ayuda a Domicilio. La bajada es significativa. Luego en ese momento había [00:06:37] retroactividad en las prestaciones económicas pero se aplaza el abono [6.6] y [00:06:45] se amplía el plazo para pagarlo [1.8] y por ejemplo se establece una [00:06:48] condición suspensiva en la prestación de cuidado en el entorno familiar de hasta dos años, [8.0] creo recordar, la condición suspensiva lo que significa es que si a mí me conceden la prestación de cuidados en el entorno familiar en el 2014 con esa condición suspensiva pueden empezar a pagármela en el 2016. Es una cuestión distinta de la retroactividad.

Entrevistador: [00:07:33] Porque la retroactividad en principio también la habían suspendido. ¿No?

Entrevistado: [00:07:38] Bueno, en el 2012 se elimina la retroactividad, [2.0] se elimina, por lo menos [00:07:45] en la prestación de cuidados en el entorno familiar. Se establecen diferentes cuantías económicas, también, se reducen, sobre todo significativamente se reduce la de cuidados en el entorno familiar. [2.0] I se hace una diferencia entre, o sea, se mantienen unas cantidades para las personas que tenían determinado grado y nivel y se establecen otras diferentes para cuando solamente hay grado. En el año 2012 se reduce la prestación económica. Para las personas que tenían grado y nivel, se mantiene el grado y nivel. Con el grado se reducen las prestaciones, no con el grado y nivel. Por ejemplo, de entorno familiar con el grado III nivel 2 pasa de 520 a 442. No obstante, las personas, los nuevos solicitantes, que reciban solamente grado, hay es donde se tocan las cuantías de todas las prestaciones.

Entrevistador: [00:10:20] ¿En la Ley del 2012, en cuanto a gestión y financiación del sistema se produce algún cambio?

[00:10:27] Se toca también el nivel mínimo de protección, [5.6] sí, sabes que hay el nivel mínimo, el compartido y el nivel adicional que es el que pone la comunidad autónoma. Se establecen nuevas cuantías para el nivel mínimo dependiendo, por ejemplo, se establece una cuantía intermedia. Por ejemplo, las personas con nivel 2, ¿vale? Cuando la persona tenía grado 3 nivel 2, baja un 23,9 %. No obstante, con respecto a lo que se recibía al nivel mínimo con el nivel 1 se aumenta un 13 por ciento, entonces lo que hacen es establecer un nuevo nivel de protección porque deja de haber niveles. El Estado aporta financiación al sistema, ¿no? A las comunidades. Entonces hay un nivel mínimo de protección que es lo que pone el Estado. Eso se ha tocado. Eso no es solamente que se tocará en 2012. Eso luego se ha ido tocando. De hecho, este año se ha vuelto a tocar. Ha habido un incremento, pero tu si miras la base de datos del Sistema de Dependencia ves que hay varias normas que tocan el nivel mínimo de protección. Pero bueno en este momento lo que se hizo fue que como desaparecían los niveles tenían que hacer un nivel mínimo de protección único. Bueno pues hicieron una especie de media hacia la baja entre el nivel II y el nivel I.

Entrevistador: [00:12:43] ¿Ese era el dinero mínimo que el Estado central pasa a las autonomías, no?

Entrevistado: [00:12:57] Sí, luego hay un nivel compartido, por así decir, tenía que igualar lo que las comunidades autónomas. Luego está el nivel adicional de protección que lo tienen algunas comunidades autónomas donde ellas dicen que mejoran, mejoran (...)

Entrevistador: [00:13:21] ¿Y me dices que ha sido en 2012 y cada año se ha ido modificando, en que años más ha sido

Entrevistado: [00:13:30] Pues no lo sé. Está en la página del Sistema. Yo sé que, por ejemplo, este año nosotros hemos hecho observaciones al nuevo real decreto que regula el nivel mínimo. Dame un momento y te mando un enlace.

Entrevistado: [00:15:44] ¿Qué reformas más destacarías, que hayan supuesto cambios importantes en el sistema

[00:15:57] No sé decirte, la verdad. Yo creo que, en alguna normativa, por ejemplo, durante bastante tiempo se ha estado viendo todo el tema de la acreditación del sistema. ¿No? Todo el tema de los profesionales. Sobre todo, se establecían unos plazos para alcanzarlos los niveles de acreditación y había problemas para cumplir con eso sobre todo porque en nuestro caso nosotros lo cumplimos porque todo nuestro personal está sobre cualificado por tanto... Bueno pues en eso hay algún estudio de alguna organización sobre esos temas.

Entrevistador: [00:17:58] ¿También creo que ha habido una reforma sobre los cambios en los cálculos para acceder a los servicios? Los cálculos del copago, en los cuales se incluyó el patrimonio. Yo creo que fue tanto de discapacidad en personas mayores como en discapacidad. Conoces este tema

Entrevistado: [00:18:24] Sí, ese año yo hice un informe sobre participación económica del beneficiario en el sistema a nivel estatal con una comparativa de todas las comunidades autónomas y de si se respetaba o no la norma estatal, ¿no? Porque al final la duda que hay es de si las resoluciones del Consejo Territorial son o no vinculantes y generalmente lo que ocurre es que las comunidades autónomas legislan sin respetar esa normativa.

Entrevistador: [00:19:21] Claro, porque aquí en Catalunya un decreto de la Generalitat.

Entrevistado: [00:19:27] Sí bueno, pero a ver al final de lo que se trata es de que el Consejo Territorial es un órgano de cooperación interadministrativa y que se acuerdan o las unidades autónomas que lo han firmado y han estado de acuerdo en hacerlo porque tienen competencias compartidas en el ámbito del sistema. Deberían de respetarlo. Vamos yo por lo menos es lo que entiendo y lo que ocurrió en ese momento es que hubo una resolución del año 2012 donde en el punto tercero se aprobaron los criterios y contenidos relacionados con capacidad económica y bueno pues se estableció de una manera en la que las comunidades autónomas o bien no tenían que respetarlo o bien directamente se lo saltaron.

Entrevistador: [00:20:34] ¿Por qué no tenía fuerza de ley no había un obligado cumplimiento era algo acordado en el Consejo Territorial que me dices, ¿no?

Entrevistado: [00:20:45] Bueno depende de lo que tú opines de si los acuerdos del Consejo Territorial son de obligado cumplimiento o no. Yo opino que puesto que es un órgano de cooperación interterritorial que sí que está contemplado dentro de una normativa como es la ley de administraciones públicas sí que debería respetarse su contenido, sí.

Entrevistador: [00:21:06] ¿Entonces en el Consejo que me comentas en el Consejo Interterritorial se acordó que se implementara lo que se legislara a nivel autonómico para el tema del copago o del patrimonio, o no?

Entrevistado: [00:21:24] El tema de cómo se come cómo se tiene en cuenta el patrimonio a la hora de decidir si el copago si se tiene en cuenta o sea lo que es el órgano territorial se estableció que los gobiernos autonómicos. Se estableció en ese órgano que tú dices que tendría que ser de obligado cumplimiento que tendría que incluir el patrimonio del usuario en el copago, o no

Entrevistado: [00:21:57] Pero el tema este no es relacionado a si incluye o no el patrimonio. Yo creo que el tema era si dentro de la capacidad económica que se tenía en cuenta el patrimonio solo de la persona o de su familia. Porque muchas veces vivían con sus familias entonces a la hora de calcular eso lo que se tenía en cuenta no era la capacidad económica individual sino la de la familia.

Entrevistador: [00:22:30] Pero aquí en Catalunya no se tiene en cuenta a la familia.

Entrevistado: [00:22:35] Bueno eso es lo que se debería. Eso es lo que se debería de tener en cuenta si lo que se tiene en cuenta es el patrimonio de la persona, o sea los inmuebles de la persona.

Entrevistado: [00:22:47] Bueno sí, pero, por ejemplo, el caso, y eso ya no sé si es en Cataluña, de que la persona esté incapacitada se tiene en cuenta el patrimonio familiar. Por qué tributan en el mismo IRPF.

Entrevistado: [00:23:04] No te lo sabría decir tan específicamente en caso de personas.

Entrevistador: [00:23:08] No lo sabrás tú mejor que yo no lo sé. En este caso no lo sé. Ahora está pensando más con el tema de las personas mayores. Por ejemplo, las personas mayores claro también. Quizás ese es el número más grande de personas afectadas. A partir de a partir del 2013 no del 2012 de 2013 hay un decreto de la Generalitat que los cuales para el cálculo de lo que es el pago el copago de los servicios se tiene en cuenta si tienen. Si tienen el dinero que tienen o sea la capacidad económica que tienen dinero con dinero en el banco digamos. Y también si tienen. Y si tienen inmuebles por encima de un valor determinado de un umbral determinado a partir de ese umbral. Aunque si

tienen una propiedad o una segunda propiedad valorada en más de una cierta cantidad, aunque no les tenga, aunque no tengan beneficios obtengan beneficios de esa cantidad. Eso se tiene en cuenta a partir del copago y tienen y se añade el copago por los demás por lo que muchas personas claro tienen pensiones muy bajas, pero tienen que pagar más de lo que del dinero que disponen de la pensión. Por qué. Porque tienen propiedades. Me explico. Esto lo ha pasado con Cataluña es lo que pasa aquí no sé si esto por esto te digo que estaba un poco confundida en esto si era una cosa explícitamente de aquí de Cataluña o era algo de ámbito estatal.

Entrevistado: [00:24:52] Lo que dice la normativa es que las personas que tengan patrimonio deben de tener en cuenta la capacidad económica personal de forma progresiva dependiendo de la edad de la persona. En el caso de personas con discapacidad como tenemos todos los rangos por así decir porque hay personas de todas las edades que presentan una discapacidad, pues dependiendo de eso sea se aplica un tanto por ciento. Vale, pero esto quiere decir personas con discapacidad. Es verdad que hay una figura. Hay una figura que es el patrimonio protegido que lo que se establece es que el patrimonio protegido no computa a la hora de computar el patrimonio a la hora de la prestación de servicios. A la hora de decidir, si una persona tiene un patrimonio protegido, que es una figura especial, en donde se crea un patrimonio a favor de que se genera un patrimonio a favor de la persona para cubrir sus necesidades esto está regulado en una ley concreta. El patrimonio protegido no computa en la capacidad económica.

Entrevistador: [00:26:11] ¿Pero esta legislación que me comentas no es una reforma de la ley

Entrevistado: [00:26:21] La ley propiamente, no, es un desarrollo de la ley, claro, porque la ley tenía unos artículos concretos que estaban dirigidos a la participación económicamente del beneficiario en el sistema. Bueno yo hace mucho que no la miro, pero bueno, yo creo que son dos o tres artículos. Luego todo eso tiene que desarrollarse. Primero se desarrollará un acuerdo del Consejo Territorial, y luego cada comunidad autónoma desarrolló su propia normativa, de ahí a que sea muy complejo el tema, incluso de comparar unas comunidades y otras en este tema. Y bueno supongo que ahora, no sé si sabes, que se ha creado comisión en el Congreso donde se ha estudiado un poco todo el tema de la viabilidad del sistema. Esa subcomisión lo que ha concluido es que hace falta una reforma nueva.

Entrevistador: [00:27:50] ¿Pero una reforma orientada a elegir para orientada a mejorarlo, orientada a recortarlo más o.?

Entrevistado: [00:28:02] A ver espera un momento que te voy a buscar la información. Más que nada porque ahí vienen las conclusiones de la Comisión. Y mejor que yo decírtelo de memoria que soy. A ver las conclusiones son que hay que reconsiderar el sistema de financiación actual y en su caso adoptar un nuevo sistema de financiación que garantice la incorporación de las personas pendientes de ser atendidas y además la Comisión ha considerado. Aparte de eso han considerado que es necesaria una revisión en profundidad de la ley para adaptarlo a las demandas de la ciudadanía y garantizar la sostenibilidad del sistema. En nuestro caso concreto la ley 39/06 se aprueba un día antes de la aprobación de la Convención sobre Derechos de las personas con discapacidad, pero el catálogo de servicios de la Ley de Dependencia en absoluto va dirigido ni a la vida independiente ni a la desinstitucionalización y al empoderamiento. Y desde luego el desarrollo de la ley. En absoluto ha ido dirigido a promover la autonomía personal y la plena ciudadanía que era de lo que hablaba al principio. Sí que es verdad, y no te lo he comentado hablando de la reforma de la ley, que hasta ese momento la prestación de asistente personal estaba limitada a determinados grados en la ley y lo que hace esa reforma es ampliarlo a todos los grados. Eso por ejemplo fue un aspecto de la reforma positivo. [00:30:20] Lo que pasa que solo no se ha plasmado no se ha aplicado. [3.8]

Entrevistador: [00:30:25] ¿Por qué crees que no es así? Por qué crees que no se ha aplicado, ¿qué es lo que ha pasado? ¿Porque además también aumentó la dotación para el asistente personal?

Entrevistado: [00:30:40] Bueno yo creo que no. En el caso de personas con discapacidad. Yo creo que no ha habido una discusión. Si. Haber, que en el caso personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ha ido obligado yo creo al tema de si es capaz o no de dar instrumentos al asistente personal. Y ahí no se nos ha tenido cuenta o no se tiene que interpretar en sentido literal que para eso está todo el tema del apoyo a la toma de decisiones.

Entrevistador: [00:33:03] Las reformas que hubo en el 2012 que fueron conjuntamente a los recortes para lo que es el asistente personal fue un gran avance porque me parece que se amplió a todos los grados y además se amplió también la prestación económica 800 euros, creo que aumentó bastante. ¿No es así?

Entrevistado: [00:33:38] Bueno la verdad es que no lo recuerdo, y por lo que yo tengo aquí en el cuadro que tengo hecho de eso. La prestación en el grado máximo de asistencia personal se queda en 715 euros. Pero por ejemplo las personas que la cobraban con grado 3 nivel 2 cobraban 833 euros. O sea que en el nivel 2 se produce una reducción del 14 por ciento en el nivel 1 se produce un aumento del 14 por ciento se queda ahí

Entrevistador: [00:34:29] Bueno pues a ver esto en cuanto a las reformas. Verdad. ¿No se te viene en mente nada más en cuanto a las reformas?

Entrevistado: [00:34:42] Yo creo que más que las reformas el problema ha sido [00:34:46] la puesta en práctica de la ley porque [4.6] no puede ser que tú tengas un servicio reconocido pero que tengas que esperar dos años para poder acceder a él. Pues bueno pues para mí, ahí es donde está el problema de la cuestión, no

PART III

FACTORES EXPLICATIVOS

Entrevistador: [00:35:07] ¿Y por qué crees que ha sido todo esto? ¿A qué factores atribuirías los problemas que ha habido con la implementación y con la puesta en marcha de la ley? [13.9]

Entrevistado: [00:35:24] Inicialmente la ley era para personas mayores y entonces se produjo [00:35:27] una presión importante de las organizaciones representativas [2.6] de personas con discapacidad, yo creo que legítima, también, ¿no? Pero claro, lo que se produjo fue que no se adaptó, o sea se metió este colectivo, pero yo creo que [00:35:42] las previsiones económicas no se ajustaron adecuadamente [2.9] Por tanto nos encontramos en un [00:35:46] sistema que no ha aguantado, bueno a parte de la crisis [4.3]

Entrevistador: [00:35:52] Claro, pero. Pero en principio se desarrollaba bien, ¿no? Hasta 2010 que empezaron los recortes...

Entrevistado: [00:36:03] Bueno, pero ten en cuenta que, a ver, que la ley, o sea, yo creo que nunca se desarrolló bien y, además, estaba en un proceso de... Yo creo que realmente es... Bueno. Si quieres te mando yo tengo un estudio realizado en el año. pues no me acuerdo el año que es, pero era precisamente al inicio del... te lo voy a buscar, pero fue al inicio del de la puesta en marcha del sistema y bueno había en ella había un retraso importantísimo en los procedimientos de reconocimiento, en las valoraciones. Hay se refresca un poco todos los problemas que bueno, que nosotros en ese momento, porque yo trabajaba en otra organización, le veíamos al sistema y hombre eran muchos los problemas que tenía aparejados. Desde el inicio. Aparte de que es una ley pues de corte muy asistencialista, desde el inicio, incluso para personas mayores, ¿eh?, ya no me meto en la edad que tenga la persona. Pero desde luego no promueve un envejecimiento activo ni adecuadamente una prevención del agravamiento de las situaciones. para mí, tú lo que tienes que hacer es poner el acento en las situaciones no se agraven, ¿no? y los recursos que hay dentro del sistema muchas veces, no van dirigidos a eso, van dirigidos al mantenimiento de la situación, o incluso a entorno residenciales, que tampoco, donde las personas están metidas ahí 365 días al año 24 horas al día. Entonces bueno, no sé, no creo que eso vaya muy a favor de que las personas tengan una vida activa, pues relaciones sociales, que estén estimadas, o que estén poco deprimidas, incluso.

Entrevistador: [00:38:27] Y en cuanto a lo que son estas reformas que hemos dicho en 2010 2012... Todas las reformas que hemos dicho, o sea, nosotros hablamos de que la ley puede ser más o menos adecuada, o no, pero lo que yo estoy mirando es el impacto de la crisis económica en los sistemas. Entonces o sea tu, en cuanto a lo que es, porque es que, en el caso español, ya te digo, es un poco más complicado porque tenemos que es lo que tú me comentas no, es que la ley tenía unos vicios de entrada, ¿no? Vale, pero crees que las previsiones de desarrollo hubieran sido diferentes en otras circunstancias, con las mismas circunstancias por ejemplo que teníamos en 2006 o en 2005. Yo lo que te pregunto es si las reformas que ha sufrido la ley en su desarrollo estos últimos 10 años. ¿Tú crees que a qué se deben? Aparte de esa orientación que ya [00:39:46] no cumple bien no cumple bien lo que es las expectativas del colectivo de personas con diversidad funcional [8.3] sino que también en el desarrollo ha habido otros factores que han influenciado no? ¿Pueden ser factores económicos, pueden ser decisiones políticas, pueden ser el impacto de la globalización, me explico? Puede ser una directiva de la Unión Europea, etc., en cuanto a las reformas que se han implementado. Cuáles crees tú que han sido los principales factores que podrían explicarlas

Entrevistado: [00:40:21] Yo creo que ha [00:40:22] habido una mala planificación de la ley [2.5] y que después con [00:40:28] la crisis económica [1.1] eso se ha agravado de forma muy importante y además el Estado si tu revisas la ley y revisas la parte de financiación, nunca quedó claro cuál iba a ser el papel de papel del Estado y de las comunidades autónomas y lo que ha ocurrido hay es que el Estado se ha ido retirando paulatinamente y ha dejado poco a las comunidades autónomas haciéndose cargo de una financiación de una ley que no se ha planteado su inconstitucionalidad pero sí que es una ley que nace de una competencia estatal, se acuerda a nivel estatal, pero luego el peso de todo eso recae en las CCAA. Entonces yo creo que ahí hay una mala planificación de inicio porque nadie sabíamos realmente que iba a implicar la puesta en marcha del sistema, hay ahí un tema de [00:41:31] copago [0.7] que para mí está mal regulado, Porque carga muchísimo, porque el límite para copagar es el IPREM, eso es una barbaridad, es que estamos hablando de gente que está en el umbral de pobreza está teniendo que empezar a copagar, y luego bueno que la crisis, hizo que el Estado en vez de ir fortaleciendo paulatinamente el sistema de financiación de la ley, lo que ha hecho ha sido echárselo a las comunidades autónomas que se encontraban en una situación similar, y que al final eso ha generado toda la deuda. Ahí hubo mecanismos de pago de deuda, de todas las deudas que tenían las administraciones públicas con las organizaciones que estaba prestando los servicios del sistema porque sabes que el sistema se articula a través de organizaciones una red pública, una red concertada y la parte privada. Hay en la prestación de todos estos servicios, aparte de otros, se generó una deuda importantísima con las organizaciones por parte de las administraciones autonómicas, donde hay hubo que poner normativa estatal que hablaba de cómo generar mecanismos para el pago de esa deuda. Yo creo que son fruto [00:43:07] de una mala planificación unida a una profunda crisis económica [4.7] (...)

Transcripció 32

podries explicar-me quines són les teves funcions com a responsable SEVAD?. Com està organitzat el teu departament i els canvis més significatius que s'han donat durant el desplegament i l'aplicació de la LAPAD?.

Jo el que faig bàsicament és que coordino l'equip executor de les valoracions, que són: les avaluadores i l'equip administratiu, l'equip de suport que ve un cop a la setmana, i intento que no es paralitzi cap valoració. Això per una part, i per una altra banda el que faig és fer de lligam amb l'ICASS. Quan hi ha reunions, quan hi ha canvis, quan hi ha reunions en la meua empresa respecte a dependència, doncs faig de lligam, estic una mica al mig, no?, amb els meus superiors i amb els que fan les valoracions, el meu equip de valoració, això és una part i l'altra part, es una funció més administrativa que és el seguiment de tots els programes que fan: generar els expedients, omplir els expedients, tancar-los... Actualment treballem amb el departament de dependència de l'ICASS. Anteriorment treballava amb PRODEP que eren els que ens enviaven la feina i els que rebien la feina que fèiem, ha canviat el nom, però la feina és la mateixa. Ha canviat la direcció d'aquest departament de dependència des de fa un parell d'anys, el que ha hagut bàsicament són canvis de comandaments. Que coincideix amb els canvis de govern.

Com funciona el departament? Ens arriba l'expedient que és una valisa virtual. Descarreguem les dades del pacient i els informes que van adjunts, aquests informes els revisa un equip de suport que està aquí. Moltes vegades el metge no pot venir, moltes vegades el psicòleg tampoc pot venir, moltes vegades no ve ni el metge ni el psicòleg. Llavors es revisa la informació mèdica i es veu si és una persona amb discapacitat intel·lectual, o no, això ja és una diferència important. I després es veu si té la patologia que posa en l'informe mèdic, hem de veure una mica la data perquè posa fractura de fèmur i fa un mes que se l'ha feta no podem anar-hi perquè és com si fos un procés agut, què passa? que els informes mèdics no estan sempre ben complimentats ens falta informació no acabem d'entendre el procés que explica l'informe mèdic. De vegades ens arriben informes d'urgències que també valen, perquè a la llei també diu que val, i no ens acaba de donar la informació suficient. Llavors jo faig una d'aquestes feines que és trucar per intentar aconseguir més informació, una vegada havent fet això i que s'ha decidit que no és un procés agut i que és una discapacitat intel·lectual, jo faig una marca als administratius perquè s'assegurin que quan es vagi hi hagi un acompanyant amb aquesta persona, i ja passo els expedients als administratius, i els administratius per ordre de rebuda, o per ordre d'urgència; de vegades hi ha urgències, sobretot els processos oncològics són prioritaris. Ells fan la programació, fan trucades, quedem d'una setmana per a l'altra normalment avui que és divendres estan programant per al divendres que ve, programen per zones, separem els expedients per zones i llavors ja se'ls hi deixa a la taula de cada avaluadora la feina que tenen que fer per a la setmana següent.

Quins canvis hi ha hagut?.

En la meua feina els canvis que hi ha hagut es que a l'inici al 2007 la funció de la coordinació en aquest debat no hi era. Es va decidir que es prescindia de la figura del coordinar i no hi va ser-hi fins al 2009, llavors qui feia funcions de coordinació era el director mèdic, el director mèdic de tota la part sociosanitària de l'empresa i que a la vegada era el metge de l'equip. Nosaltres som BSA, i a nosaltres ens van donar la gestió de l'equip de valoració a la dependència, aquesta gestió la va assumir la gestió de BSA sociosanitària, i el director del sociosanitari va dir que de moment assumiria les funcions del metge de l'equip, per tant, la llei i les instruccions de quan es va fer el contracte ja deia els professionals que necessitava. un equip de valoració, i un d'ells era el de coordinació, però no quedava massa ben perfilat, llavors l'empresa va decidir "obviar" este "aspecto". El que passa és que en el 2009 ja se'n van donar compte de que s'havia d'estar en el dia a dia, i s'havia de veure quins eren els problemes, les dificultats, s'havia de veure els circuits, i això ell no ho podia fer. Ell és director de tot l'àmbit sociosanitari de l'empresa, porta 400 treballadors, i té moltes seccions; dependència, sociosanitari, SAID,... aquest és un canvi que ha estat positiu, el que passa és que de 2007 a 2009, va funcionar com t'he dit. Ara han passat 4 anys... Al principi les funcions eren molt difuses, ell anava al departament i no podia explicar el dia a dia, se'n donava compte que li faltava molta informació. El que passa es que com havien passat dos anys sense coordinació la feina que hi havia aquí en aquest equip era molt individual, cadascú feia les coses una mica a la seva manera, llavors intentar consensuar, intentar que tothom fes el mateix, intentar que no es perdés cap expedient, intentar que no es quedés a la safata de cap avaluadora, intentar refer circuits per a generalitzar-ho tot, això ha sigut una feina de molt de temps.

Podries dir-me quins són els principals canvis que s'han produït des de l'any 2007 fins l'actualitat en l'aplicació de la LAPAD?

A nivell legislatiu hi ha hagut també canvis que ens han anat venint amb Reial Decrets, bàsicament el canvi més important que hi ha hagut és que l'any passat, em sembla que va ser al 2012 va haver-hi un canvi de barem. El canvi de barem ha estat que bàsicament s'ha incorporat una cosa que es diu projecte vital. Fins ara: el barem és una bateria de preguntes que estan seccionades per activitats. Es pot comparar a una cosa semblant al Barthel, però és molt més complex, vale?. I en aquesta bateria es preguntava en el domicili, s'intentava veure l'entorn, i s'intentava fer en base a lo que era el dia a dia de la persona. Però això no quedava reflectit en el barem, doncs preguntaves si menja, si no menja, si surt al carrer, si no surt al carrer, però ara amb el canvi de barem moltes d'aquestes activitats es centre, en el que ens diu el procés vital de la persona que és amb lo que ell està habituat a fer: la vida que aquesta persona fa habitualment. Llavors si hem de valor, per exemple, lo més senzill potser per a explicar-ho. És un concepte que costa molt d'integrar-lo i d'aplicar-lo en la pràctica. A veure si sóc capaç d'explicar-t'ho d'una forma clara. Per exemple una persona no surt mai al carrer, a l'exterior, aquella activitat és normal per ella. Encara que una vegada a l'any surti per anar al metge, surti per Nadal a dinar a casa de la família,...Doncs clar això perjudica en el usuari perquè que tinguem que ser molt més curiosos, perquè llavors no és la capacitat és la voluntat. Llavors s'ha de ser molt més curiosos per veure on està el límit, ella vol, i si tingués ajuda ho faria?. No és, fàcil, no és fàcil... no se si recordes que en el primer barem no es tenia molt present els processos mentals, llavors en el barem nou, es van incorporar algunes coses en la última part que és la presa de decisions, es van incorporar algunes coses, però jo no hi veig tampoc massa diferència. S'ha produït un canvi però no els que s'esperava, depèn de la valoradora, perquè de vegades el barem, si la valoradora és molt estricta, pot no reflectir la realitat. Hi ha un apartat que és el d'observacions que ha de ser on pugui recollir-se més informació. Perquè quedi clar. les puntualitzacions que calgui. Als II/2 han d'estar molt alerta i assegurar molt que els hi pujarà a 3, perquè amb les modificacions de grau ara si es valora a la persona i no passa de grau, és a dir continua el mateix grau, se l'enrasa a Grau II, amb l'eliminació de nivell i li baixen les prestacions. Es que se les ingenien totes, es qüestió de restreñimiento total. problemàtiques bàsicament polítiques. No hi ha recursos econòmics i el que estan fent és retardant tots aquests terminis. Hi ha una necessitat pura de que no tenen un duro, vaja, jo ho veig així, no sé si és voluntat o no, però com que no hi ha diners. Diuen que no hi ha diners. Jo no sé si hi ha diners o no hi ha diners. Bé, com que diuen que no hi ha diners, llavors el que fan? Retarden, com és una cosa que per llei no ho poden retirar el que fan és que ho retarden, utilitzen l'altra alternativa que és retardar. Els graus I/2 havien de començar a cobrar al gener del 2013, doncs que va passar eliminen graus, nivells, vale?. El grau I/2 se l'han polit. Ja no cobren, podrien tenir algun tipus de prestació, val?, a partir de gener del 2013, doncs ara no, ara fins que no tens un grau II. Això que sigui per voluntat o no?, doncs Bueno jo m'imagino que deuen tenir els seus objectius, ho tenen que fer d'aquesta manera però clar evidentment estan perjudicant a tothom.

Quines penses que han estat les conseqüències per a les persones dependents?.

Últimament joestic com a molt capficada amb la gent que li surt un grau I alt i no els surt a cobrar res, jo no n'estic molt enterada perquè jo no sóc treballadora social, llavors ja moltes coses que tampoc no sé en quan als recursos. Ja coses que m'he anat enterant i si ens competeixen a nosaltres intento assabentar-me'n però hi ha d'altres que no les sé. El que em preocupa molt últimament és això, que el grau I alt veus que no té accés a un recurs residencial, i trobes informes socials que t'expliquen que no hi ha una altra opció, que no hi ha una altra opció, que estan cobrint una plaça de centre sociosanitari, que val tants diners i que aquella persona no té sortida a un altre lloc. I tu li estas fent la valoració a aquella persona i no pots mentir, es que la valoració és lo que és. I a vegades si que surt un grau II. a vegades surt un grau I molt alt, es comenta en comissió, és parla amb tota la informació que tenim, i un punt el podem pujar o baixar, això si que es pot fer. Però clar, 8 o 10 punts, no, I ens trobem en casos així, de gent que relativament, que físicament encara estan bé, són dependents però que tenen un problema social important, i es queden allà com aturats, no? Es com allò, que gent que es queden allà bloquejada, i es que dius, es que la

vida d'aquella persona, ara últimament és que això em preocupa molt, es que veig molts casos així. Una de les crítiques que jo sempre he fet a la llei de la dependència és que, els graus I que són gent encara bastant autònoms, però que necessiten una mínima ajuda, en aquesta mínima ajuda poden mantenir-se en el temps, durant molt temps, i la llei el que està fent és esperar a que es doni una trompada o que es faci una fractura i que passi directament a grau III. Jo quan treballava en salut se'n parlava molt, no?, de gent que es autònoma i fa un procés agut, i comença a deteriorar-se i no es refà, no remunta, no té els recursos suficients, potser a nivell fisiològic, potser les patologies que té latents se li comencen a despertar, va empitjorant, empitjorant, empitjorant i muere. La cascada de la dependència, d'una persona de base era autònoma i en dos anys acaba sent dependent total. Abans quan jo treballava a primària això en salut es deia molt, no?. Clar, pos és això, quan jo vaig entrar aquí, es clar, jo veia aquesta gent, una persona que només necessita supervisar una mica la higiene personal, o la medicació perquè no es descompensi, no és gaire diners això, no és gaire diners, si haguéssim invertit aquí després de cobrir els graus III, això que evidentment que era important fer-ho, o que haguessin anat més ràpid, jo que sé. Llavors, a vegades penses, té sentit el que fem?, de vegades estic aquí, estic a la porta de la dependència, estic amb el primer vagó del tren de la dependència, i quin sentit té això? Si l'últim vago està tancat. I l'antepenúltim també, o l'estan allargant cada vegada més, perquè es que si això no va al darrere una sèrie de recursos. Quin sentit té?, l'estadístic?, per catalogar la gent amb el grau que té?, no sé fins a quin punt. saps? A vegades dius, jostres!, és una llàstima. Perquè és una feina que pot donar un servei i que és molt útil, però clar, si no hi ha recursos, si no s'inverteix... Clar les conseqüències és que a dia d'avui una persona pot tenir un grau I, s'espera al 2015 i pot ser que aquesta persona passi a un grau II o un grau III, i el recurs ja sigui diferent, no?. Hi ha un deteriorament de la salut de la persona, i cada cop els recursos són més complexos, i a més a més, més costosos. Llavors, clar, si esperem a que estigui a aquest nivell la persona, pues li costarà més, això si arriba, perquè clar, hi ha gent que es mor li hem fet la valoració la varem deixar provisional pel que sigui i quan tornem a fer-la ja no està, i els que no sabem, se'ls hi ha donat la puntuació i després a l'hora de donar-li el recurs ja no estan, això no ho sabem perquè el recurs no el fem nosaltres. Hauria de ser tot molt més àgil.

Perquè quan és el retard, quan es tarda en anar a valorar?

Ara estem tardant un mes: quan la persona fa la sol·licitud, se'n va a ICASS, es digitalitza tot, passa per sistemes informàtics d'allà i tot això poden ser 3 setmanes 1 mes. Que ens arribi a nosaltres, nosaltres ho rebem, no sé, amb data 13 de juny, i finals de juliol, mes, mes i mig, havent-t'ho rebut nosaltres, per tan són 2 o 2 mesos i mig. Per Llei no hauríem de sobrepassar els 3 mesos de la resolució, tan en casos de valoració com en casos de revisió. Llavors això, és a dir, la valoració torna a anar a l'ICASS, de l'ICASS passa a serveis territorials, es fa la resolució i paral·lelament a la resolució es volca el resultat en el procediment de l'ICASS, i em sembla que des de serveis territorials se'ls hi envia a la gent que fa els PIAs, als referents de cada zona. Hi ha de referents la X i el Y, des de quan nosaltres acabem que els hi arriba a ells, també poden passar moltes coses(riu). Que seria més fàcil que ells xuclessin la nostra informació d'alguna manera. Un dels problemes és la lentitud i la quantitat de burocràcia, és moltíssima!! És molt burocràtic tot, el sistema és súper burocràtic, i el que ha millorat!. Puuff.. lo que ha millorat!. Veus aquelles caixes d'allà?, doncs tot això eren caixes d'expedients. Nosaltres vam començar a fer els expedients amb paper, feiem fotocòpies del barem i escrivíem amb paper i amb una calculadora a mà, anàvem sumant el que valia cada pregunta i posàvem una puntuació, això ho fotocopiàvem, ho escanejàvem, i ho enviàvem per correu, "correo físico", eh?, i allà agafàvem el nom del senyor, la seva puntuació i feien els seu expedients. Després d'això ens van arribar les puntuacions ens les van deixar arribar via CDs feiem excels i CDs i llavors ho escanejàvem, i després ja va arribar informàticament. Hem passat per 3 fases, la fase CD, la fase paper, i ara la fase telemàtica. Però l'ICASS es que rep totes les valoracions de tota Catalunya, es clar a mi em fa molta por això, mira les caixes, de la gent que vam fer en paper al 2007, perquè si aquesta gent demana una revisió que tinguem una base de com estava en el 2007 i 2008, ja veus és tot paper, ens vam passar un estiu escanejant però a tope, mira(m'ensenya l'expedient) paper, paper, paper... una feina totalment administrativa. Edat de piedra, de bronce i de oro.

En quan a la previsió de serveis i prestacions?

això no sé molt bé com va, si que puc llegir en diagonal perquè m'interessa, però no és la meva responsabilitat, i lo que la Maria ens explica a vegades quan ens arriba aquí els dijous ella si que està molt al dia.

En quan a organització?

La via de coordinació amb l'ICASS es via telefònica, via mail. Allà hi ha bàsicament 3 persones de referència que tenen unes tasques determinades segons el tipus de pregunta que vulguis fer o de dubte que tinguis, i llavors ens dirigim a una o a l'altra, en relació als expedients. En relació a aspectes tècnics, també, cada vegada menys, si que hi ha reunions, per exemple, ara fem un estudi comparatiu de valoració entre dos SEVADS diferents, anirem al SEVAD de Sabadell i els de Sabadell vindran aquí. Clar són aspectes tècnics que algú ho ha gestionat i ho ha generat, doncs, aquesta és la via de comunicació, i que ens diuen que hi ha una reunió i nosaltres anem. Si hi ha alguns estudis que proposen qui vol fer aquest estudi a nivell de Catalunya doncs si ens interessa ens apuntem. Le memòries que es publiquen són molt administratives (SAAD), són molt de números, poc qualitatiu. Es fa poc també a nivell de qualitat perquè són dades de tota espanya el que s'aporten al SAAD, i si alguna vegada s'ha fet alguna proposta a nivell qualitatiu es té que consensuar amb la resta de comunitats i clar això són "palabras mayores". Si a nivell d'aquí a Catalunya i a nivell de circuit és tot tant lent imaginat a nivell vertical, és una passada, llavors, qualsevol canvi costa moltíssim, el canvi de barem que es va fer per a intentar millorar, les persones amb discapacitat intel·lectual, que això si que va ser una cosa bastant consensuada, que va ser entre totes les comunitats va durar 4 anys o 5 que va ser l'any passat que vam fer el canvi que hem comentat, el d'adaptació al projecte vital de la persona.

Nosaltres quan vam entrar en aquest joc, ens vam fer una formació de com fer les valoracions i va ser una formació de dos dies, amb això t'ho dic tot, llavors clar, era una formació que estava molt ben plantejada amb professionals molt sensibilitzats perquè estan treballant amb patologies molt concretes i eren experts en aquelles patologies i havien sabut llegir molt bé el que es demanava, es que no se'ls hi va donar temps de transmetre. Jo me'n recordo de la Guttman, per exemple, no van tenir temps, van venir gent de la ONCE, per als cecs, es que no, es que amb dos dies què vols? Què vols? Al principi es va anar una mica ràpid, era una voluntat política, el partit socialista que llavors era, bueno t'estic parlant a nivell d'Espanya, i llavors era vinga va ràpid a muntar-ho, però llavors nosaltres vam començar a veure problemes i això com ho veiem, això com ho fem, i al PRODEP eren poca gent. Nosaltres es que ens vam desbordar als primers mesos perquè es va iniciar l'equip amb un cens de població de l'any 2000 i amb una demanda de sol·licituds, es va dimensionar allò d'una manera bestial, es clar, ens vam quedar col·lapsats. Vam estar demanant reforços fins que al 2010 va arribar una valoradora nova a finals del 2011 encara no ens havíem posat al dia Tot això que hem dit del temps? Anem ara així, però es que em estat a 9 mesos de valorar, de rebre nosaltres la valoració i 9 mesos els papers aquí, l'ICASS va dir que per la zona d'aquí es donaven diners per 6 valoradores i és lo que hi havia, fins a finals del 2011 que va ser quan ens van treure la zona de santa Coloma llavors vam començar a veure quins SEVADs anaven més desofegats de feina, quins SEVADs anaven més col·lapsats, quanta gent hi havia,...Llavors van venir els del SEVAD de Mataró, tot l'any passat la

vostra zona, la van dur els de Mataró. Ara el volum de feina a baixat, ja has vist que han baixat molt les llistes d'espera. Ara de primera valoració no hi ha tantes com abans però sí de revisions. O s'han de fer d'ofici, perquè són provisionals. A mitja estada no es poden fer les valoracions, tampoc a Respir.

Altres problemàtiques han estat la manca de previsió, jo crec que no s'esperaven tantíssima demanda, què passa qui és el més afecat?, "pués el más débil", per on hem de retallar?, no retallen els sous dels banquers, i ja està. jo crec que hauria de ser una cosa mixta, el gruix de la llei tot el que repercuteix totes les prestacions, tot el que significa el desplegament de la llei no tindria que ser del sector social em sembla que hi ha un sector que és el sociosanitari, hi ha dos direccions que encara no estan prou coordinades. el problema jo crec que és que no s'inverteixen diners ni en sanitat ni en serveis socials, perquè no arriben els diners, es clar, no s'aposta per aquesta llei. Jo crec que estaria bé que s'integressin els serveis socials i sanitaris i ho duguessin conjuntament.

Que opines dels principis d'universalitat i subjectivitat que proclama la Llei i que fa referència a que totes les persones dependents tenen dret a l'accés a les prestacions i serveis? Creus que es compleixen?. Per què?. Quina actitud penses que té la ciutadania en relació a aquest fet?

No cobertura de les necessitats per manca de serveis Jo veig la problemàtica bàsica al final de tot, a les prestacions, la gent se li donen unes expectatives que no se'ls hi compleixen i no se'ls hi cobreixen les necessitats i tornem a estar una altra vegada al final del carrer. Entren per la via de la dependència amb unes expectatives que creuen que se li donaran solucions al problema i surten una l'altra vegada igual. A vegades necessites una ajuda durant uns mesos i quan ho necessites es que ja han passat aquells mesos, quan arriba "a buenas horas". Hi ha persones que l'ajuda la necessiten durant un temps, pots ser per 6 mesos o un any, o al final de la seva vida, i en aquest temps és difícil que la tingui. Per exemple processos oncològics, senyores relativament joves que viuen soles i que no tenen família, que fe una valoració que els hi surt una dependència baixa, clar són joves, clar es que necessiten ajuda en moments puntuals. Quan van a fer la quimioteràpia, dos dies després que tenen tots els efectes secundaris... és clar i a aquesta senyora la deixes igual. Passa a grau 2 molt bé necessita prestació, comences, miri es que té la prestació, i resulta que ara no la necessito perquè m'han donat d'alta, o miri es que ja no ho necessita "es que se ha muerto", dius ostres, saps?. Es clar, jo aquesta part no l'acabo de veure, me n'assabento de casos puntuals, no ho acabo de veure perquè el tema de prestacions no el porto, però ho veus, escoltes, i sent coses de la gent i et sap greu. Com es podria solucionar?, invertint. Inversió i creient-te la llei, perquè es que es bona, és bona per a la població és una llei molt bona, però te l'has de creure, i si te la creus llavors invertiràs, però per ara no hi ha cap voluntat.

En referència als dret subjectiu de la gent. La gent no està informada, primera que te n'assabentes de que pots demanar-ho, la gent no està informada d'això, val?, primer que la gent estigui assabentada de que passat el període pot exigir com a dret subjectiu aquesta prestació, després de que comenci tot el papeleo, perquè clar si jo vaig allà, pico a la porta i dic miri jo tinc el dret subjectiu, li diguessin, si miri passi per aquí que aquesta senyora l'atendrà, però es que li diran, si miri entri a la pàgina web, descarreguis aquest informe ompli'l vagi a tal puesto, i ja li diran algo. Clar la gent al final se desentienende, per què? bueno, i para què?, si fos ràpid dius vale, però...què fan?, molta gent va al Síndic de Greuges, la gent del Síndic ha dit, una mica més ràpid, perquè llavors arriba a l'ICASS pels serveis jurídics, i llavors la cosa s'activa una mica més, jo el que et comento és la part de les reclamacions, la part de la meu àmbit. Això era abans ara no arriba res, almenys en la nostra àrea. La llei no es pot retirar, perquè és una llei, però es restreñimiento total on?, a l'última part del tren, a les prestacions, i ja està!.

Transcripció 33

PART I

PERFIL PPROFESSIONAL I DE L'ENTITAT

1. Podries presentar-te breument? Com està organitzada l'entitat on treballes i quin és el perfil de les persones que ateneu?

Sóc Isabel, sóc TS i treballo a la Federació ECOM, que és una federació d'entitats que treballen amb discapacitat física, és una entitat de segon nivell que aglutina la discapacitat física. Actualment, tenim 130 i pico entitats federades. I jo com a TS sóc la responsable de l'àrea d'educació, temes de salut, benestar social i serveis socials. Bàsicament, l'entitat té 2 objectius: un és treballar per a la millora de la qualitat de vida de les persones amb discapacitat, i l'altre és enfortir tot el tema de l'associacionisme, perquè entenem que la unió fa la força i és una bona formula per avançar en la reivindicació dels drets, que estan molt ben legislats, però no tant ben executats, no tant garantits. Com a federació fem promoció, el que passa és que ECOM a part de la federació hi ha la fundació ECOM, que sí que gestiona serveis; integració laboral, assistent personal i altres. Joestic a la federació que és més la part més aquesta de drets i reivindicació de drets, diguéssim.

PART 2

REFORMES

Jo crec que hi ha hagut un tema normativa important que va ser el RD del 2012. Jo crec que va ser un tema important perquè entre d'altres coses es van treure els nivells, només van deixar els graus de dependència, i això teòricament, tot i que es mantenien els drets de les persones que havien estat valorades, és cert, que cada vegada que hi ha un canvi, bé per edat, o canvia de servei, li revisen tot aquest tema, per lo tant, de forma encoberta, és una forma de rebaixar, de retallar prestacions o graus de dependència, que en el seu moment tenien. Llavors qui tenia grau 2-II quan fan els 18 anys el que ens arriba es que hi ha unes rebaixades d'aquets imports o valoracions que es fan. Això jo crec que és un tema important. Després en aquell moment va haver tot el tema de la PCNP, que es va retallar el 15%, es va treure el pagament de la Seguretat Social del CNP, això va ser un tema important, i després tot el que va suposar tot el tema de la retroactivitat, que fins aquell moment, des de que tu demanaves. Realment aquesta llei va començar, amb molta publicitat, amb moltes ganes i moltes energies. Però ha

segut molt complicada, i ha segut, jo crec, una font important de frustració. Què ha passat? Sobretot al principi hi havia molta demora; entre que es sol·licitava, es valorava i es resolía. Llavors durant un temps et reconeixien des de el moment que ho demanaves i arrel d'aquest RD, no. Després aquest RD també parlava de que no es podien fer comptabilitats entre serveis i prestacions; això mai s'ha aplicat a Catalunya, s'ha donat una certa compatibilitat entre alguns serveis amb algunes prestacions econòmiques. , que no és cap meravella, però això és així, com CD i PCNP i SAD i CD/CO, això és veritat que aquí s'ha intentat mantenir. El RD deia que no que no eren compatibles i que es tenia que triar entre una cosa o una altra, i des d'aquí no es va acatar aquesta part. Després, es clar, jo parlo des del col·lectiu de persones amb discapacitat física, el col·lectiu de gent gran és una altra realitat.

Ho dic perquè en el nostre cas va haver-hi una ordre de copagament, que realment va afectar molt el que és el nostra col·lectiu. Va ser la 339/2014, el copagament que entra el patrimoni i que va suposar, que no afecta a tota Espanya, només és aquí, això és una cosa que segons amb qui parles sembla que tota la culpa sigui de Madrid o sigui d'aquí, i les coses són relatives... Llavors perquè va sortir això, perquè no podem fer-ho d'una altra manera, perquè la crisi, perquè no sé què i, curiosament, aquí vam fer molta pressió des de les diferents entitats dels sectors de la discapacitat, no només d'ECOM, es va aconseguir en part modificar aquest ordre, amb una altra que canviessin els paràmetres. És veritat que no és ideal. Nosaltres sempre diem, ja que estem parlant tant, i es parla tant, de l'atenció centrada amb la persona, que pensem que hem d'anar cap aquí, que ens queda molt. És cert que el copagament hauria de ser igual dependent al teu projecte de vida, dels teus ingressos i de les teves despeses, s'hauria de parlar de quin copagament tu pots fer, no? No fer-ho així igualitari, i tenir en compte que una persona de 30-35 anys que pot estar en una residència, que a part de viure allà té vida i depèn de quin copagament posi és una cosa totalment injusta. Van pujar el copagament moltíssim una persona que estava en una residència gairebé tenia que pagar el 100% dels seus ingressos, el que pretenien és que la gent visqués amb 130€, i a partir d'aquí em començat a aconseguir, que no és lo ideal, però ho dic per aquesta cosa que diuen, no? Que com ens manen i no ens paguen bé, no tenim més remei. No! Aquest tema sempre el parlem quan parlem dels serveis socials, i és veritat que nosaltres aquí a Catalunya, tenim una cosa que pot ser que a d'altres llocs no passa, i és que tenim dos lleis que fan com encaix; la LAPAD i la Llei de Serveis Socials, aquest tema és un tema de concepció de país i de concepció de model, perquè es veritat que sempre ens diuen que falten recursos i és veritat. Però tant important com els recursos és com s'inverteixen aquests recursos i l'exemple el tens en aquesta llei.

És a dir en el moment en què es va idear i es va començar a planificar es parlava que excepcionalment, les PCNP serien una excepció, i que ha passat? Que el 80% del que s'ha donat han estat prestacions econòmiques, perquè en aquell moment no hi havia suficients serveis, perquè el volum va ser brutal i perquè es va fer com es va fer. Llavors és un tema que, en aquell moment, si tu mires els diners que s'han invertit en aquesta prestació econòmica són molts diners si tu mires el global. Ara aquests diners si en lloc de fer-ho així els haguessin utilitzat en un altre enfoc, molt més des de l'autonomia , potser estariem parlant realment que la gent amb discapacitat o dependència, la vida els hi haguessin millorat molt més que amb aquestes prestacions que els hi estan donat actualment; així els recursos són importants però tant important com els recursos és com s'inverteixen.

Per exemple la prestació de assistent personal està costant molt que s'avanci amb aquesta prestació econòmica, molt! Perquè no és fàcil, no és fàcil que s'avanci amb aquesta prestació econòmica, perquè aquí una vegada més barregem el que diu l'Estat Espanyol amb el que diu el departament. Es veritat que estan parlant de que volen fer un decret que parli de l'assistent personal aquí a Catalunya com la volen desenvolupar, i la Llei catalana d'Autonomia personal, veurem com queda tot això, però ara com ara, tenim una llei estatal que parla de la prestació econòmica d'assistent personal amb 2 nivells d'intensitat, que això és una cosa que es va crear a Catalunya, a d'altres llocs no hi és, i que a més a més, en el cas de la màxima, ens demanen que la persona ha de tenir contractada, via una entitat o via autònom més de 81h. D'assistent personal, amb el que li paguen de la prestació ha de copagar molt, amb lo qual, per això és tant complicat a accedir-hi. Aquí tenim la prestació de 800€ que venen de l'estat, i a més a més aquí a Catalunya es va complementar amb l'addicional pel que arriben a uns 1300€. Això per a persones que tenien prestacions de fills a càrrec o PNC és un tema que es podia desenvolupar, però si aquí li poses una persona que tingui una gran invalidesa, no cal molt alta, o una absoluta una mica alta, enseguida li rebaixen molt la prestació que li queda de la LAPAD. Llavors hi ha molta gent que no pot accedir-hi perquè realment quan li fan el càlcul no arriba. Llavors, també pensem que és una llei que ha desenvolupat tota la part de dependència però gens la part d'autonomia, que a la Llei hi havia els dos conceptes, i no és perquè sí, i que quan sintetitzem només diem llei de dependència, perquè ha sigut així, i creiem que encara falta molt en tot, aquest aspecte més de tot, el tema de la domàtica, ajudes tècniques, barres giratòries... és u tema que gent amb una gran discapacitat pot ser molt autònoma, però tot això és fonamental, tot el tema de l'assistent personal i l'habitatge són 3 potes que són fonamentals, i en aquesta llei es toca molt poc o com un annex, o molt poc desenvolupat (...). Realment el nostre és el tema de l'assistent personal, volem fer un decret i que realment es desenvolupi aquesta figura com a tal, i que no és només un recurs més, sinó que és una forma de gestionar diferent, és la que és la persona la que decideix perquè necessita l'AP, quan el necessita i quin tipus de persona vol que li faci el suport.

Els canvis per tant, claríssim al 2012, al 2014 i l'ordre de copagament del 2016. I també que hi ha com dos barems de dependència, el primer el RD 504/2007 i després el 174/2011 que el van reformar una mica. Nosaltres tenim la sensació que cada vegada va més a rebaixar, que va a la baixa. Nosaltres tenim la sensació de que així com al principi valoraven molt a l'alta, que dius, que raro que aquesta persona li hagin donat un grau 3. Ara ens estant arribant molts casos de persones amb una situació de dependència important, la valoren molt baix. Al principi el barem que va sortir era molt clar, però no sé si era un problema de la gent que anava a fer la valoració o de què, perquè veies valoracions diferents a situacions similars. Perquè aquí està tot el tema de com s'aplica i qui l'aplica i com es fan les resolucions, això és veritat i ara tenim aquesta sensació de que de cada vegada ens arriben més queixes, ens casos que dius, és molt clar, i no els valoren, o els valoren amb no grau o grau 1, en situacions de dependència realment importants.

El canvi fort és al 2012. Després al 2014-2016 apareix el tema del copagament i al 2016 aconseguim que canviï i que millori el sistema de copagament que s'està fent o un altre tema també és el tema de la cartera de serveis socials. Actualment s'està parlant de reformar aquesta cartera de serveis socials, que no acaba d'adaptar-se a l'atenció centrada en la persona. Que en parlem molt però hauriem de fer molts canvis normatius, de finançament, de funcionament de les entitats i de serveis a les persones, tenim molt camí per fer, realment (...). Fins no fa gaire la gent amb discapacitat només tenia 2 opcions que eren: viure a casa amb els pares, fins que pots anar a la residència, o vius a casa els pares amb determinats suports si tens recursos per pagar-t'ho, bàsicament és això, o vius a casa o vius a residència. Ara comencem a parlar de la figura d'assistent personal, que és com molt més amplia, perquè el SAD està molt bé, però també el Sad s'ha de flexibilitzar i

diversificar molt més, perquè no pot ser que em diguin de dilluns a divendres, perquè jo em llevo cada dia i necessito el suport cada dia, no? Ampliar-lo i flexibilitzar-lo, horari i funcions. Que en funció del projecte de vida, la persona pugui tenir els suports que necessita, jo crec que amb això em d'avançar moltíssim (...)

Com diries que ha avançat el model, el que hi havia abans al que hi ha ara?

Jo crec que amb la crisi econòmica també hi ha hagut una crisi de valors i això s'ha aprofitat per tirar 30-40 anys enrere. És veritat que hi havia una crisi econòmica però haguéssim pogut fer les coses des d'una altra perspectiva i una altra posició. Crec que ha seguit una excusa, en què s'ha justificat i que tothom s'ho ha cregut, ens han venut la moto, i ens l'hem cregut, això és impagable. Des que no ho sé, posem les coses clares, els números clars. Veiem que hem de fer pressió, perquè les coses només avancen si hi ha pressió, si la gent es consciència i fa unes reclamacions raonables. Crec que es pot avançar i crec que és un tema fonamental que els usuaris formen part de la cogestió i la coresponsabilitat del servei... Fa molts anys que tenim els mòduls congelats, el que la generalitat paga a les residències, CD...i això és una dificultat que fa les coses molt complicades.

En el sector de la discapacitat creus que s'ha introduït el sector mercantil?

Ha passat bastant això, en l'atenció del SAD hi ha bastants concursos que els han guanyat ara les mercantils i que abans els teníem entitats sense afany de lucre. En el nostre sector, la majoria, o moltes de les residències que existeixen o CD ja fa molt de temps que són del 3r. Sector, i per lo tant, encara que encara hi ha algun exemple, però encara la mercantil encara no s'ha posat en aquest tema i és veritat que en aquest sentit existeix la confederació que és la patronal del 3r. sector social que estant apostant molt per a intentar que tots aquests concursos, que el tema no vagi només pel preu. Sinó que tinguin altres coses en compte, que hi hagi un valor afegit. Crec que en gent gran ha passat més això. En GG hi ha més opcions de residències o CD privats. En el nostre cas no existeix això, hi ha algun cas molt puntual...

PART 3

FACTORS EXPLICATIUS

Per tu, quins creus que serien els següents factors que poden explicar els canvis implementats i per què?- L'increment de les necessitats de les persones; Les pressions ciutadanes per obtenir millors cobertura de llurs necessitats; Les decisions en l'esfera política i institucional; La influència de les polítiques europees; La crisi econòmica o altres factors econòmics com la globalització; o altres?

Primerament perquè quan va sortir aquesta llei es va fer moltíssima publicitat, que ens anava a solucionar la visa, amb el qual un s'ho creu, i quan comença a desenvolupar-se te n'adones que això no és així, doncs va crear molta frustració. Primerament és una llei que en un principi es va pensar per a GG, i per la pressió de les entitats de discapacitat van colar amb calçador en l'últim moment a les persones amb discapacitat, però és una llei que no ha acabat de donar resposta al nostre col·lectiu, perquè no ha estat pensada per a les persones amb discapacitat. Després, un altre tema que ens vam trobar de que van fer una previsió de com anirien les dades que "nada que ver con lo que salió después" perquè van sortir moltes més persones possiblement valorables i amb possibilitat de ser ateses. I després també aquí perquè en mig hem tingut la crisi, i l'excusa de la crisi ha fet que tornem encara molt més enrere, enrere de moltes coses que ja ens havíem guanyat, no? I després jo crec que hi ha una altra cosa i és que durant una època, potser aquí bhi va haver-hi un moviment molt fort reivindicatiu i canyero i tal i ha passat una època que em estat una mica, Bueno "mentre jo tinc la meva situació solucionada..." que costava molt que la gent es comprometés, no? El tema col·lectiu, si a mi em resolts el meu tema individual ja em va bé, i anem fent, no? Jo crec que s'han barrejat varios temes. I després també hi ha gent que encara segueix pensant que li estan fent un favor, no té la concepció de que això és un dret, per això hi ha hagut una part de dir senyors això és un dret que vostès tenen i per tant s'ha de reivindicar i realment quan no se'ls hi està resolent correctament se'ls hi ha de dir, s'ha de denunciar i s'ha de fer públic, perquè només d'aquesta manera es pot avançar. Això no ha acabat de funcionar.

Perquè jo crec que aquí hi ha varios temes: una que es veritat que la reivindicació és cansada i et cal una energia que moltes vegades no tens o poses l'enfoc en altres coses perquè el dia a dia és molt complicat. Després jo crec que hi ha hagut entitats que han anat més cap a la gestió, aquesta part reivindicativa l'han deixat una mica més de banda. I per lo tant han estat més per treure un servei més de qualitat i ben gestionat i no tant en la reivindicació realment i pot ser de vegades pot ser hi ha molta diferència entre la taula dels polítics que pensen les lleis i els usuaris, llavors això és una cosa que dius aquí no hi ha comunicació, per tant.. Crec que s'han donat diverses circumstàncies que han fet que ara estiguem així.

Jo crec que és veritat que se n'ha parlat molt que els serveis socials són una quarta pota, però ni molt menys, estamos en ello, perquè encara falta molt, amb tot això s'ha complicat la crisi, tot ha fet que en algunes coses es parés i en d'altres es tornés enrere.

Transcripció 34

PART I

PERFIL PPROFESSIONAL I DE L'ENTITAT

1. Podries presentar-te breument? Com està organitzada l'entitat on treballes i quin és el perfil de les persones que ateneu?

Jo sóc TS,i la meva feina des de 2008 fins ara és en el Departament de Benestar Social. El qual és un Departament que ha anat canviant de nom; actualment és el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Dintre d'aquest Departament hi ha una Direcció General, que és la que porta la protecció social i dins hi ha una subdirecció que treballa la dependència. I des d'aquesta Subdirecció de Dependència, hi ha un servei que treballa específicament que treballa les valoracions de la dependència. Jo estic ubicada en aquest servei, i de fet jo el que faig és, com que a Catalunya els equips de valoració de la dependència es van estructurar d'una determinada manera, a cada CCAA es va fer de maneres diferents. Aquí són equips territorialitzats i n'hi ha bastants, n'hi ha 24 en aquest moment, amb professionals multidisciplinars.

Doncs la idea és que des del departament el que em fet és : primer, ocupar-nos de la formació, d'organització d'aquests equips, de distribuir la feina i el retorn i que tothom treballi homogeniament. T'ho he resumit molt, però bàsicament la meua feina és aquesta, en aquest moment.

Vosaltres depeneu directament de la Generalitat?

A Catalunya quan es va desplegar la Llei de Dependència; la Llei és d'àmbit estatal però va deixar marge a les CCAA de que organitzessin una mica al seu aire. També, en funció de com tenien els seus propis serveis socials organitzats. Llavors aquí a Catalunya el que es va decidir va ser:

El desplegament de la Llei depèn del Departament.

Inicialment el tràmit el divideixen en dos: Una primera part de valoració i que acaba amb una resolució de la persona amb un grau determinat. I una segona part de procediment de valoració del pla que també acaba amb una resolució i aquesta fase de procediment de pla, correspon, la competència li passen als serveis socials de base, per què? Perquè és la lògica que la majoria de recursos a domicili i de proximitat estan ubicats aquí i la seva competència és aquesta. (Sergi Girau era el responsable de l'Ebaloració del PIA en el departament)

Llavors, el departament si que té la responsabilitat d'ordenar i de fer que a tot arreu funcioni igual, però diguem que, lo que és en aquests dos moments, lo que és la valoració, sí que depèn exclusivament del departament de la Generalitat. Lo que es va fer va ser convenis amb empreses públiques de salut. Dels 24 equips que hi ha exactament a Catalunya, 22 estan conveniats amb empreses públiques de salut i 2 estan conveniats amb consorcis de benestar social, que són els de Girona. Llavors el que es va fer va ser decidir de quina manera es volia aplicar els barems de la dependència, i es va decidir que fossin equips multidisciplinars, una mica similars a com estan compostats els equips de valoració de la discapacitat, o sigui hi ha un equip com nucli que el formen un metge, un psicòleg i un TS; un equip de valoradores que el perfil que se'ls hi demana sigui un perfil social o sanitari, però que tinguin formació específica en el barem. Exigim una formació, crec que són 65 hores de formació i 20 e pràctica per poder ser valoradors de dependència, per lo tant, el barem és bastant complex. Llavors aquests equips lo que fan és, amb les orientacions del Departament, les valoracions de la dependència, els hi enviem la feina i ells la retornen, i nosaltres emetem les resolucions.

Jo no faig de valoradora, tinc el títol, però estic en els serveis centrals del Departament, coordinant la gestió, o sigui, el treballs de tots els equips de valoració. Però tots els equips de valoració realment estan contractats per una empresa. Pos no sé, per exemple, hi ha un equip a Barcelona, que és el consorci integral de Barcelona, els equips que estan valorant la Garrotxa estan contractats pel consorci de Benestar social de la Garrotxa. En cada territori es van fer equip segons el nombre de població a atendre, es van conveniar amb empreses, empreses públiques sanitàries, consorcis sanitaris... amb ells el que hi ha és "heu de fer aquesta feina, d'aquesta manera i amb aquests diners; això és el que són els convenis. Perquè en el moment de llançar la Llei de la Dependència, el que va decidir és així, la Generalitat treballa molt així, va externalitzar determinats serveis, no va utilitzar els professionals que ja té al Departament... Aquest servei és que abans era el Prodep, el govern que dirigeix en aquell moment la Generalitat, va decidir que Prodep deixava d'existir com a programa i s'incorporava a l'ICASS, nosaltres som l'equip que veníem de l'antic Prodep. L'ICASS posteriorment va desaparèixer i ara nosaltres depenem d'una Direcció que es diu protecció Social, però que realment és l'altre nom que va agafar l'ICASS quan va canviar l'estructura. La idea de Prodep era, un programa dependent de BS i també de salut i en el moment de passar a l'ICASS vam perdre tota aquest pota i estem totalment ubicats en el de benestar. Jo crec que això va ser una pèrdua; des de 2011 que no hi ha ningú que dugui el tema sanitari, que estigui lligat al sanitari. Una altra cosa es que sí que hi ha unes figures que són els referents comunitaris que són les persones que fan l'enllaç entre el departament i l'àmbit local.

PART 2

REFORMES

Quan a l'accés al sistema quines modificacions o canvis creus que hi ha hagut?

No n'hi ha hagut, o sigui, quan als criteris d'accés al sistema no n'hi ha hagut cap de modificació. Al sistema s'hi pot accedir-hi si la persona justifica amb informes de salut que té una dependència, i si la persona justifica que ha viscut a Espanya 5 anys i els dos últims consecutivament, aquests són d'entrada els criteris d'accés. No hi ha hagut cap canvi respecte a això i respecte com nosaltres enviem la feina als equips i els equips valoren... d'accés diguem a ser valorat, no n'hi ha hagut cap.

Els barems es van modificar al 2011, o sigui, el barem inicial es va durar fins al 2011, i des del 2011 en ara el van modificar, el van fer més acurat, més "pere punyetes". Una mica perquè van fer, a veure en el primer barem lo que es valorava era si una persona podia fer, hi havia tota una sèrie de tasques de les ABVD que una persona podia fer, o no podia fer; per què no es podien fer i quins suports necessitava per poder-ho fer. I amb el nou barem es va afegir en quina freqüència aquesta necessitat de suport es don, de manera que si la freqüència de necessitat de suport és molt baixa, no puntua. Llavors està la visió general, de què el canvi de barem al 2011 va ser per a excloure a gent, o en tot cas baixar-los-hi el grau a les persones; perquè aquest factor de la freqüència feia que canviessin algunes de les valoracions. També es van modificar algunes de les tasques, tal com estaven descrites algunes activitats de la vida diària, i les seves tasques es van modificar: jo crec que algunes es van matitzar i es van millorar i es va incorporar que es valorés amb més sentit i amb més criteri, per exemple, la situació de les persones que malgrat fan les AVD físicament, però no les fan en coherència, ni amb iniciativa, posant-se en risc, o sigui, la part més cognitiva jo crec que es va incorporar més en aquest segon. Però si que es veritat que a l'exigir que el valorador tingués en compte la freqüència en què la persona necessita l'atenció, això va fer que moltes vegades es baixés. Perquè el barem, tal com està muntat, i tal com puntua si la necessitat de suport no és imprescindible no puntua. Bueno pot detectar que una persona necessita; però si només la necessita de tant en tant, allò no puntua, ha de puntuar quan la necessitat de suport és imprescindible. Llavors, això sí que va fer que en alguns casos el barem fos restrictiu.

I l'altre canvi que va fer, però això no va ser en el barem, sinó en el Decret de 2012 que va canviar molt econòmicament i tal. El que va fer va ser que, per exemple, la valoració que sempre havia seguit amb un grau i nivell, o sigui: les valoracions van de 0-100, i en aquell marge s'anava fent com talls, no? El grau 1 comença a puntuar a partir de 25 punt, però hi havia grau i nivell, i estava com més partit. A partir de 2012 el que es va decidir és que només hi havia graus, de manera que una persona entre 25 i 49 punts és el grau 1, entre 50 i 74 és el grau 2 i a partir de 75 és el grau 3. Clar. Què passa? Que una persona amb, per exemple, la valoris amb 25 punts no té res a veure amb una persona

que la valoris amb 49 punts, i tots dos tenen grau 1; però les seves necessitats de suport són molt diferents. Llavors això jo crec que es una manera d'excloure bastant a la gent en el sentit que què passar? Que com els accessos a les residències només es poden fer amb grau 2, que passa que molta gent amb un grau 1, però un grau 1 de molta puntuació; 45-46 punts, que realment, a lo millor, per la seva situació social necessiten un accés a residència no el poden tenir, val? Va ser una manera de restringir l'accés, claríssim, claríssim.

I a partir d'aquesta modificació comencen a revaloritzar tota la gent?

No, no, això no es va fer mai, allò, revisions d'ofici a tothom, no. El que passa que a tothom que va demanar revisió, o les persones que tenien valoracions provisionals, i que hi havia una previsió de tornar-los a veure, clar se'ls va valorar amb el nou barem, i en molts casos es van abaixar graus, però no es va fer, o sigui, el que no es va fer va ser agafar a tothom que estava valorat, vinga, tornarem a revisar a tothom. No. Però si algú demanava una revisió, o si algú era provisional i se l'havia de revisar i baixava el grau se li baixava el grau.

ASixò a més va anar vinculat a uns retalls econòmics. Per què? Perquè hi havia diferents, per exemple, per als ajuts econòmics hi havia unes diferents quanties que depenien del grau i del nivell. Però quan es van fer els retalls al 2012, només es van posar quanties per als graus, i a més a més aquests quanties eren menors, es van rebaixar. Am lo qual, per exemple les persones que tenien un grau 2, nivell 2 amb una certa quantia, quan passaven a grau 2 sortien perdent. Per què? Perquè com s'havien canviat també les quanties de pagaments (això si vols t'ho enviaries en quadres) per les diferències que van suposar, sobretot per a la gent que rebia la prestació econòmica, val?

Mira posem pel cas un grau 2-1 cobra 100, posem-ho així per entendreu fàcil, un grau 2-2 cobra 200, i al 2012 quan canvien ens diuen, ara el grau 2 cobrarà 150€, val? Llavors què passa, que les persones amb grau 2-2 i que cobraven 200€ nosaltres els hi diem vostè no ha canviat el grau, vostè segueix tenint un grau 2, però sense nivell, es queda en un grau 2, però a més a més, ara ens diuen que al grau 2 no li pagaran 200, li pagaran 150€. Qui tenia un grau 2.1 i ara passarà a un 2 guanyarà una mica, perquè abans n'hagués cobrat 100€, ara passava 150, van fer una mica així, però tot i així és retallada, la gent ha acabat cobrant menys, perquè a més a més havia això aquest 15% que van retallar.

Com valoren el tema de les llistes d'espera? Creus que també ha estat una manera de restringir l'accés?

A veure jo t'explico, hi ha CCAA que des de l'inici que es fa una sol·licitud fins que arriba la resolució és tot un únic procés i quan li arriba la resolució vostè ja té dret a aquest servei i a aquest recurs. Llavors aquí es va dividir. La Llei diu que entre que una persona sol·licita entre que una persona rep el recurs, o el servei, han de passar com a molt 6 mesos. Quina és la realitat? Sobre això el que es va passar o es va decidir va ser: la valoració s'ha de fer en tres mesos i l'elaboració del PIA els 3 mesos següents. Quina és la realitat? En els primers inicis d'implementació de la Llei, Bueno, un desborde total, una gestió caòtica, que Bueno... les coses fetes que no tenien pràcticament ni sistema informàtic, llavors unes cues tremendes, i tardaven 7-8 mesos. Des l'any 2011 al 2014-2015, jo crec que la llista d'espera per la valoració la van baixar bastant i van arribar a aconseguir que a tot Catalunya no passes de 3 mesos, però ara tornen a estar col·lapsats; perquè hi ha molta demanda i tornem a estar col·lapsats, el tema ve, no per la organització, que el tema ja el tenim més lligat, sinó per la molta demanda que hi ha. Les diferències estan territorials, per exemple hi ha zones que els equips de valoració estan complint a "raja tabla" lo de valorar en tres mesos, la majoria estan sobre 4, i en alguns casos, com per exemple, Barcelona ciutat que és on està el drama, i bueno, en el Baix Llobregat també entre 6-7 mesos i en alguns casos han arribat a 8 mesos, clar, això és exagerat. Això per una primera part que és la valoració de grau, després, la segona part també és un drama, perquè no s'està tardant 3 mesos, s'està tardant en alguns llocs més d'1 any. No de tot, eh? Des de que tenen el grau fins que se'ls hi fa el PIA i tenen el recurs un any, molt endarreriment. El tema de les esperes en el PIA sempre ha sigut com més aixís, i amés dir-te, que com és una tasca que s'envien als serveis socials dels ajuntaments, en funció també de la seva organitzacions, perquè no tots els serveis socials estan organitzats de la mateixa manera, funciona amb més o menys rapidesa, perquè hi ha bàsicament dues formes de organitzar-se els serveis socials; una, és els equips que tenen un equip específic per treballar la dependència i punt, i aquests fan tota la gestió, i els que estan integrats com una funció més dels serveis socials de base amb totes les seves altres funcions. Jo crec que el departament no ho ha fet gents bé, ha recolzat molt poc als ajuntaments en aquest aspecte, i Bueno, no et sabia justificar els retards amb els PIAs. Una part té a veure amb la gestió de la recopilació de les dades econòmiques, Bueno a Catalunya es fa copagament, en altres CCAA no ho heu notat això, però el copagament que és fa Catalunya vol dir que s'ha de fer uns càlculs econòmics i això burocratitza i retarda també la feina, i això no és del món local, això és també de la Generalitat, el tema de recopilar les dades econòmiques i veure quina és la situació econòmica de la persona, perquè després dels recursos als que accedeixi, se li farà pagar més o menys..

I el tema del copagament ha variat?

El copagament ha variat perquè en algun moment no es tenia en compte el tema del patrimoni immobiliari, però ara, en aquest moment, sí, llavors a la persona se li tenen en compte tant els ingressos monetaris que tingui, pensions o coses d'aquestes però també se li tenen en compte els béns. També es té en compte si té una persona a càrrec o no pe descomptar-li. Jo crec que lo més greu és el copagament que està implementat a Catalunya, i que és que a la persona se li té en compte una determinada quantitat pels béns immobles que té, això se li summa com si fossin diners que té a disponibilitat i no és així. Perquè un bé immoble fins que el vengis no et rendeix res, s'estan fent els càlculs en base a això, sobre els valors cadastral i percentatges (...) s'està aplicant, hi ha persones que tenen pensions, per posar-te un exemple de 1000€ i al computar-li els béns immobles, doncs potser passa a 1100, com que el preu públic de la residència, si posem pel cas són 1200€, pués només cobren 100€, seria així, quan tots sabem que una plaça residencial a 1200€ no la trobes en lloc, van de 2000€ en amunt. Es donen tot un seguits d'incongruències.

L'increment en el volum de peticions que t'he comentat a partir de 2014-15, nosaltres creiem que té a veure amb la crisi econòmica. Les persones que han d'atendre persones dependents és una despesa extra que pràcticament no poden assumir i el tema de poder tenir un ajut econòmic és el que tothom pràcticament vol. Bueno en moments de crisi econòmica per a les famílies és molt important... Nosaltres creiem que moltes vegades, o les mateixes famílies, o els mateixos professionals, promouen a que es facin valoracions de dependència, quan moltes vegades són persones que encara no donen el perfil perquè no arriben al grau, això està passant, i després també, perquè les persones amb grau que tenen molta necessitat d'atenció i que no accedeixen a recursos residencials, lo que es dona molt són demandes de sol·licituds de revisions, constantment. Allò de voler arribar al grau 2, i la gent va demanant revisions. Bueno això és un problema perquè jo crec que el sistema el que no està fent és cobrir les necessitats que les persones tenen, en el moment que les tenen, val? Per exemple, lo més fragant, la valoració de la dependència. Quan es va idear no es va pensar mai que contingués un aspecte social a tenir en compte. El barem valora la

funcionalitat de la persona, com la persona es manega en la vida diària, en activitats molt bàsiques, però no té en compte volgutament, eh? No té en compte cap aspecte social, si té suport, o no, si l'habitatge està en condicions, si la persona viu sola, si és una persona fràgil (...) No es té en compte res d'això. Per què tots aquests aspectes socials es va considerar que es tindrien en compte a l'hora de fer el pla d'intervenció, quan tu fas i quin recurs necessites. Però en realitat això tampoc és veritat, perquè en el moment que dius tu només pots accedir a una residència en un grau II, estàs vinculant que l'accés a la residència va només lligat a la funcionalitat. Però la situació social d'aquesta persona que esta sense llar, posem el cas, o sense suport social ni familiar, posem el cas, aquesta persona fins que no tingui un grau II no la podràs posar a una residència. Llavors això és una mancança molt greu del sistema, perquè evidencia que el sistema no està donant resposta a les necessitats. I una altra cosa molt evident és tot el tema de les prestacions econòmiques de CNP. En el 2012 van introduir també dos canvis brutals. L'1, excloure als cuidadors de la seguretat Social. Això jo ho trobo gravíssim, ho trobo a més que va en contra d'un sector de la població majoritàriament dones. Dones que han cotitzat molt poc sobre la seva vida laboral en una edat entre 50-60 anys. Jo això ho trobo gravíssim...I l'altre es el tema que aquesta prestació la persona la comença a cobrar al cap de dos anys d'haver-li dit vostè té dret. Ara mateix a una persona que té dret a què li paguem, perquè té un cuidador no professional a casa, que ha de ser un familiar a casa que hi conviu, i li diem; sí. Sí, vostè té dret però no li pagaré fins aquí dos anys, quan la necessitat la té ara. Això està passant ara. Bueno això va ser a 12, van incloure 2 anys. Des d'aquest any, el que està fent la Generalitat és 1 any i mig. No és perquè hi ha llista d'espera, és perquè es va determinar que aquesta prestació no es pagaria fins al cap d'un any i mig per qüestions de finançament; aquesta és la raó que ens donen als professionals, en tot cas. Imaginat a l'inici de la Llei de la dependència, lo que diu la Llei és que el govern assumeix el 60% del finançament d'aquesta Llei i el 40% les CCAA. En aquest moment, jo no sé molt bé les xifres, però l'Estat està finançant el 17% aproximadament i les CCAA estan pagant el 80% i la part que falta és el copagament que fan les persones. El problema greu d'aquesta llei és l'infra-finançament que ha tingut des del principi, i que el RD del 2012, el que va voler va ser Bueno anem traient-li finançament de totes bandes

Quins altres canvis creus que es podien assenyalar?

A partir del 2012, jo no sé si n'hi ha hagut cap altre, s'han anat aplicant les derivades del 2012, aquest tema de la suspensió de 2 anys de les de les PNC, el RD de juliol diu que deixa a mans de les CCAA la potestat de deixar en suspensió aquesta prestació. Però aquí a Catalunya es va agafar des del primer dia i es van fer dos anys fins aquest any que es fa en 1 any i mig, però pensa que a més a més, les persones que en tenen dret comencen a cobrar a partir d'1 any i mig i comencen a cobrar aquell mes, ja et dic la retroactivitat no existeix no n'hi ha. I les persones que moren en el procés, després que s'ha iniciat el procés i tot, si no tenen un pla signat i elaborat i tal, els hereus no tenen dret a reclamar res de res. Quan la persona es mort tanquen l'expedient. En l'inici de la Llei, havia hagut que les persones que acreditaven que eren els hereus, com havia el tema de la retroactivitat moltes famílies si que tenien dret a percebre allò que haguessin tingut dret si la persona no hagués mort, i a partir de 2012-13 també es va eliminar. Es va dinar que si no hi ha un pla fet i pactat, les persones no tenen dret, i a més a més, les persones no han ni començat a cobrar, retroactivitat zero, per tant no dret.

Què ha passat a nivell organitzatiu, amb els equips, creus que també hi ha hagut reestructuracions en el tema de personal?

Si et refereixes als equips de la dependència en concret hi ha hagut fluctuacions. Va haver-hi un moment que hi havia tantíssima, tantíssima feina que els equips es van dimensionar d'una determinada manera, per població, segons la població havia d'haver un determinat nombre de valoradors, un nombre determinat d'hores de TS, hores de psicòleg, metge i tal. , Llavors aquests s'han anat mantenint, però lo que és l'equip de valoradors si que es veritat que en algun moment que la feina potser va baixar, les empreses van deixar de tenir aquests professionals i en el moment que hi ha hagut una altra repuntada, aquests professionals els han hagut de recuperar. També és veritat que és difícil trobar valoradors acreditats, perquè per ser valoradors has de tenir el títol de valorador i nosaltres inicialment, el departament van fer dues vegades dues formacions amb l'UB, a partir del 2010 ja no en vam fer, <llavors hi ha un problema greu de poder proveir en els moments punta, en els que hi ha necessitats perquè hi ha un increment de poder tenir el nombre de valoradors necessaris, per poder treballar (...). En el cas dels equips de la dependència no hi ha hagut reestructuracions ni canvis, a part que cada empresa pública s'han anat reestructurant en funció de la feina que anaven tenint (...).

Creus que s'està donant una privatització dels serveis?

Pel que fa als serveis la demanda de centres residencials és un drama, perquè les llistes d'espera són llarguíssimes, es va arribar a un acord l'any 2013-14. Que es van acreditar, podien donar serveis, havien de complir uns determinats requisits. Primer havien d'estar concertades, després es van fer col·laboradores, i va arribar un moment que si una residència estava registrada i el servei d'inspecció l'acreditava, ja se li permetia que pogués tenir persones amb prestacions vinculades a residència. Justament per la manca de places. En CD el problema és una mica al revés. I és que el CD és un recurs molt bo, però molt poc accessible per horaris, per transport, per a les famílies, i el tema de SAD depèn, perquè l'atenció domiciliària les hores que es donen són poques, les famílies normalment necessitem més, i a partir de l'any passat es va incorporar l'ajut econòmic per a SAD, ara, en aquests moments, les persones que no poden accedir al SAD que donen els SSB, però també poden accedir a determinats serveis privats amb ajuts econòmics a l'ajut domiciliari. , Bueno aquí hi hauria molt que parlar perquè l'atenció domiciliària és un servei abandonat en aquest país, i que no està, que realment aquí el departament no ha regulat bé, ni ha facilitat als municipis que fos una prestació digna en aquest moment.

Però les PEV han existit sempre?

La del SAD des de l'any passat que funciona, però les prestacions econòmiques per accedir a CD, a residència, aquesta sí. Però el que passa és que la PEV de SAD inicialment era donar el recurs, el servei, jo amb això sóc molt crítica, perquè penso que és un abandonament del departament respecte a incrementar i millorar el sad i en lloc de dir tinc un problema, necessito més hores i en lloc de donar un bon servei públic, és a dir, Bueno, va, ho soluciono donant diners perquè la gent pugui anar al privat, a mi no m'acaba d'agradar... Jo recordo els inicis de PRODEP i de la Llei, totes les expectatives que va crear, i una era per exemple treure del treball negre a totes les cuidadores que estan en els domicilis, i poder-les dignificar, i poder professionalitzar-les, tot això s'ha quedat en res, en absolutament res. En lloc de professionalitzar.

En lloc de donar els serveis, lo que s'ha fet és el contrari, no? Donar els diners i ficar les dones, perquè majoritàriament són les dones cuidadores d'una cert, les tinguis cuidant i mal cuidant...

PART 3

FACTORS EXPLICATIUS

Per tu, quins creus que serien els següents factors que poden explicar els canvis implementats i per què?- L'increment de les necessitats de les persones; Les pressions ciutadanes per obtenir millors cobertura de llurs necessitats; Les decisions en l'esfera política i institucional; La influència de les polítiques europees; La crisi econòmica o altres factors econòmics com la globalització; o altres?

Jo crec que els canvis que s'han donat tenen a veure amb factors econòmics i factors ideològics. Ideològics perquè tu tens quines polítiques s'han de fer en la dependència, tenen una determinada ideologia i una determinada manera com han de ser. Jo crec que a l'inici a la LAPAD tenia un propòsit, que era professionalitzar, incrementar els serveis públics... però els governs posteriors que han hagut a despanya, però també aquí a Catalunya, estan per una altra banda, llavors aprofitant que el moment econòmic era dolent i finançar una llei com aquesta, que volia dir abocar-hi molts diners. Pués clar, et va perfecte dir mira no tenim calers i a més a més, jo noestic disposat a incrementar els serveis públics, ja m'està bé, un determinat sistema de benestar en que jo com administració faig molt poqueta casa i ho encolomo tot, tot privat, no? Doncs tot privat, va creixent... i en aquests moments per exemple en els accessos per exemple a les gestions dels serveis residencials que és lo que està fent la Generalitat. Dona els serveis, acaben concursant i guanyant empreses, o en l'atenció domiciliària, acaben concurant i guanyant empreses que no tenen cap interès social, que la seva finalitat és pura i dura la del benefici. Llavors jo crec que aquí hi ha aprofitat el moment econòmic que és dolent, i tot el que tu vulguis, però ajuntant-ho amb una ideologia en la que tu no estàs realment a favor de donar serveis públics. Jo crec que és així, Bueno és la meva opinió. Sí, és claríssim, el partit popular va entrar a "SACO".

Com va anar la reestructuració del departament?

També va ser un moment de canvi polític a la Generalitat, vam passar de l'últim tripartit, ara no recordo quin conseller era, però va anar a un canvi polític a la Generalitat: prodep i l'inici de la dependència va ser l'últim tripartit i a partir que va haver de començar a haver-hi convergència. Es va tornar a reestructurar el departament i aquest programa que estava a cavall entre salut i benestar, es va assumir una altra vegada des de benestar i va suposar una retallada de personal. Propdep era salut i benestar, però també estava el món local. Llavors les persones que en aquell programa venien de salut, pos al passar això al departament de benestar se'n van anar cap a salut, les persones que estaven del món local se'n van anar al món local, jo que estava per benestar, o l'Elena Pérez, els que estàvem ja, que estàvem vinculats al departament, van continuar al departament. Però tota la gent que estaven en altres administracions van estar fora, sí. Jo crec que va ser voler-s'ho mirar d'una l'altra manera, voler-ho centrar tot des del Departament de Benestar, es va perdre l'oportunitat de la visió més amplia d'incorporar en tot el procés a tots els agents; a salut, i a l'àmbit local, de fet és una restricció important.

Transcripció 35

PART I

PERFIL PPROFESSIONAL I DE L'ENTITAT

Podries presentar-te breument? Com està organitzada l'entitat on treballes i quin és el perfil de les persones que ateneu?

Sóc Maria González, sóc referent de la dependència del Barcelonès Nord: Badalona, Santa Coloma i Sant Adrià des del 2007, i porto lo que és la coordinació entre l'ens local i la Generalitat, o autonòmic. Faig una mica de medidora. Reviso els expedients, els valido i els entro, i procuro mirar no des de la sol·licitud, però sí que des de que entrena a l'ajuntament, es valoren, es fa el pia dintre de l'ens local.

PART 2

REFORMES

Quins altres canvis destacaries i com creus que han afectat a les següents àrees?. Accés al sistema: Procediment (avaluació-resolució- PIA) i criteris d'elegibilitat o valoració. Accés als serveis i prestacions: llistes d'espera en l'accés prestació.

L'inici va ser al 2007, tot i que la implementació dels pies es va realitzar al 2008 i havia un barem de valoració que posteriorment es va modificar i un desplegament de graus i nivells que després també es va modificar. En un principi la gent es valorava en un grau i nivell i a partir de 2012 desapareixen els nivells i només són graus, això és una de les modificacions més importants en el tema de barem. Parlem primer del tema de valoració, a més a més lo que és el barem de valoració al 2013 es va modificar. Llavors es va fer al col·lectiu de malalts mentals, perquè abans de 2013 3ls malalts mentals sortien no dependents o en un grau 1 i es va modificar de tal manera que tot el tema de supervisió i d'estar a sobre d'una persona puntuava i per tant sortien amb més grau. Però per una altra banda, va penalitzar a la resta de col·lectius, en el sentit que abans es valorava si una persona sortia al carrer i a partir de 2013 la persona que no surt al carrer tot el tema de barreres arquitectòniques i d'orientació amb l'exterior no puntuava. Per tant, és un canvi important, perquè la gent, es veu, que amb l'antic

barem la gent puntuava molt més alt que amb el nou. A partir del nou barem el que es fa és una restricció en els criteris de valoració. Perquè s'ha comprovat que gent valorada amb grau 3, sense haver empitjorat ni millorat, estant en la mateixa situació, ara sortirien grau II. I molts amb grau 2 que demanen revisió s'ha d'anar en compte perquè poden baixar a grau 1, o sigui, en el tema de la valoració això canvia. A més a més, abans, una persona que s'havia valorat i es donava la valoració com permanent, quedava permanent, i si demanava revisió no baixada, ara pot baixar. Ara si té una revisió en estat permanent i surt provisional baixa de grau, es considera provisional, es torna a valorar d'ofici i si coincideix amb el nou grau li baixen el grau. Diguem-ne que ara per treure la màxima puntuació i treure un grau 3 s'ha d'estar molt pitjor que en el primer barem.

Aquests canvis van coincidir amb el RD 2012, va coincidir en què va haver-hi una sèrie de canvis, per exemple, a l'inici la persona CNP cotitzava i la cotització la pagava l'estat, a partir de 2012 ho deixa de pagar i si algú vol cotitzar s'ho ha de pagar voluntàriament. També la persona en el moment que feia la sol·licitud generava retroactivitat, en CNP aquesta retroactivitat es perd, l'únic que la gent que tenia dret a cobrar la retroactivitat es va dir que tindria dret a cobrar-la en 5 anys, després es va modificar a 8 anys, però això la gent que ja havia generat un dret. Però la gent a partir de juliol de 2012 o de l'1 d'agost de 2012, que canvia a més l'import de les prestacions, aquesta gent ja no genera dret a retroactivitat. A part les prestacions baixen; per exemple una persona amb un grau 3-2 cobrava 520€, ara que no hi ha el nivell 387, i la gent que manté el grau i nivell, la gent que no ha canviat, que no ha tingut cap modificació, i que manté el grau i novell, com a molt cobra 410€, per tant la gent ha sortit perdent. Des d'un inici sortia perdent. En un inici hi havia una sèrie d'expectatives que no s'han complert. Un dels canvis també era que el grau 1 havia de iniciar-se al 2011 i van posposar-lo a l'1 de juliol de 2015.

I quant als canvis en el copagament?

Va ser l'ordre de copagament de 2014. Es va treure la PCNP al 2012 i al 2014 es va modificar el copagament, perquè abans de l'1 de maig de 2014, el que es feia és que només es tenia en compte la renda de la persona i a partir de l'ordre de copagament es té en compte el patrimoni, el cadastre, la renda, Bueno tot; es té en compte també la primera vivenda però a partir dels 300.000€ del valor cadastral, que és molt, hi ha poca gent a la que ha afectat això, però sí que ha afectat el patrimoni, el que passa és que també el que s'ha afegit es que hi ha una sèrie de bonificacions, que abans no es tenien en compte, o sigui, abans era només renda i ara si que es manté com a bonificació que tinguis una hipoteca, un lloguer, això es té en compte. I un altre dels canvis importants va ser que ara per cobrar el cuidador es triga 18 mesos, no és immediat, parlem només de CNP, eh? Si la persona causa exitus abans no cobra perquè no genera retroactivitat.

Canvis en la provisió de serveis?

El fet que es trigui 18 mesos en cobrar un CNP el que ha fet la gent és demanar SADs, serveis d'atenció a domicili, què passa? Que el pers a caigut sobre els ens locals, perquè clar, els serveis de proximitat que se n'encarrega l'ens local pos bàsicament recaigui molt de pesa, i que ha passat? Que el SAD s'ha ampliat la demanda, i els ajuntaments no tenen prou hores per oferir, és una despessa, i a més com la llei ja t'ho posa com un dret, pos lo que passa és que lo que són els ens locals, Consells Comarcals no tenen la bossa, la tenen a topen en molts, eh?, no en tot, però jo et parlo del meu territori. Llavors augmenta la llista d'espera, no tots els territoris tenen llista d'espera de SAD, però sí que és veritat que ha augmentat la càrrega econòmica cap a l'Ajuntament. Després el CD, el problema és que no hi ha prou places, com sempre no hi ha places públiques ni acreditades. La gent que fa? Si es queda a casa necessita teleassistència, àpat a domicili... perquè clar, una part és la dependència, però hi ha una altra part que no entra dins la dependència però que recau sobre els ajuntaments i ve vinculat a què una persona romangui a domicili amb un SAD, ja que potser també necessita neteja, àpat, higiene, tots els serveis a domicili que no entren en dependència. Però el fet que una persona necessiti una residència, i no tingui plaça i s'hagi de quedar a casa, vol dir incrementar els serveis municipals d'atenció.

Llavors, quina resposta dóna l'ajuntament?

Hi ha prestacions econòmiques vinculades a empreses de SAD, llavors també s'han incrementat les prestacions vinculades a domicili, igual que han entrat les prestacions econòmiques per a CD o para residències, perquè no hi ha places públiques, Són bastant ràpides, només és en la PCNP que es demoren 18 mesos, eren 24 i es van canviar a 18, i de moment 2016-17 s'han mantingut en 18, però les altres triguen, 3-4 mesos, no triguen més, l'impacte sobre una prestació varia...

A nivell organitzatiu que podries dir més?

El tema de copagament es va modificar... l'ordre de pagament de 2014, el que ha afectat sobretot és a les vinculades, que s'ha posat un topall de 19000 per grau 2 i 21000 o 24000 per grau III. Es a dir, tota persona que la capacitat econòmica superi aquest tram, l'import és zero, no li correspon res. I quan parlem de capacitat econòmica, no és la renda, és que si tu tens propietats o lloguer, o no se que, tot això s'afegeix a la renda i el que fa és que la teva capacitat econòmica superi aquest barem, i et quedis sense prestació, és a dir, depenent del patrimoni que tens, encara que no tinguis ingressos líquids. Si tu tens 3 pisos i 3 pàrquings no et correspon res, en funció del valor cadastral, tu tens dret a la plaça pública però no a la PEV. El que té molts, molts, diners li surt més a compte una plaça pública que una privada.

Tu creus que s'ha produït un increment de serveis privats?

Sí, sí que hi ha hagut un increment d'empreses d'atenció a domicili i de CD, sobretot que comencen com a privats i després s'acrediten per poder entrar gent, coma mínim en el meu territori.

Quins canvis creus que hi ha hagut en el mercat laboral?

En el moment que es va iniciar la dependència va haver-hi un "boom" de contractació i aquest boom no s'ha ampliat, també va en funció de l'aposta que ha fet cada municipi, n'hi ha que han apostat fort pels serveis socials i han augmentat plantilla, i hi ha municipis que s'han quedat congelats amb la primera tongada de gent que va haver-hi al 2007, a l'inici de la dependència.

Què en penses del model? Creus que s'ha acabat implementant el model universal?

Quan a serveis s'ha retallat molt, quant a l'accés al servei públic el comparo amb l'antic AR, el que passa és que el que sí es veritat que en els últims anys s'han concertat i acreditat moltes més places, això és veritat, cada cop hi ha més places públiques, però que tampoc donen resposta a tota la demanda que hi ha; ni la donaven, ni la donen. Si que van fer un intent de neteja perquè hi havia gent que estava apuntada en llista d'espera, i que quan la cridaven no volia entrar, o sigui que hi havia una llista d'espera que no era real, i ara es té que la gent que renúncia a una plaça ja no pot estar en tantes llistes d'espera, la gent ja només es pot apuntar a 3 (...)

PART 3

FACTORS EXPLICATIUS

Per tu, quins creus que serien els següents factors que poden explicar els canvis implementats i per què?- L'increment de les necessitats de les persones; Les pressions ciutadanes per obtenir millors cobertura de llurs necessitats; Les decisions en l'esfera política i institucional; La influència de les polítiques europees; La crisi econòmica o altres factors econòmics com la globalització; o altres?

Jo crec que hi ha hagut un tema econòmic, la crisi econòmica, però, a més a més, que hi ha hagut un partit molt de dretes que ha permet això. Jo crec que no hi havia cap interès en tirar endavant unes polítiques més progressistes i més properes a la ciutadania, crec que hi ha hagut un partit que ha retallat molt, que de fet a les seves CCAA la dependència no tirava endavant, no s'ha desenvolupat com al País Basc o a Catalunya, val? També la crisi econòmica ha acompanyat, i jo penso que el govern en el seu moment va aprofitar per fer la retallada. Ara, sí que és veritat, és que el RD del 2013 el va fer un govern socialista, al 2012 estava Zapatero, i li diuen el decretazo de Zapatero, però que l'altre govern que ha vingut tampoc ha sabut recolzar aquesta política. Després de l'impacte de la crisi, no hi ha hagut un interès per reforçar, per millorar, potser les inversions han anat a una altra banda, però no pas en serveis socials.

Transcripció 36

PART I

PERFIL PPROFESSIONAL I DE L'ENTITAT

1. Podries presentar-te breument? Com està organitzada l'entitat on treballes i quin és el perfil de les persones

Soc la directora d'administració i gestió de la Fundació Redós de Sant Josep i Sant Pere. La Fundació és una entitat més que centenària, es va construir al 1849 i és la resposta de la societat civil de Sant Pere de Ribes a una crisi econòmica (...). Al 1906 va començar la seva prestació assistencial de la mà d'una comunitat de religioses, les germanes d'Arderos, i durant 99 anys aquestes germanes van continuar la tasca assistencial aquí al Redós (...). La Fundació només té la residència de GG. Als anys 70 es va iniciar el que era una llar residencial, elles ho van estar gestionant fins al 2005 (...). Al 2005 van fer un salt quantitatiu i qualitatiu al 2010 vam inaugurar l'edifici on estem ara, i on havíem més que duplicat la capacitat. Quan van marxar les monges teníem 39 residents, i en aquest moment, després de la construcció d'un nou edifici, tenim 113 places de residència assistida de les quals 66 són públiques, la resta són privades. Tenim 55 places de centre de dia, totes plenes. Tenim un servei que es diu centre de promoció de l'autonomia per poder donar suport a aquelles persones que encara, per acompanyar l'envelliment, fer activitats i per donar suport a les persones que comencen a atansar-se a la fragilitat però encara no presenten dependència i poder ajudar-los en tots aquells aspectes que puguin retardar. Són activitats que estan obertes a la població en general i que s'adequen molt a les necessitats que puguin tenir aquestes persones (...)

PART 2

REFORMES

Si us plau, podries dir-me quins han estat els canvis o reformes més significatives en el sistema de la Dependència (LAPAD) des de 2008? I com creus que han afectat a les següents àrees?. Accés al sistema: Procediment (avaluació- resolució- PIA) i criteris d'elegibilitat o valoració. Accés als serveis i prestacions: llistes d'espera en l'accés prestació.

Jo dir-te el reglament i les normes, no. Però el que sí que sé és que quan va sortir la LAPAD realment va ser un impacte molt fort per tots. Perquè per a mi lo més important és el reconeixement de dret subjectiu que té la persona i això va obrir les portes que hi ha hagut moltíssima altra gent que en un moment determinat no podien accedir en aquell moment als criteris que posava l'administració, que eren variables i eren criteris que marcava la pròpia administració. Podien accedir a tenir un ajut per a poder ser atesos en la seva dependència, i això va marcar un punt d'inflexió molt gran. Jo penso que durant el primer temps que va funcionar la Llei de la Dependència.

Es va posar en marxa d'una forma un tant precipitada. De fet a nosaltres ens va comportar, quan nosaltres vam iniciar aquest procés nou de canvi de model, de passar d'un model obsolet que tenien les monges, a un model assistencial i d'acord amb els criteris de qualitat de la Generalitat, a nosaltres ens va impactar d'una forma important, perquè els contractes que teníem eren contractes totalment obsolets (...). Des del començament nosaltres el que vàrem veure és que hi havia una accessibilitat molt fàcil i a més a més, semblava que estiguessin repartint diners. A mi em preocupava bastant perquè deia, a més a més, els hi arriba, i no els arriba vinculat a la prestació del servei, i això es va anant corregint. Aquestes primeres decisions, els primers reajustos de la prestació de servei i de la prestació d'ajuts adinerats en relació a les vinculades a la prestació de serveis residencials. Al principi va haver un desastre bastant important a com es donaven els diners, perquè no es donaven vinculats a la prestació del servei amb la qual cosa una família podia rebre ajuts, 15000€, pagar a la residència 700€ quan el

servei que estava prestant era de 1500€ i anar-se'n en aquells 15000€ de viatge, que jo deia aquest se me'n va a "Hololulu" amb els diners de l'avi i la residència no rep aquest diners. Al principi va haver-hi molt de desori. Gràcies a la pressió que vam estar exercint els prestadors de serveis això es va anant corregint, i aquí, per mi, són les primeres reformes, que van començar a donar, almenys com a gestió dels recursos, van començar a donar sentit a allò que ens estava dient la Llei. Les prestacions vinculades al servei, al principi no eren vinculades, donaven les prestacions al servei, a la seva família però noli vinculaven que fos pel servei que estaven rebent. Li reconeixien el dret a la prestació, però en cap lloc especificaven que era per al servei i nosaltres aquí ens ho vam treballar molt bé. Perquè jo vaig parlar amb totes les famílies i només va ser una sola família que no va pagar endarreriments a la residència, però a tot arreu va ser així. Aquí va ser un temps d'un cert descontrol. Les primeres reformes via ordres que va fer la Generalitat van anar reconduint tot aquest tema i això per mi va ser important. Després van passar una etapa que ens van adequar perfectament als perfils de valoracions, eren correctes.

Després jo penso que el gran canvi va ser quan van canviar els criteris de valoració i aquest gran canvi del barem de valoració. Jo sempre els hi dic quan vaig a la Generalitat que formes part de les retallades encobertes. A nosaltres en el nostre sector el que són les quotes les tenim congelades; el que ens pag la Generalitat per una plaça ho tenim congelat des de 2010. Excepte el grau 2 que ara, aquests any, l'han modificat, i l'any que ve també el modifiquen l'incrementen, però fins ara no s'havia incrementat. Però com a retallada encoberta hi havia quan van reformar els criteris de valoració. Això ho hem posat moltes vegades damunt la taula i jo no n'he pogut treure mai l'entrellat, i la Generalitat sempre diu que els criteris de valoració van ser modificats des de la Llei estatal. Aleshores, el que passa és que sempre estem dient, si no ho haguessin volgut aplicar, potser ho haguéssiu pot continuar fent-ho igual. Ells diuen que era impossible i que s'havia d'aplicar. La qüestió és que això ens ha suposat, tant per als usuaris com per als prestadors de serveis, un impacte molt important, perquè aquest canvi de criteris impacta directament sobre el model assistencial. De cop hi volta totes aquelles persones que nosaltres teníem com a grau 3 de dependència, ara es valoren com a grau 2. Això vol dir una percepció d'ingressos menor per a aquella persona que abans hagués estat valorada com a grau 3, de cop i volta te la valoren com a grau 2. Què vol dir? Que si aquella persona ocupa una plaça com a grau 2, la Generalitat paga com a grau 2. Però la complexitat assistencial d'aquesta persona és de nivell 3. Si que es cert que no et de manen que tu poses les ràtios de personal adequades al nivell 3. Et diuen és un nivell 2. Però si tu treballes amb consciència i el teu model assistencial és un model sòlid, que posa a la persona per davant de qualsevol altra consideració, nosaltres no podem, som una fundació, no tenim un objectiu mercantil. Amb la qual cosa, el que no poden fer és no atendre aquelles necessitats i sabem que aquelles necessitats ens requereixen més personal perquè hi ha més complexitat assistencial. Paral·lelament a tot això, també cal ressaltar que durant aquest període de temps, quan a canvis en el model propi de la Generalitat, és a dir, les places que ells tenien considerades com a sanitàries, que tenien un preu, aquests places les han anat retallant arrel de la crisi. Al centres sociosanitaris hi ha hagut una gran retallada, o sigui, en un moment determinat van dir "tothom és altable". Tenien persones en llarga estada en sociosanitari que probablement tenien perfil social, però el tenien allà. Allà pagaven 2000 i pico d'euros per cada llit, perquè era sanitari. Els van donar tots altables i a nosaltres ens han arribat... Què han fet amb aquestes persones, reubicar-les en centres residencials. Les residències s'estan convertint en centres sociosanitaris. Això és el que està començant a passar aquí. Això serà el futur d'aquí. I tenim clar que s'ha de reforçar el sistema comunitari perquè sinó serà insostenible. Les retallades als centres sociosanitaris van ser al 2011-12. De fet, a l'any 2007-08, quan ja va començar a esclatar la crisi de veritat es van començar a plantejar altables al socio, allà ja es va començar a treballar lo altable, ja no entres a un socio per morir. Sinó que entres en un socio per un temps. T'estabilitzen i a casa. I a casa pots tornar així? No. On? A residència social. Ja vam començar a veure paral·lelament el canvi de model que ens obligava a professionalitzar encara més les nostres places. Perquè ens estava arribant gent que se'ls hi estava donant el servei en un sociosanitari amb tot un ventall de professionals a l'abast que nosaltres teòricament no em de tenir. Nosaltres no em de tenir metge les 24h del dia. El que es van carregar és la LLE, que a més a més el perfil que tenien era social i allà l'administració pública estava pagant 2000 i pico d'euros per una plaça que una persona no havia d'ocupar i, en canvi, nosaltres, en un moment determinat, aquí nosaltres quan una persona es desestabilitza teníem moltes dificultats per poder fer un trasllat (...).

El que està clar és que estem assistint, i ara és una reforma estructural, estem assistint a aquest desmantellament del sociosanitari, i aquest desmantellament del sociosanitari ha tingut un impacte important dintre de la residència. Això que et comentava justament dels canvis de criteri a l'hora de fer les valoracions de la dependència, a nosaltres ens ha impactat com a prestadors de serveis. Ha impactat als usuaris perquè han tingut més dificultats per accedir al sistema. I tu, pensa que si es canvien els criteris aquella persona que abans podia estar valorada com a grau 2 de dependència ara necessita molts més requisits per a tenir un grau 2 de dependència. I això, el que m'està fent és que no pugui entrar. Però això ja afecta directament que no pugui entrar a residència el grau I que abans era el grau 2 (...) per a la reducció de costos i com a conseqüència, ha tingut una tercera conseqüència, és que això ha afectat de forma significativa en el servei de CD. El CD sempre s'havia entès, i sempre s'ha entès, i ho teníem damunt de la taula com a projecte, és que sigui un servei que ajudi a la prevenció de la dependència, però nosaltres, en aquest moment s'ha acabat convertint en l'avantsala de la residència. Vol dir que moltes famílies en un moment determinat, no han pogut accedir a les places públiques, però això és l'altre gran drama que tenim, que ens falten places, que no poden accedir a una plaça pública; necessitem un recurs o altre, probablement perquè hagi una claudicació de fins i tot de cara als cuidadors familiars. Aleshores quins perfils tenim dintre del CD? Tenim perfils de grau 3 de dependència, quan no hauria d'haver-hi graus 3 de dependència en un CD, i tal com es valoren els graus 2 tampoc n'hi hauria d'haver-hi. Nosaltres hauríem d'estar treballant amb els graus 1 de dependència, que tot just han entrat aquesta any. Aquest és el primer any que pot entrar en plaça pública un grau 1 de dependència. Aleshores, què vol dir? Què amb el perfil que nosaltres havíem d'estar treballant, fent una tasca rehabilitadora, fins i tot, que et diria, detenció del deterior, nosaltres no podem treballar-ho. Fins hi tot ens ha obligat en el nostre centre a tenir dos espais diferents de CD. En un, poder tractar aquelles persones amb més demències; perquè sinó era impossible fer una convivència, i no era afavoridor per a aquelles persones que sí que han entès el CD com un recurs per frenar el seu deterior i per treballar la prevenció, Això per exemple hem estat treballant la Generalitat amb la redacció d'un nou model de CD, durant un any vam fer una taula tècnica que vam estar col·laborant-hi, i es clar, entràvem en unes contradiccions importantíssimes perquè una cosa és el perfil del servei i una altra cosa és el perfil dels usuaris que tenim i per tant canvia totalment la realitat. I clar això és un impacte directe, per mi claríssim de la implementació de la Llei de la Dependència, quan en un moment determinat canvien els criteris d'una forma tant evident quan a la valoració de la dependència. Llavors hi ha tot un seguit de gent que igual no té accés d'entrada a la prescripció que pugui fer el TS d'entrada. D'entrada, si és un grau 1, no té accés a residència, perquè abans seria un grau 2 i ja en tindria, però ara no en té, amb la qual cosa es posa en llista d'espera en centre de dia, com falten places triguen

molt en entrar, el deteriorament es produeix molt ràpid i aleshores acabem tenint aquí molt de gent, que Bueno estan dintre del sistema, però et costa moltíssim poder accedir al recurs que realment necessiten. La llista d'espera està actualment en 2-3 anys.

Però això sempre ha estat així, no?

No, hi va haver un temps que va ser molt més fluït, cada vegada tenim més gent que se suma al sistema, però hi ha una manca de places. La Generalitat ara mateix acaba de fer un procés massiu de reconeixement de recursos residencials i el dia 27 d'octubre va signar una ordre, assignant 1000 i pico de places de residència a tota Catalunya, algunes seran gestionades a través del PEV. Recapitulant una mica, el tema de les llistes d'espera va molt en funció, saps lo que passa, és que teòricament una altra cosa que diu la Llei, i a mi sempre m'ha semblat molt bé, és que l'usuari pugui fer una elecció lliure del centre on vol ser atès, i això té al darrera tot un seguit de problemes, l'usuari teòricament està inscrit en 3 llistes d'espera. Aquí s'han anat fent diverses reformes e com gestionar el tema de les llistes d'espera, perquè sinó, estadísticament mai sabem quanta gent n'hi ha. A vegades a l'administració ja li va ve no posar-ho en coneixement, són ells que necessites saber quanta gent hi ha en llista d'espera. Però dintre de les possibilitats que tenen els usuaris, el que sí que està clar es que parlem d'un tema molt sensible. La gent tendeix a cercar primer la proximitat, però després, per una altra banda, la qualitat assistencial, llavors hi ha entitats que tenen una gran llista d'espera i altres entitats que no en tenen tanta. I això passa dintre d'un mateix territori. Després caldria viure que és lo que passa en tot el territori de Catalunya (...).

Vosaltres heu notat una restricció quan al pagament de les places? I com és que les llistes d'espera no baixen?

Hi ha hagut un increment de places, del nombre de places de residència, no de socio. Ara per exemple acabem de rebre 5 places més de CD per a un municipi con sant Pere de Ribas que té a prop de 30000 habitants. De places públiques de CD, hi ha les nostres 20, vam aconseguir 10 més i ara em conseguit aquestes 5 més, Al 27 d'octubre tenim 20 places, però es que tenim una llista d'espera de 30 i pico de persones, que acaba passant que els serveis socials acaben enviant i derivant a la gent a Vilanova i la Geltrú. Què ha passat? A Vilanova i la Geltrú hi ha centres que jo he vist publicats, fent propaganda que jo he vist, tenint places públiques lliures, em sembla escandalós... Llavors, això jo ho he parlat amb la subdirecció gener. Em sembla escandalós, que una entitat, una empresa, a Vilanova i la Geltru, que està a 6 km. Estigui anunciant via folleto, " tengo plazas libres, por favor vengan a ocuparlas", i que a Sant Pere de Ribas amb 30000 en tinguem 15, això és una falta de coordinació...

I les places de residència que comentaves com s'han repartit?

S'han concertat amb entitats privades o sense afany de lucre. A la zona de Tortosa que faltaven places, totes les places que han donat les han donat a entitats mercantils, i no les han donat a una entitat sense afany de lucre que forma part de la nostra Federació. Hi ha un canvi ara ja comença a veure's un camí i això és una qüestió que penso que és política. Durant mots anys, molts anys, molts anys, la Generalitat ha afavorit, i jo puc corroborar que ho he dit, ha afavorit les entitats mercantils, durant molts anys, que és el que passava. Això passa amb el sector de gent GG, no passa amb el sector de la discapacitat, no passa amb el sector de salut mental; perquè hi ha molt poques entitats. Molt poques comptades amb els dits de la mà, mercantils que s'hi dediquen. Llavors qui s'hi dedica? Les entitats socials en el sector de la GG hi havia un nínxol de negoci, i aquí va entrar tothom, constructores, empreses de neteja, tothom. La Generalitat de Catalunya durant molts anys les ha estat afavorint, descaradament, i això que em diguin a mi el que vulguin, que ho tinc claríssim. Va començar a canviar molt poquet a poquet. Però el que sí que està clar és que en aquestes dos últimes legislatures, o sigui, amb plena crisi, realment, joestic com a presidenta de la FEAT, per tant hi vaig molt... Doncs jo he notat un canvi per dir-t'ho molt fàcil. La gran patronal en aquest país és ACRA. Que aglutina la major part d'entitats mercantils, també té entitats sense afany de lucre, però ells aglutinen les grans entitats mercantils. Hi ha dues patronals més petites escindides d'ACRA, que també representen entitats mercantils i l'única entitat que representa entitats sense ànim de lucre i que estem a la taula del tercer sector són FEAT. Jo anava a les reunions que convocava la Generalitat i era la pobreta. Que jo sé que els grans acords i amb qui sempre intentaven quedar bé i, que a més, teníem una reunió i que veies que baixaven el director general i la presidenta d'ACRA del despatx del director general, abans de la reunió ja havíem acordat tot el que teníem que acordar. Jo això ho he vist. Però d'uns anys cap a aquí jo penso que això està canviant. Primer per una qüestió ideològica o política. A mi no me l'han explicada mai, a mi no m'han fet mai, vine Montse i parlarem a part. Això no m'ho han fet mai. Però jo noto que el tracte, tenir en compte la teva opinió, això és claríssim, això està canviant. I per una altra banda, hi ha un factor que també ha tingut importància, i és que en aquest impacte de la crisi, aquest impacte que ha tingut sobre les entitats prestadores de serveis, les entitats socials hem aguant molt i de llarg, el que no han aguantat les entitats mercantils. Va haver-hi una factura que no ens la van pagar. Hi havia un deute important, però nosaltres vam aguantar bé. Bàsicament jo com a presidenta de FEAT em vaig tenir que preocupar molt de, va haver alguna entitat que vam tenir que demanar ajuda, però una entitat de tota la federació, en som 50 i pico d'entitats, per què? Perquè, primer, les nostres finalitats són unes altres, jo no tinc, jo sempre dic el mateix, treballar en un lloc que tens un consell d'administració (...). Aquí, nosaltres hem fet molt de muscle per ajudar als nostres treballadors, molt. Aquest any portem quasi 300000 € d'avançaments, i que alguns es gestionen crèdits a import zero (...) I això ha sigut quelcom que ha sigut reconegut per la pròpia administració. Hem sentit les queixes que venien per una banda, i han vist el que hem posat per una altra, i després perquè durant aquest període de crisi, en aquestes dues últimes legislatures el que s'ha vist és molta implicació per part de la Generalitat per canviar models. No tenien diners però hem aprofitat el temps, el que veníem arrossegant des de "tiempos sin principio", que no hi havia manera de concretar, ens hem assegut en taules i hem dit a veure com podem millorar aquest aspecte i ham anat tirant. Per exemple una cosa que ha afectat a la Llei de la dependència, que en parlàvem i que era el tema del patrimoni, val? Això va tenir un impacte, jo no trobava just, has de buscar criteris els més objectius possibles, per saber la gent com contribueix en la seva part. Però es va posar en funcionament en un moment en què els propis usuaris i famílies estaven vivint la crisi. Llavors que tu tinguis una segona residència i que la valoració d'aquells immoble compti com ingrés, quan resulta que aquell immoble el tens en un lloc on no els pot ni llogar, ni vendre. No pots fer-hi res, si tu poguessis treure'n un rendiment, aprofitin-s'hi, perquè hem vist de vegades que les famílies no volen llogar però perquè anirà a viure el meu fill, i a més a més no pagarà, i a l'avi que me'l mantingui la Generalitat. No, no és just. Jo tinc un criteri molt social i de preservar lo públic (...). Jo fins ara anàvem a les taules i, Bueno, hi parlaven però els hi entrava per qui i els sortia per allà, i cada vegada el que jo veig és que ha sigut més fàcil poder-ne parlar i que hi hagués aquesta comunicació amb le sector, amb els del dia a dia, amb els que ens trobem amb les dificultats perquè s'anessin variant coses que sembla que sí. Llavors, quant al pagament hem

vist. El període de vaques grosses que va ser curtet, però que va ser a l'inici de la Llei de la Dependència, quan hi havia prestacions vinculades que sobraven diners, perquè a més a més, de "café para todos y todos igual" i era igual la renda que tu tinguessis. Al principi era una quantitat fixa, tinguessis el que tinguessis. Al principi amb el Prodep, al 2007, quan ho va gestionar el Prodep la gent rebia els diners, sí, sí, al principi la prestació vinculada era para todo el mundo lo mismo. La PV era molt alta, i "para todo el mundo lo mismo".

L'Estat tenia que posar el 50% i la Generalitat tenia que posar el 50%. S'ha augmentat l'aportació de la Generalitat i s'ha retallat la de l'Estat. L'estat no està enviant els diners que s'havia compromès a enviar per atendre la dependència, i al principi la quantitat que es donava era per grau de dependència, i era la mateixa quantitat, tinguessis el que tinguessis, amb la qual cosa què passava? Hi havia persones que tenien accés de diners els hi arribava més diners dels que tenien, La primera gran reforma va ser quan van vincular el serveri i quan van començar a fer nous càlculs. La calculadora es va posar en funcionament, perquè ja no era una quantitat fixa sinó una quantitat variable amb un sostre. Jo no recordo però si que va haver-hi un temps en què la prestació vinculada, era una prestació fixa. I llavors què passava? Què hi havia persones que tenien una pensió, la pensió normal molt elevada, els hi arribava aquesta prestació i els hi sobraven diners, i d'altres, que evidentment no arribaven. Però el que sí que està clar és que durant el primer període, els primers anys, i, fins hi tot els primers anys de la calculadora, l'usuari sabia que tenia cobert el seu servei amb els diners que rebia a través de la seva pensió i l'ajut que rebia per la dependència i això completava el servei que nosaltres li estàvem prestant. Avui amb les prestacions vinculades ja no passa, o sigui, una persona que té una plaça pública sí, però una persona que té una PV no. Perquè nosaltres tenim un topall per dalt de l'ingrés de la PV, i això vol dir que una persona que estigui ocupant un grau 2 de dependència, una plaça de grau 2, que són 1600€ i resulta que té una pensió de 800€ i la prestació vinculada són com a molt 400€, pues aquí hi ha un diferencial, que aquí està assumint les famílies, està a una plaça privada encara que tingui una PV, no li cobreix el 100 % el cost de la plaça, i aquí estan cobrint famílies famílies. Llavors per exemple, el que nosaltres fem, que això és una cosa que també ha sigut valorada per l'administració, que ens passa. Nosaltres quan acceptem un usuari, li preguntem què necessita i després li preguntem què té. A vegades a les mercantils van al rebés, primer li pregunten vostè què té i després el que necessita. Saps què passa, venen aquí; grau 2 de dependència, però és que encara no ho tenim tramitat estem en llista d'espera en plaça pública... Com ara una altra cosa que hem vist és que ara s'han allargat més els terminis. Vam estar una temporada que tot plegat anava més ràpid, les valoracions anaven més ràpid, l'accés era més fluid, ara tornem a estar... I això penso que és conseqüència directa de la crisi. Perquè la Generalitat té menys gent treballant amb el tema, això s'ha anat veient a partir del 2011 al 2014, i això ha anat en augmento, sí, sí, no ha anat millorant. Ara hi ha hagut, potser aquests dos últims anys, ens hem estabilitzat i la cosa va més fluida. Però quan nosaltres presentàvem les queixes a la Generalitat, la generalitat ens deia, es que no tenim personal, no ens dona temps de fer-ho tot. El que passa és que nosaltres a les famílies quan ingressen i sabem que tenen una prestació vinculada demanada. Que una altra cosa que ha canviat és el termini de quan et fan el reconeixement dels endarreriments, això també ha tingut incidències. Ara des de què hi ha la resolució del grau, abans era des de la sol·licitud, des de la resolució de grau encara si que estan endarreriments. Però com triguen molt, la família té la persona ingressada des del primer dia. Com ho fan? Nosaltres el que fem és reconeixement de deute i li aguantem aquest reconeixement de deute el temps que sigui fins que la Generalitat li ho pagui, amb la qual cosa, és clar encara estas afavorint a les famílies, en plaça privada fins que no li arribin els endarreriments, o de vegades deixen un dipòsit. Nosaltres el fem de la segona meitat de l'import de la plaça, pos els que no poden fer el dipòsit perquè no hi ha diners, amb la qual cosa diem, Bueno esperem que cobrin la paga doble, o sigui nosaltres a les famílies els hi aguantem el deute, i això també ha sigut un reconeixement , per això et dic que ha anat canviant la visió que tenen la Generalitat, suposo que per qüestions ideològiques, qüestions polítiques. A mi no me les han dit mai, però si que ens veuen diferents en coses que saben que en les entitats mercantils no passa; i reben el mateix en quan a recursos de l'administració reben el mateix.

CREUS QUE AMB LA LAPAD S'HA DONAT JUN INCREMENT DEL NOMBRE D'ENTITATS PRIVADES?

Jo l'he vist molt clar, una tendència molt clara a afavorir les mercantils i et puc dir que a mi em dona la impressió, és una visió molt subjectiva, és el participar en les reunions i en les trobades. Però penso que uns anys cap aquí hi ha hagut un viratge, cap a una major coneixement, si tu vols, cap a les entitats socials. Mira tindrém una prova de foc aviat per veure-ho, i és que s'està movent tot el tema del concert social, de què totes les places públiques, en comptes de regular-se per la Llei de contractes, a les administracions públiques, com estem en aquest moment, que és igual contractar una plaça per a una residència que adjudicar 4 metres lineals d'asfalt, i que aquí s'ha vist claríssim que el tema del preu ha sigut el més important, sobretot en el sector del SAD, penso que ens han fet un mal horrorós; totes les empreses que tant et desemben una claveguera, com et netegen un cul, jo, t'ho juro, això a mi m'horroritza, m'esgarrija molt. Llavors amb aquesta directiva Europea ja està fent la transposició , perquè hi ha problemes, si s'acaba aprovant la Llei per al concert social, aquí veurem fins a quin punt aposta la Generalitat. Perquè en d'altres CCAA com per exemple el País Basc...Perquè això ho permet la legislació Europea, que s'afavoreixen aquelles entitats e caràcter social, aquelles entitats sense ànim de lucre, evidentment, aquí a ACRA els tenim així (ensenya les uncles). I són molt potents, perquè són els que tenen més places amb el sector; és que ningú pot negar-ho, llavors veurem fins a quin punt (...). La Generalitat ja ha anat dient que aquests aspectes que preveu la Llei, que és un dels aspectes que preveu la llei afavorir les entitats socials. S'ha de potenciar, joestic a l'expectativa, jo espero que si nosaltres des del 3r. Sector i a través des de la confederació, hem treballat molt. , molt, molt, activament amb el desplegament de la Llei, i fins i tot ajudant a la redacció de la Llei, del reglament i evidentment nosaltres volem afavorir les entitats sense ànim de lucre, de manera que tots els serveis que siguin d'àmbit a les persones quedaran fora de l'àmbit de la regulació de la Llei de contractes de les administracions públiques, és que té sentit fer-ho així. Evidentment tu hauràs de gestionar la concurrència pública, però que tu en un moment donat puguis estar valorant criteris que no siguin que no siguin purament econòmics i que no et vingui l'empresa aquesta del Sr. Del real Madrid i et digui jo faig el servei del SAD a jun preu molt més baix, però després quin servei de SAD m'està fent... El que passava és que les administracions, l'instrument que tenien és un instrument que està pensat per a l'asfalt del carrer. Per bé que nosaltres hem treballat, hi ha un Còdic de bones pràctiques, s'ha treballat amb la Generalitat perquè hi hagi clàusules socials dintre dels contractes. Hi ha un observatori de vigilància de totes les licitacions que s'obren. Vigilar des del tercer sector el que s'està fent, però tot i amb això la llei de contractes, el pes del preu és molt important. Llavors hem de trencar això, i l'opció és l'adjudicació a través el concert socials. Les entitats sense ànim de lucre, les entitats estem dient, ostres, nosaltres que estem vinculats a territoris concrets, la nostra entitat té 100 i pico d'anys, santa Susana té 600 anys ... Aquestes entitats han de

veure's reconegudes d'alguna manera a l'hora de l'adjudicació, sempre i quan compleixin amb els criteris que s'hagin de complir. Llavors jo sempre li dic el mateix a la Generalitat, els models assistencials estan caducs perquè el que acabarà passant és que les noves generacions voldran viure a casa seva, hauran de tenir molts més serveis comunitaris i arribar a la residència quan ja sigui imprescindible que siguin a una residència. Si avui en dia ja no et ve gent a demanar vull viure a una residència. Un cas social perquè no té família. Teníem una senyora perquè viva un maltractament del seu fill, és evident, però d'aquestes en tindràs 1 o 2. Però jo vull viure a casa meua i vull que la comunitat em proveeixi dels serveis que necessiti, d'aquells que necessiti, no més. Probablement serà molt més sostenible econòmicament, amb la qual cosa tindrem gent amb perfils de molta més complexitat, crònics...

Actualment el perfil de les persones ha canviat moltíssim. Tu tens que pensar que nosaltres tenim grau 2 i 3, però el grau 2 era el 3 d'abans, amb la qual cosa nosaltres tenim una complexitat impressionant, mira a nosaltres està baixant la mitjana de temps que viuen a la residència, que abans podia viure una persona potser 4 o 5 anys, ara fa poc que ha mort una persona que portava aquí 19 anys, pos això ara ja no ho veiem. La nostra mitjana està en els 2 anys, però es va reduint. De totes maneres també et diré una cosa, no en tenim dades, però a mi el que més em preocupa és que aquesta crisi també ha afectat i ha afectat i ha tornat a crear una certa bossa de persones que no tenen prou recursos, i que a més a més viuen sols. Però aquí el que ens està fallant és l'atenció comunitària, i començant pels serveis socials bàsics, que com l'impacte de la crisi a sigut tant fort, i no només amb la gent gran, sinó també amb un sector de població molt més ampli. S'han dedicat tant a atendre les situacions d'emergència social que els han desbordat i a les hores és molt més fàcil que una família o una dona amb fills se'n vagi a serveis socials i digui no tinc per menjar, o no puc pagar la llum o l'aigua que una persona de 80 i pico d'anys se'n vagi a serveis socials i digui que li donin algo, aquí en concret a sant pere de ribes he estat maxacant, perquè els deia és impossible que no hi hagi un sector de població de gent gran que no tingui necessitats, si les detectem amb gent de 20 a 60, també les han de tenir els de 70-90. Necessitem un estudi deia serveis socials. I al final amb un ajut de Diputació han fet un estudi que no l'han acabat d'analitzar, jo sí, però ells no. Només han anat a visitar persones de més de 80 anys. I s'han trobat el que no s'esperaven trobar; gent que viu sola, que igual tenen recursos econòmics, que viuen a urbanitzacions sense cap mena de possibilitat de transport, que no tenen recursos familiars o de suport, que han trencat xarxa de comunicació i social, perquè s'han anat quedant tancats dintre de casa i que igual tenen diners per poder pagar-se un recurs, però no saben on anar a buscar el recurs. O amb cuidador no professional, entre cometes, de l'economia submergida, que no saps ben bé que està fent allà dintre, sense cap supervisió perquè no els té detectats ningú a aquesta gent, de més de 80 anys i se n'han trobat 100 i pico, en una població de 30000 habitants, vull dir que és la punta de l'iceberg. Què necessitem? Més serveis comunitaris perquè, es clar, aquesta gent que acaba arribant al Redòs quan no hi ha res a fer, quan ja es claudica, llavors ens diuen, que fem miracle, no nosaltres no fem miracles...

VOSALTRES US HEU TROBAT ALGUN CAS EN QUEÈ LES FAMÍLIES HAN TRET ELS AVIS DE LA RESIDÈNCIA PER LA PENSIÓ, O NO?

Molt poquet, només algun cas. Més del CD que de la residència. De la residència no, però del CD sí què... Però si que hi ha avis que estan mantenint cases, això ho sabem, gent que venen a CD, i que no acaben de decidir que l'avi hauria d'estar millor a la residència perquè no poden i el van aguantant al domicili, el porten 1 o 2 dies perquè reben una ajuda i llavors aquesta ajuda, i si que el tenen a casa, i el fill, la filla estan a l'atur, els nets vivint amb ells, d'aquests casos sí que en sabem...

PART 3

FACTORS EXPLICATIUS

Per tu, quins creus que serien els següents factors que poden explicar els canvis implementats i per què? - L'increment de les necessitats de les persones; Les pressions ciutadanes per obtenir millors cobertura de llurs necessitats; Les decisions en l'esfera política i institucional; La influència de les polítiques europees; La crisi econòmica o altres factors econòmics com la globalització; o altres?

Jo penso què l'econòmic és evident l'impacte, i el polític. Jo particularment el canvi d'actitud, saps que passa? Què la Generalitat, els funcionaris són els funcionaris, i per tant són els mateixos, i ja està. Però a partir de que ja quan vas a les subdireccions generals, conselleries, el conseller, jo la fi de l'època convergència l'he notat moltíssim, però d'una forma radical. En el sentit que l'actitud era molt paternalista i fins i tot amb la LAPAD vigent, eh? Es notava molt que sempre havia sigut una qüestió discrecional de la pròpia administració. L'administrar les ajudes o no les ajudes i continuaven i fins i tot amb la LAPAD. Tenint aquesta actitud que depèn de mi, jo pare absolut et diré si sí, o si no. I no aquesta actitud de més col·laboració. Després claríssim, jo penso que tots aquests anys, s'ha afavorit l'entrada en els sectors de les entitats mercantils. Aquesta forta presència de les entitats mercantils, i que la seva veu ha sigut l'única que s'ha sentit, és claríssim, per a mi hi ha una qüestió ideològica. Jo el que veig, és que, jo fins i tot, després va estar governant el tripartit, durant un temps, i no acabaven de trobar l'encaix, encara hi havia la inèrcia que portava la pròpia maquinària. És una mena de monstre, bastant. I jo quan ho he notat més, aquest últim canvi, però ha seguit d'una forma molt resolutiva, ha sigut aquestes dues últimes legislatures. Si això ho traduïm a la societat, també veiem que també hi ha hagut canvis. Hi ha una societat molt més activa, on s'estan prenent més decisions, on la gent també va empenyent. Hi ha hagut més moviment, el paper de la taula també ha sigut molt important, perquè nosaltres hem apretat molt des de la taula. Bi ha hagut un moviment social que ha anat empenyent de baix cap a dalt. Perquè ja no tenim aquí al papa que ho decidia tot. El que passa és que potser la taula ha anat agafant més força aquest últims anys. A dintre de la Generalitat, el funcionament i la capacitat d'interrelació. Com per exemple, per a mi hi ha una cosa que és significativa, l'última edició que s'ha fet del pla territorial de serveis socials on es determinen per comarques quines són les necessitats

RESUM: Les relacions entre administració i les entitats del tercer sector ha millorat, jo penso que moltíssim. Jo penso que la visió ha canviat, és el tarannà i la marea de fer que tenen. Probablement el món de lo socialm arrel de tota la crisi que hi ha hagut ens han abocat a una situació de crisi social, ha hagut també que hi haguessin molt moviments per sota que obligués a empenyer i ha prendre determinades accions des de l'política... a nosaltres a diferència d'altres polítiques socials on van baixar el preu dels serveis, a nosaltres, em refereixo al sector de gent gran, no en el van baixar, el teníem congelat des de 2010, fins a ara, el 2017-18, no comencen a pujar el grau de dependència. I a més el que jo dic. Retallades encobertes que són aquests canvis de criteri que fan que tu tinguis pèrdua de poder adquisitiu i nosaltres, bé,

hem apretat des de les entitats socials, i això per a mi és una decisió política, , si jo poso els diners en una renda d'inserció, o a la llei de la dependència, això és una decisió política, i aquí no hi ha hagut cap canvi. Quan jo em referia a que una millor relació, em referia que en determinades qüestions de gestió, de model, de poder seure a la taula i que estan atents al que estas dient, això ha millorat moltíssim, això, abans hi havia diners i no hi havia aquesta coordinació. La cultura, el tarannà de la Generalitat era molt paternalista. (...)

Transcripció 37

Entrevistador: [00:00:11] Podrías presentarte brevemente por favor?

Entrevistat: [00:00:14] Vamos a ver, yo soy, me llamo X, tengo 73 años estoy jubilado. Estoy jubilado desde año 2010. Me he dedicado durante 43 años a la discapacidad intelectual inicialmente en una asociación para personas con discapacidad intelectual de Guipúzcoa. Y a partir del año 71 vine de director de lo que era antes feaps que ahora se llama plena inclusión. Ahí a transcurrido mi vida profesional no cerrada exclusivamente en la intelectual porque siempre he sido partidario de que tenía que haber plataformas de coordinación de distinta índole. En ese sentido pues sí que tomé parte en la génesis de distintas plataformas como el Cermi o como la plataforma el tercer sector etcétera. Básicamente yo soy licenciado en Derecho y nada más.

Entrevistador: [00:01:10] Y podría hablar un poquito de lo que es Cermi, qué hace? Cómo está organizada a nivel estatal...para saber en dónde nos situamos?

Entrevistat: [00:01:21] Mira, Cermi es una organización una plataforma de organizaciones de discapacidad. Es un buen ejemplo de lo que es la sociedad civil organizada que se creó formalmente hace veinte años es decir que este año precisamente se está celebrando el vigésimo aniversario de su creación. Informalmente se creó bastante antes porque yo recuerdo que en lo que no mi oficina entonces el General Perón nos reuníamos una serie de organizaciones, te hablo del año 82 83, por esas fechas, en que compartíamos un determinado tipo de intereses porque hasta entonces las organizaciones de discapacidad estaban absolutamente dispersas. Pero pensamos que tanto las organizaciones de ciegos, los sordos, autistas, que estaban excipientes. Alguien de físicos. Bueno pues empezamos a reunirnos y montamos un Cermi que no tenía estatutos ni tenía reconocimiento jurídico era una plataforma de encuentro. Con la incorporación de España a la Unión Europea, desde Bruselas, se empezó a recomendar y a pedir que las organizaciones de discapacidad. Tuvieran una voz única para hablar por hablar con Bruselas. Eso generó un período transitorio en la que se constituyó con unos estatutos, cara exclusivamente a Bruselas. Por qué? Porque aquí no terminaban de ponerse de acuerdo las organizaciones que defendían que tenían que ser de personas con discapacidad, con otras que pensaban que tenían que ser también las familias con las personas con discapacidad. Eso llevó cierto o cierto período interino, lo que sirvió además para yo creo que también para que la gente se conociera y para para en alguna forma fortalecer la organización, y ya en el año 97 ya se creó formalmente el Cermi tal y como hoy lo conocemos. Cermi es una confederación, es decir, las organizaciones que podríamos llamar sectoriales, en función de la discapacidad, varias de ellas son Confederaciones, también a su vez, de manera que en ese sentido jurídicamente es una organización de confederaciones, que inicialmente nació con vocación estatal y que poco a poco ha ido desarrollando una estructura también en las comunidades autónomas. Es decir que en este momento hay servicios económicos en todas las comunidades autónomas incluido Ceuta y Melilla. Y sus respectivas esferas de actuación. Cada una de ellas lo conforman sobre todo es un lobby básicamente de presión política, para conseguir muchas mejoras que aún son necesarias en el campo. Si a pesar de la aprobación de la ley y el refrendo de la Convención de las Naciones Unidas por parte del Gobierno español, pues bueno todavía queda muchísima tela por cortar. Y en este sentido, por ejemplo, ayer se consiguió al fin la toma en consideración por parte del Congreso de una proposición de ley para otorgar el derecho de sufragio sobre todas las personas con discapacidad intelectual, No? que esa es una batalla que nos ha llevado mucho mucho tiempo. En ese sentido. Es una plataforma de encuentro que sin la cual hoy no se podría concebir la discapacidad en España. No se trata de pecar de glorioso o de cosas de ese estilo, pero me parece que es un instrumento absolutamente eficaz, porque, yo creo, que entre otras cosas el movimiento de la gente con discapacidad en este momento y creo que está en la esfera de los derechos humanos básicamente y que por tanto ahí es donde hay que ir donde hay que batirse el cobre, no?

Entrevistat: [00:05:42] No, no las conozco, me las tendría que mirar, porque yo abandoné, ya te digo, que abandoné hace siete años las bases, pero sí puedo decir una valoración desde una doble perspectiva, no?. ¿Mi pensamiento como va en estas materias, no? Por una parte me parece que nuestro próximo objetivo debería ser, y ahora que se ha abierto la posibilidad de una comisión sobre la reforma constitucional, hay que constitucionalizar los derechos sociales, eso me parece un elemento evidente. Por qué tiene que tener el [00:06:36] mismo tipo de protección constitucional [2.5] que tienen otros otros derechos sociales que aún carece. En segundo lugar, la Ley de Dependencia, desde mi punto de vista, tuvo [00:06:47] dos hándicaps; [1.6] uno inicial y otro de desarrollo. El hándicap inicial es que es una ley que se hizo en una época de [00:06:55] prosperidad económica, [1.0] cuando no se barruntaba la crisis, y por tanto, parecía que iba a existir fondos para todo el mundo.

Y la segunda y esa es la que me parece más grave: es que es una ley que se llama de atención para la promoción de Promoción de Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. Yo creo que esa ley por la [00:07:19] autonomía personal ha hecho muy poco, [2.5] y lo que ha hecho ha sido convertirse en una ley otorgadora de recursos económicos. Y eso, yo no sé si en este momento eso ha cambiado radicalmente. Pero yo todo lo que leo en este momento, o casi todo lo que leo, se traduce en incrementos o decrementos presupuestarios. Es decir, está ley, la ley como estaba pensada no era para eso. La atención a la situación de dependencia es un aspecto pero la atención global a la persona con discapacidad tiene que ser muchísimo más que otorgar una prestación. Y ese me parece que es el fallo de origen ante la ley. Por otra parte además, nosotros, en la última, en los últimos trámites de diálogo con el gobierno que no fueron en absoluto fáciles; porque así como el ministro Caldera era más proclive, el actual secretario de Estado de Asuntos Sociales era bastante renuente conseguimos introducir el tema de la discapacidad que no estaba previsto inicialmente en los borradores de ley, de manera que eso [00:08:27] entró ahí con calzador y se ha mantenido. Es cierto que disparaba en ese sentido los costes de la ley, porque iba más allá de lo que se había pensado inicialmente. Hasta ahí(...).

Entrevistador: [00:08:37] Por lo que me dices, para ti uno de los problemas de la ley es la carencia de presupuesto para implementarla. Aquí entraríamos en los [00:09:32] factores explicativos [1.4] de lo que es el desarrollo de la ley. Aquí se entrecruza lo que sería el desarrollo de la ley, las reformas con la crisis económica.

Entrevistat: [00:09:45] Pero ahí se produjo y yo creo que se sigue produciendo también una burda dialéctica entre los gobiernos autonómicos y el Gobierno central. En que dicen ya hemos y las CCAA dicen, no, nos han llevado i nosotros aportamos el cincuenta, pues es mentira, vosotros no aportais más que el 40. Es decir, eso es, por lo menos hasta hace relativamente hasta hace poco tiempo, yo lo veía, cuando sale un reportaje en un periódico es permanente ese debate, es decir, que quién poné qué y quien responde de que. Porqué claro, había unos mínimos asegurados, pero esos mínimos asegurados, luego en la práctica se han ido reduciendo. Porque los baremos se vuelven más estrictos etcétera, y que por lo tanto hay más gente, había una lista de espera, yo recuerdo, no hace mucho tiempo, de gente sobre todo con graves necesidades de apoyo una lista importante de gente que todavía estaba desatendida no? Había defectos de tramitación administrativa bestiales como otorgar la Ley de Dependencia los beneficios económicos a gente que ya había fallecido desde que lo habían pedido. La asignación de unas prestaciones que eran absolutamente ridículas, absolutamente ridícula, estoy hablando mejor de 20 euros y cosas de ese estilo, es decir, que en ese sentido creo que se trabajó por parte del Gobierno autonómico, como consecuencia de la crisis, vamos con una mentalidad estrictamente económica de no ir más allá de donde en ese momento se podía ir presupuestaria. Es decir, se pasó de un horizonte de optimismo aunque estuviera soslayado, como te decía al principio, a un horizonte en donde no había, esto es lo que hay y con esto había que apañarse, no? Y por tanto, las disposiciones administrativas que por otra parte en muchas comunidades eran absolutamente opacas pues se traducían en que la ley no abordaba los problemas de la gente con discapacidad ni siquiera los económicos. No te hablo ya de la autonomía personal que eso ya sé que está fuera del objetivo en este momento, es decir que los que concebíamos la ley y de otra manera, nos encontramos con que es una ley que luego su desarrollo era absolutamente reglamentista, y aquí la coma, y hasta los que los que llegan a los veintitantos no podrán hacer eso. Yo creo que esa ley necesitaría una reestructuración importante una renovación importante (...)

Entrevistador: [00:14:03] Pero tú crees que realmente el único motivo de los recortes y de la situación de la implementación de los problemas de implementación de la Ley de Dependencia ha sido lo económico o crees que puede haber ahí otros componentes. Presiones más a nivel europeo. Decisiones políticas. Cuáles son los factores que hacen que pueden explicar, que explican lo que ha pasado. [32.7]

Entrevistat: [00:14:48] Yo creo que hay algo y concluye por una parte efectivamente la situación económica de una manera decisiva. Pero, por otra parte de lo que se refiere a la gente con discapacidades en concreto. Yo creo que hay dos factores importantes uno; que [00:15:03] entró con calzador en la ley, [1.3] tan legítimamente luego en el texto legal como otro de los colectivos. Y por otra parte, que no estaba previsto inicialmente y conseguimos que entrara. Porque no estaba pensada para la [00:15:28] discapacidad. Y en segundo lugar porque no es raro encontrarse con algunos políticos. [6.2] No voy a decir en todos los niveles que te dice, la minusvalía, la discapacidad, está muy bien pactada ya. Es decir, como si la discapacidad formará parte de un colectivo muy bien tratado por el Gobierno o por los gobiernos y que hay otro tipo de colectivos que todavía está muy por debajo de ese umbral. A mí me parece que ese es otro factor. También. Es una impresión muy personal es decir que no tiene ningún. A mí me da impresión de que hay políticos que efectivamente piensan eso, no? es decir, encima os quejais, eso ya lo he oído más de una vez, incluso en mi vida activa y remunerada, no? Si es que hay políticos, es que teneis esto y teneis lo de más allá. Verdaderamente hechas mano que conformarían un panoramarían un panorama más alentador y tropiezas con la educación por ejemplo es bastante demencial también. Todos los procesos de integración educativa etcétera etcétera. pues según en que comunidades están de aquella manera, no? Es es decir, es cierto que el cermi tiene una Imagen pública muy superior a la de los demás colectivos. Si hacemos exclusión de las generalistas como serían cruce roja y caritas, o de la propia Fundación ONCE y la ONCE pues el cermi es una organización más potente, no tiene nada que ver, tu fijate las dos organizaciones dedicadas a la tercera edad. la Unión de Pensionistas y no se como se llama la otra tendrían que ser potentísimos por el número de afiliados, vamos, y porque la población con más de 65 años es un porcentaje altísimo ya, no?. Y sin embargo no tienen la relevancia política que tiene el cermi. Eso a que? lleva a que parece que somos los niños mimados del gobiernos estatal y de muchos gobiernos autonómicos. Y desde mi punto de vista eso influye también. Vamos a meter más en otras cosas y estos de los discapacitados, pues ya tienen bastante, no?

Entrevistador: [00:17:49] Por qué en relación a lo que es la afectación de la crisis. Cómo crees que ha afectado a las personas con discapacidad. ¿Crees que hay menos recursos a nivel estatal? Se han reducido las prestaciones, o cual ha sido la afectación, en tema más organizativo...

Entrevistat: [00:18:28] El Punto de arranque fue muy corto, porque como no había medios, lo primero que había era otorgar prestaciones a los del grado 3 y el grado 3 tampoco era completo para las necesidades que existían. Después he visto que han sido los presupuestos de este año del 17 y 16 que Montoro dijo que se incrementaban los fondos para la dependencia, efectivamente se han debido de incrementar. Pero la gente que está en esa situación sigue recibiendo, pues claro es que se está muy desajustado, hay comunidades autónomas en que la gente percibe bastante más que en otras, y por tanto, yo tengo la sensación de que ahí se está basculando hacia aquellas comunidades en las que existen menos prestación, menos recursos menos recursos. Depende también de la orientación política de cada comunidad autónoma, es decir, lo digo digo peyorativamente en este caso, en un reino de taifas, Yo no soy antiautonómista, pero me parece que estamos en una situación en ese sentido un tanto paradójica en el que una persona con un nivel 3 de dependencia tenga mayores prestaciones en Navarra, Euskadi o en Madrid o Guadalajara. Y otro en Sevilla tengan menos me parece que es injusto, decir, es decir es que no no no me cabe.. hay comunidades que a mí me toca me corresponde poner el 40 por ciento, pero yo no tengo el 40 por ciento o tengo la opción de dedicarlo a otras cosas porque me parecen prioritarias y entonces viene el debate entre el Gobierno central y autonómico es decir que yo ya he puesto lo mío y tú no has puesto lo tuyo. Y otras veces pues ocurre lo contrario pues que a lo mejor el gobierno autonómico va más allá. Va más allá. Un ejemplo claro, yo no se en este momento en Extremadura si se está produciendo un buen desarrollo. Pero a lo mejor resulta que si no hay recursos suficiente para la dependencia y resulta que se están poniendo ordenadores en todas las aulas en Extremadura, pues claro es una cuestión de prioridades. Es decir que es más prioritario lo básico para la gente o que existan ordenadores en educación cuando la educación tiene otros problemas más allá de la informática, pues claro ahí cada comunidad autónoma va como quiere, va como quiere.

Entrevistador: [00:21:55] Una de las cosas que a mí siempre me ha llamado la atención es que la ley es una ley de derecho subjetivo que teóricamente tú si tienes una valoración que dice que tienes el grado, que eres dependiente y hay una cartera de servicios, porque la ley establece unos servicios y si tú eres dependiente y tienes un derecho a unos servicios. Cómo puede ser. No hay ninguna garantía. ¿No hay ninguna garantía de que puedas tenerlos?

Entrevistat: [00:22:26] Pero te voy decir. Primero yo tenía un amigo que decía que en España hacen falta leyes de obligado cumplimiento. Es que es así, segundo una ley que genera derechos, pero que sus derechos están condicionados a la disponibilidad presupuestaria, pues resulta que es un derecho tambaleante

Entrevistador: [00:22:46] Pero no es el caso de la ley de la dependencia porque hay por ejemplo prestaciones al menos en Cataluña que es lo que yo conozco. Nosotros tenemos las prestaciones de concurrentes que son prestaciones que dependen de si hay presupuesto o no, pero no son prestaciones de derecho subjetivo.

[00:23:17] Pero en concreto si se ha producido, claro que no es así, claro que generaba derechos subjetivos, pero por otra parte las reclamaciones, es decir, defender una prestación basada en un derecho subjetivo o de un derecho subjetivo que conlleva una prestación, que tengas que estar permanentemente recurriendo a los tribunales para que te den la razón. No deja de ser vamos, algo absurdo. Nosotros hemos reivindicado desde del permí, y que yo sepa todavía no se ha conseguido, que puedan ser los tribunales de lo social los que diriman eso porque es muchísimo más rápido, que acudir a la jurisdicción contencioso administrativo. Es decir que es una pelea constante de algo que la propia ley reconocía como derecho. Entonces claro, usted me dice que yo tengo derecho a un nivel 3 a recibir 400 euros al mes, pero también la ley me habla de autonomía, la ley me habla de que si yo tengo que cambiar de un establecimiento a otro de un servicio a otro hay que contar con el interesado. En la práctica eso no se está produciendo. No sólo eso elegir, mañana por ejemplo una persona de Lugo con un hijo que está en situación de dependencia viene a trabajar a Madrid y le meten donde la Comunidad de Madrid quiere, y oiga que opina el usuario, al usuario no se le ha consultado. Toda esa parte que engloba, vamos a decir, al bienestar personal entendido como familia como entorno, etc, es que ni por lo más remoto. Más allá de lo económico que son carencias bestiales de la ley. Tu fijate una de las consecuencias que yo creo que ilustran cómo está la ley en este momento es que cuando se aprobó la Ley de Dependencia las entidades mercantiles estaban como buitres esperando la ley, bueno y luego no se han metido en el ajo porque han visto que no era rentable para ellas. porqué uno de los aspectos que podría haber sido positivo es precisamente que estas entidades generaran servicios que pudieran estar financiados a través mayoritariamente de la Ley de Dependencia, han visto que eso, no es que no fuera negocio, es que no era ni minimamente rentable sino, con lo cual, yo no soy partidario, no del desmantelamiento de los servicios, sino en una orientación distinta de los servicios, No solo centrados en la persona, sino que hay muchos centros que son obsoletos, que son carísimos, que a lo mejor soluciones mucho más a pequeña escala, sería mucho más viable de lo que se está produciendo. pero esto tampoco encaja en estos momentos por la razón que sea en la finalidad de la ley, es decir, es que la ley se ha quedado exclusivamente en prestaciones.

Una de las consecuencias de la crisis fue que la prestación de dependencia en muchas familias que la percibía i a alguno de sus miembros se configuraba casi como la única prestación, como el único ingreso que tenía la familia. No voy a decir que con carácter general y mucho menos, pero en el caso de discapacidad intelectual más que en la física, yo creo, fueron las familias que dijeron yo saco a mi hijo del centro y me quedo con la prestación de CNP, también había un fraude de ley por parte de algunas familias. Eso también se ha producido. eso es una consecuencia de la crisis.

Ahora yo no sé si después a partir de 2015 que me dices que ha vuelto otra vez la CNP. Eso es que también yo no sé si era...por parte de los redactores de la ley pensar que eso iba a generar. Recuerdo que Caldera hablaba yo no sé cuántos miles de puestos de trabajo se iban a crear que no se han creado. Claro. Eso es lo triste. Es decir que se ha producido. Un conglomerado. Y como ocurre casi siempre en este bendito país el meter el bisturí en una norma de este nivel no lo quiere hacer nadie y esta necesita un bisturí como el comer... si no la norma en sí desde, luego unos desarrollen mucho más rupturista la sociedad. Es decir oiga hasta aquí hemos llegado. Esto no va bien. Tienen unos índices de mejora de un 40 o 50 por ciento y hay que abordarlos y no da la impresión de que exista ni siquiera un pacto de Estado en materia de dependencia para poder seguir abordándolo, como tampoco hubo el pacto de estado en el momento de la ley, es decir, el PP se abstuvo, la saco el PSOE con su propia mayoría pero, verdaderamente ahí no había una filosofía compartida por parte de los dos grandes partidos.

Entrevistador: [00:31:08] Pero cuando llegó cuando llegó el PP al Gobierno puede ser que eso haya tenido influencia no. Por qué claro era una ley socialista, no?

Entrevistat: [00:31:26] Bueno y porque el objetivo único de Rajoy, no se si durante toda la primera legislatura, pero desde luego durante buena parte de ella, fue la crisis económica y el evitar el rescate. Y no se fijó en otro tipo de cosas, es decir que parece que era un mono tema. Y por tanto para evitar el rescate habría que reducir gastos y reducir el costo social que donde siempre se reduce, bueno también otras cosas ciertamente no. Pero se tira con mucha frecuencia del gasto social. Y se congelan las pensiones. Zapatero pero bueno de todas maneras los incrementos de pensiones por parte del PP es que son irónicas es decir 0,25 ya me explicarás a mí donde vas con eso...

Entrevistador: [00:33:32] Otro de los aspectos que se puede que se puede incluir en el análisis. Es también la presión. la presión por parte de Europa?

Entrevistat [00:33:59] Todavía la estamos arrastrando. Todavía esta Montoro intentando que el efecto pase del 3 por ciento es decir que no. Yo creo que Europa jugó hay un papel amenazante y amenazador "no os paséis porque si os pasáis entramos a saco", no?. Bueno yo creo que hay Rajoy si tu razonable éxito dejando muchos cadáveres en el camino, no físicos ... También Lo que es absurdo es tener buenos servicios y rebaja de impuestos, porqué las cosas cuestan, no hay nada gratuito, a alguien le cuesta, y en España pretendemos oiga bájeme los impuestos y además voy a tener un servicio público cojonudo, pues no. Lo que pasa es que en aquí no hay mentalidad de contribuyente. La gente piensa que lo que es del Estado no es tuyo y eso es la barbaridad educativa mayor. nos cuesta a todos del bolsillo. En el copago

hubo una acción muy importante a través del cermi de la Comunidad Valenciana porqué habían hecho una ley que era leonino el copago y consiguieron una sentencia de a audiencia. Y es que cada cosa la tienes que pelear y pelear, es bastante cansino.

Entrevistador: [00:37:07] Pero tú crees que el partido en el Gobierno ha influido en los recortes o cuando estaba cuando estaban los socialistas era lo mismo?

Entrevistat: [00:37:47] Yo creo en lo que pasa es que, vamos a ver, como este no es un país jacobino. Pues entonces resulta que la sensibilidad de las comunidades autónomas también son diferentes. Es decir, no creo que la sensibilidad con este problema sea la misma en todo el Estado dependiendo del color político. porqué te encuentras con una CCAA donde está gobernando el PP con una sensibilidad que a lo mejor en otra comunidad que no existe. Te hablo con carácter general. Es decir que hay depende mucho de la, hombre la izquierda siempre ha tenido más sensibilidad hacia este tipo de problemas. La paradoja está en que cuando un partido está en la oposición hace muchísimo caso. Te da todas las, se muestra más de su acuerdo contigo. Pero luego cuando llega al gobierno ya son otra cosa. El que estaba en el gobierno empieza a ser sensible a tus demandas cuando esta en la oposiciones, con lo cual se aceptan compromisos de los sectores sociales que luego cuando se llega al Gobierno se olvida. Una compañera mejora que era directora de una Federación nuestra de inclusión pues ahora es consejera de Servicios Sociales de su propia comunidad autónoma. Y se está encontrando con que, no es lo mismo ver los todos de la barrena que estar en el ruedo. Como es lógico por otra parte. Pero ya te digo, yo creo que si hay más sensibilidad y una mayor sensibilidad. en la izquierda en general. Pero que eso quiere decir que eso sea predicable para toda la izquierda ni para todos los gobiernos...