

O novo sistema para a autonomía e a atención á dependencia: reducirá as desigualdades na utilización dos servizos?*



A distribución social das cargas familiares na atención ás persoas adultas dependentes ten unha distribución desigual entre as clases sociais e as comunidades autónomas. A recentemente aprobada Lei de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia pode contribuír a reducir estas desigualdades, pero hai incertezas con respecto ao alcance que poida ter neste ámbito. O artigo describe as desigualdes existentes e compara os deseños institucionais máis relevantes nos estados membros da Unión Europea para reflexionar sobre cales poden ser algúns efectos esperados da nova lexislación española.&

& Palabras clave: atención á dependencia, desigualdades sociais, estratificación social, distribución territorial de recursos, réximes de benestar.

INTRODUCCIÓN

Recentemente foi aprobada polas Cortes Xerais a Lei de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia¹. Neste artigo descríbese o sistema actual de atención á dependencia en España e especúlase sobre o efecto que poida ter a nova lei na estrutura actual das desigualdades no acceso aos servizos de atención á dependencia. Para levar a cabo isto o artigo presenta catro seccións. A primeira ofrece unha panorámica dalgúns dos sistemas de atención á dependencia existentes na Unión Europea nos que as autoridades españolas puideron terse inspirado para promulgar a nova lei. A segunda sección compara estes sistemas co español e constata o enorme retraso do noso país no concernente á oferta de servizos públicos. A terceira sección ilustra as desigualdades no acceso á atención á dependencia existentes no noso país como resultado do sistema actual, no que destacan especialmente as desigualdades baseadas na clase social e no territorio de residencia. Por último, sinálanse os efectos esperados da nova lei sobre a estrutura de desigualdades descrita e chámase a atención sobre algunhas deficiencias posibles no desenvolvemento da nova lei.

1. DESEÑOS INSTITUCIONAIS NA UNIÓN EUROPEA DOS 15

Os datos internacionais sobre a cobertura das persoas dependentes con independencia da súa idade son escasos, dispoñemos porén, de datos sobre a cobertura das persoas maiores que son o groso das persoas dependentes. Observando a cobertura dos servizos para maiores mostrada na táboa 1 podemos identificar tres grupos de países con diferentes niveis de cobertura. Os países escandinavos son os que desenvolveron unha maior protección, e a súa oferta de servizos a domicilio e de prazas en centros residenciais cobre arredor dun terzo das persoas maiores, coa axuda a domicilio como o servizo máis estendido. No extremo oposto sitúanse España e máis outros países da Europa meridional, onde da atención ás persoas maiores responsabilízanse predominantemente as familias. O resto dos países europeos ofrecen unha cobertura global algo superior ao 10% das persoas maiores e posúen unha práctica de atención aínda moi centrada na oferta de prazas residenciais, malia que a oferta de servizos a domicilio é crecente.

Un conxunto de países da Europa continental puxeron en marcha programas específicos nos anos noventa. Austria instituíu en 1993 un subsidio para os dependentes de carácter universal. Alemaña en 1995 creou un complemento do seguro de enfermidade dirixido a protexer a dependencia, o cal foi imitado por Luxemburgo en 1998, e Francia, tras varios intentos de resultados insatisfactorios instaurou no 2002 a «prestación persoalizada de autonomía». Estes programas recentes e os máis consolidados dos países escandinavos difiren entre si nos instrumentos utilizados e tamén nos seus resultados. Os programas de atención á dependencia tiveron que elixir entre varias combinacións de dilemas que afectan cuestións clave coma: o tipo de prestación, os criterios de acceso ás prestacións, as fontes de financiamento e o modelo organizativo para coordinar os recursos dispoñibles. Vexamos en que consisten estes dilemas.

1.1. Prestacións e criterios de acceso

As prestacións poden ser en metálico ou en especie, e poden variar segundo estean dirixidas ás persoas dependentes ou ás persoas cuidadoras, así como en función do nivel de dependencia, a idade e a renda dispoñible. A prestación directa de servizos pretende garan-

tir o benestar das persoas dependentes e alixear a carga das súas cuidadoras, asemade trata de empregar a prestación coma un recurso para aumentar a ocupación laboral. As prestacións en metálico, pola contra, tenden a ser unha compensación económica polos gastos derivados da dependencia e, en ocasións, unha retribución simbólica ás cuidadoras informais. A utilización das prestacións en metálico como recurso para aumentar o emprego non é un imposible, dado que pode operar coma unha subvención á demanda que incentive o desenvolvemento dun mercado de servizos, emporiso a evidencia dispoñible non permite garantir que ese sexa o resultado se non hai unha acción complementaria por parte dos poderes públicos para estender a rede dos servizos (Österle, 1996; Evers, 1998).

As prestacións en metálico constitúen o elemento clave das reformas máis recentes en Austria, Alemaña, Luxemburgo e Francia. Son un recurso que trata de retrasar o ingreso da persoa dependente nun centro residencial e diminuír a presión sobre os servizos hospitalarios. Con estas prestacións ofrécese unha compensación ás persoas cuidadoras a cambio dunha dedicación que lles impide desenvolver unha actividade laboral formal. Na súa formulación máis extrema, a prestación implica o compromiso de non traballar. Este é o caso das prestacións para o coidado de discapacitados (*invalid care allowances*) no Reino Unido. As súas beneficiarias son maioritariamente mulleres, en idade laboral, cunha renda dispoñible por debaixo dun limiar definido e que han de dedicar un número mínimo de horas de coidados á semana a unha persoa discapacitada. A cambio da prestación, comprométese a non exercer actividade laboral ningunha. A prestación en metálico queda convertida neste caso nunha especie de salario, pero co inconveniente de que non se recoñece como un emprego para os efectos das contribucións á Seguridade Social e deixa sen protección social ás perceptoras. Ademais, a súa contía é totalmente insuficiente e non constitúe nunca unha fonte de ingresos que permita a independencia da beneficiaria (Baldwin et al., 1991).

A prestación pode ser de tipo universal coma en Austria, sen discriminación pola idade do dependente, ou cunha cobertura limitada a quen cotizou previamente á Seguridade Social coma no caso alemán. En ambos os casos, estas transferencias en metálico son un dereito cuxo titular é a persoa dependente, non a súa cuidadora, pese a isto pretenden operar á vez coma un pagamento simbólico a esta, e coma unha subvención á demanda que permita pagar os gastos ocasionados pola dependencia. En Alemaña, pola súa banda, o dependente pode elixir entre percibir o subsidio en metálico ou recibir unha cantidade limitada do servizo a domicilio prestado por conta das administracións públicas. A maioría dos beneficiarios optan pola subvención en metálico que aproveitan, se queren, para pagar algunha persoa; pero coma no caso austríaco, non hai control público sobre a calidade profesional do empregado, nin sobre o destino da subvención.

A prestación directa dos servizos foi a estratexia seguida polos países escandinavos, onde os servizos son ofrecidos conforme ao criterio de universalidade sen discriminación ningunha segundo o nivel de renda, idade ou cotización previa. Dinamarca ten sido a pioneira en ofrecer os servizos de atención a domicilio como unha alternativa moi consolidada fronte á institucionalización. Arestora, este país ten unha das mellores e máis extensas redes de apoio aos dependentes no seu domicilio e conseguiu conter o gasto sanitario nos niveis máis baixos entre os países desenvolvidos, á vez que mantén un elevado grao de satisfacción entre os usuarios.

As prestacións en metálico para as persoas cuidadoras tamén existen nos países escandinavos, pero non teñen un papel tan relevante coma nos casos citados. En Noruega, o pro-

grama de pagamentos aos cuidadores foi o resultado da presión do movemento feminista co obxectivo de reducir o diferencial de ingresos entre homes e mulleres e mellorar o status do traballo de cuidador dos dependentes, pero estes pagamentos non son un substitutivo dos servizos prestados directamente polo sector público, senón un complemento dos servizos públicos. Teñen o dereito ás axudas, as persoas en idade laboral, incluídas as parellas de feito, e a súa contía non pode superar o custo de contratar un servizo de atención a tempo completo. O número de beneficiarios deste programa é moi alto, pero as prestacións son baixas (Lingsom, 1994).

Un trazo distintivo dos países escandinavos é que as axudas están máis pensadas para promover a ocupación que para compensar simbolicamente o traballo informal das cuidadoras. A ocupación promóvese mediante a oferta de servizos onde obteñen emprego abundantes persoas con niveis de estudos medios e baixos (Theobald, 2003), asemade incentívase ás persoas cuidadoras para que non abandonen o seu emprego por medio da concesión de baixas laborais para cuidar un dependente ou un enfermo terminal.

Outra posibilidade que se debe valorar é que a persoa cuidadora perceptora da prestación en metálico sexa considerada «case-empregada». Neste caso, a persoa cuidadora está considerada para todos os efectos, por parte da Administración pública, coma unha empregada da persoa dependente, e é a Administración a que corre con todo ou con parte do custo da contribución á Seguridade Social. Nalgúns países escandinavos existen este tipo de prácticas, pero son moi escasas e están limitadas sobre todo ás áreas xeográficas rurais con moi pouca densidade de poboación, onde a oferta dos servizos profesionais resulta insuficiente. As autoridades son conscientes de que o pagamento dunha prestación en metálico engade pouco á cantidade de cuidados recibidos pola persoa dependente e de que constitúe só unha mera compensación simbólica (Sundström, 1994). Glendinning e McLaughlin (1993), no seu estudo sobre este tipo de pagamentos en varios países europeos, non atoparon indicios de que as axudas económicas ás cuidadoras informais aumentasen de maneira significativa a oferta de cuidados informais, nin que reducisen a institucionalización; en Noruega, Lingsom (1994) tampouco conclúe que estes pagamentos afecten a cantidade, nin a calidade da atención informal, aínda que fan a vida do cuidador máis levadía. Tampouco parece que as experiencias de Austria e Alemaña teñan aumentado de maneira significativa a oferta de servizos formais polas razóns que serán comentadas máis adiante.

1.2. O financiamento

A grandes trazos podemos identificar tres tipos ideais de financiamento dos programas de atención aos dependentes: con cargo aos impostos, con cargo á Seguridade Social, ou de maneira privada. Na práctica, porén, estas fontes de financiamento poden ser combinadas.

O financiamento privado pode obterse por medio dos aforros persoais acumulados, ou mediante a mancomunidade de riscos a través das compañías de seguros. Con todo as persoas maiores dispoñen de poucos aforros, non sendo o capital investido na propia vivenda². Algúns intentos ten habido de trocar a vivenda da persoa dependente por unha praza de residencia ou por outra vivenda máis barata e con servizos accesibles, pero o seu escaso éxito non fai aconsellable confiar nesta vía coma nunha solución eficaz. Tampouco parece aconsellable confiar nas compañías de seguros como alternativa xa que nin nos países onde máis se ten favorecido o seu desenvolvemento, a través de desgravacións fiscais e subvencións, se conseguiron aumentos da cobertura significativos. Estímase que nos EUA os seguros privados

financian soamente un 7% do gasto total en residencias (Olsen, 2002) e un 1% do gasto total na atención á dependencia. Á vista de experiencias semellantes cos seguros sanitarios privados resulta dubidoso que un incremento nos beneficios fiscais cambiara moito a situación, mentres que significaría unha redución importante dos ingresos públicos (Wittenberg, 1999).

En xeral, o financiamento privado demostrou ser insuficiente por completo. Avaliacións da experiencia norteamericana indícanos cales son algúns dos atrancos máis importantes que ten o mercado para cubrir esta necesidade dunha maneira eficaz. En primeiro lugar, a incapacidade da poboación e das compañías de seguros para valorar as necesidades de atención futuras, o cal dificulta enormemente a previsión e, segundo, o elevado custo deste tipo de servizos que os fai accesibles só a unha minoría (Wiener, 1994). A proposta de financiar un seguro de dependencia mediante fondos de capitalización privados ten ademais inconvenientes engadidos que han de ser considerados. As primas pagadas permitirían cubrir os riscos futuros dos asegurados, pero non sería posible atender as necesidades das xeracións agora dependentes, que forzosamente continuarían dependendo dos coidados informais prestados polos seus familiares. Este inconveniente só é salvable mediante o financiamento público, ben cun seguro social baseado no reparto, ou coas achegas a cargo dos orzamentos xerais.

Dado que o mercado non pode resolver a protección da maioría, os poderes públicos están abocados a asumir algún tipo de responsabilidade que, ata o momento, se plasmou en programas diferentes seguindo a lóxica dos seus respectivos réximes de benestar. Na maioría dos países anglosaxóns as autoridades asumiron a protección asistencial dos moi pobres, deixando unha franxa ampla de clases medias sen protección, coa esperanza va de que os coidados informais e o mercado serían suficientes. Neste caso os servizos públicos aos dependentes son financiados con cargo a impostos e os criterios de acceso ás prestacións adoitan discriminar por capacidade de pagamento, grao de dependencia e ausencia de coidadores informais.

Unha avaliación máis avanzada tivo lugar nos países escandinavos. Os seus gobernos ofrecen programas financiados con cargo aos impostos que, se ben nun principio foron pensados para os máis pobres, acabaron por estender a cobertura a case todos os cidadáns dependentes. Estes países comezaron desenvolvendo equipamentos residenciais pero, a partir dos anos setenta, optaron por estender unha ampla rede de servizos de atención a domicilio provistos maioritariamente polo sector público. Pola súa banda, o fraccionado sistema de axudas específicas foise substituíndo por un único programa de atención á dependencia que é xestionado polos municipios. Estes gozan así, de maior control sobre o gasto total dedicado á dependencia e de maior flexibilidade para adaptar a oferta de recursos (residencias, centros de día e axuda a domicilio) ás necesidades específicas dos dependentes (Royal Comission, 1999: 166). Nos estados da Europa continental a asistencia ao cargo dos impostos tamén ten estado limitada aos máis pobres, pero co progresivo envellecemento da poboación e o aumento da actividade laboral feminina comprobouse a necesidade de ampliar a protección ás clases medias. A diferenza cos países escandinavos é que o instrumento elixido foron as transferencias en metálico financiadas total ou parcialmente coas contribucións á Seguridade Social.

Unha alternativa adicional que se debe considerar é a posibilidade de que os usuarios financien algunha parte do custo do programa. O copagamento neste tipo de servizos ten valedores e detractores segundo o enfoque que un adopte na avaliación. Entre as vantaxes

do copagamento figuran, como é obvio, o menor custo para o erario público porque modera a demanda, sempre e cando o beneficiario teña algunha capacidade de decisión na cantidade e calidade dos servizos que se lle ofrecen, ademais de que non ten moito sentido que se faga pagar un servizo que un non elixe. Se a elección está nas mans dun técnico que non ha de soportar o seu custo, o efecto moderador do copagamento desaparece. Experiencias de copagamento existen tanto nos países escandinavos coma nas novas reformas adoptadas na Europa continental, aínda que as súas regras de aplicación e os seus resultados difiren. Nos países escandinavos o custo das residencias é cofinanciado polos usuarios cunha parte da súa pensión. Estimouse que esta achega supón arredor dun 20% do importe das pensións dos residentes, aínda que esta cantidade media varía segundo o nivel de renda da persoa. O copagamento tamén se emprega no financiamento dos servizos a domicilio, agás en Dinamarca, onde este servizo é gratuito³, salvo para os servizos domésticos de limpeza, xardinería..., que son pagados polo usuario, pero subsidiados parcialmente cun programa de transferencias en metálico para esta finalidade. Unha precaución que hai que ter cos procedementos de financiamento é que o seu deseño non xere unha estrutura de incentivos con efectos perversos sobre a eficiencia do programa. No caso das contribucións privadas, se o copagamento é menor nos servizos residenciais que na atención a domicilio, córrese o risco de que as persoas maiores tendan a elixir o ingreso nunha residencia cando poderían permanecer no seu fogar cunha axuda a domicilio, pero que lles resultaría máis custosa. Así non é de estrañar que en Dinamarca o copagamento sexa esixido nas residencias, pero non nos servizos a domicilio. No Xapón, onde o novo sistema de protección á dependencia instituído no ano 2000 esixe o copagamento dunha tarifa plana igual para todo o mundo equivalente ao 10% do custo dos servizos, levou os consumidores a concentrar a súa demanda naqueles servizos de custo relativo máis baixo para eles, e estímase que utilizan un 50% menos os servizos aos que terían dereito (Campbell e Ikegami, 2003). Nestes resultados inflúe, sen dúbida, o feito de que o novo sistema xaponés consiste nunha transferencia en metálico que percibe o usuario *ex post facto*, é dicir, elixe o seu provedor e paga o custo total do servizo, do que obterá posteriormente un reembolso do 90%.

1.3. Coordinación e flexibilidade

1.3.1. *Servizos sociosanitarios*

Na axuda a domicilio participan traballadores moi diversos. Médicos, persoal auxiliar sanitario, traballadores sociais, pedagogos e asistentas do fogar entre outros, que dependen de autoridades administrativas diferentes, e de departamentos distintos dun mesmo nivel da Administración pública. Ao cal cabe engadir os traballadores dependentes de organizacións privadas e os autónomos, tanto os formais coma os da economía somerxida. A coordinación de todos eles é un reto que ha de ser afrontado para evitar duplicidades e para extraer a máxima eficiencia dos recursos investidos.

A dificultade para coordinar os servizos foi sempre particularmente difícil naqueles países onde o financiamento da atención á dependencia se divide entre a sanidade e os servizos sociais con regras de acceso distintas, universais na sanidade e asistenciais nos servizos sociais. Os atrancos aumentaron desde o momento en que se foi estendendo a atención a domicilio como alternativa ás residencias e, ademais, desenvolvéronse prácticas de colaboración entre provedores públicos e privados. As estratexias para mellorar a coordinación e conseguir

que as necesidades da persoa dependente sexan tidas en conta de maneira integral foron moi heteroxéneas, pero, ata o momento, non hai avaliacións rigorosas que poidan comparar os resultados obtidos.

No Reino Unido optouse por instituír «xestores de casos» no nivel local que, desde un único centro local e cun orzamento propio, coordinan equipos multidisciplinares formados por persoal sanitario, traballadores sociais, pedagogos e traballadoras familiares (Tester, 1996). Nos países escandinavos utilízase tamén a xestión de casos desde centros de servizos sociais, pero, ademais, fíxose unha énfase especial en que as responsabilidades públicas na sanidade e os servizos sociais dirixidos aos dependentes estean situados nun mesmo nivel da Administración, os concellos (Casado e López, 2001), ao tempo que crearon incentivos para evitar o traspaso de casos innecesarios á rede hospitalaria (Kirk, 1997).

1.3.2. Política de vivenda

Un programa de atención á dependencia ten que apoiarse na coordinación dos servizos sociais e sanitarios, e entre estes, e a política de vivenda. As autoridades deben considerar as seguintes opcións de futuro: a) promover unha oferta de vivenda adaptada ás necesidades básicas dos discapacitados (anchura das portas, duchas sen chanzos, ascensores accesibles para as cadeiras de rodas...), b) habilitar programas públicos de axuda para as reformas de vivendas que permitan a unha persoa con mobilidade limitada continuar vivindo no seu fogar e c) fomentar a provisión de vivendas compartidas con servizos sociosanitarios comúns e de pequenas residencias que sexan unha alternativa de calidade ás residencias actuais.

Aínda que é moi común establecer unha relación secuencial do ciclo vital das persoas maiores, que comezaría na vivenda normalizada para pasar logo a unha residencia, a unha residencia asistida despois e, por último, a ingresar nun hospital, calquera persoa experta no campo das dependencias sabe que a relación entre estes tipos de aloxamento non é unidireccional nin irreversible. Os episodios de dependencia son en moitos casos reversibles e pode que sexan ou non recorrentes. Isto significa que unha persoa maior pode necesitar un ingreso hospitalario que a leve ao cabo dun tempo, a un período de recuperación asistida que ben pode desenvolver nunha residencia, ou nun centro de día, para acabar levando de novo unha vida normal no seu propio domicilio, con posterioridade á súa adaptación se for necesaria.

Tírase disto que é preciso establecer unha rede flexible que relacione a atención hospitalaria con centros de día nos que se presten servizos sociais e sanitarios, con centros residenciais e coa axuda a domicilio, que debe estar coordinada con programas de adaptación de vivendas ou de cambio a outras máis accesibles. Esta rede debe ser un recurso para atencións temporais que inclúan non só períodos de crise na saúde da persoa dependente, senón tamén as necesidades de «respiro» dos familiares que poden atopar unha solución na atención temporal do dependente nun centro de día ou residencial.

2. OS EFECTOS DE CADA RÉXIME NAS FAMILIAS CUN MEMBRO DEPENDENTE

España, como veremos deseguido, ten a necesidade de incrementar a oferta de servizos formais para o coidado de dependentes. As autoridades e as forzas políticas do noso país tiveron como exemplos tres opcións xenéricas desenvolvidas na Unión Europea. A primeira consistía en aumentar o financiamento actual, pero sen cambiar os criterios de acceso ás presta-

cións, é dicir, imitar o Reino Unido e continuar cun programa público asistencialista pero dotado de maiores recursos. A segunda estratexia optaba por transferir un subsidio non-finalista aos fogares onde reside un dependente; é o caso de Austria, Luxemburgo e Alemaña. Por último, puido escollerse a subministración universal dos servizos como acontece nos países escandinavos. A opción elixida finalmente en España pretende ser un compromiso entre o réxime continental e o escandinavo cuxos posibles efectos serán comentados máis adiante, pero antes imos explorar que efectos ten sobre as familias cada unha das opcións. Para facelo comparamos España cos catro países con programas diferentes e que xa levan algúns anos en funcionamento: Dinamarca, pola súa excepcional rede de atención baseada na prestación directa de servizos públicos; Austria e Alemaña, pola novidade dos seus programas que tratan de ofrecer un subsidio en metálico de carácter case universal, e tamén, porque as súas iniciativas espertaron certa expectación na opinión pública española; o Reino Unido posto que, aínda que dedica maiores recursos que España, tamén basea a súa rede de protección en programas públicos xestionados polos gobernos locais, pero cun carácter marcadamente asistencialista. Unha descrición máis polo miúdo de cada un deles pode ser consultada en Sarasa (2003).

A partir dos datos que nos proporciona o *Panel dos Fogares da Unión Europea* (PFOGUE), sabemos que Dinamarca, Alemaña e o Reino Unido presentan taxas máis elevadas que as españolas de enfermos ou inválidos crónicos, así como de persoas con algún tipo de dependencia. No entanto, a proporción dos fogares onde polo menos un dos seus membros dedica parte do seu tempo a coidar un adulto dependente é en España e Austria maior que en Dinamarca e Alemaña, dous dos países con maior proporción de dependentes, pero que mostran as ratios máis baixas de fogares coidadores por dependente aínda que cunha diferenza importante entre eles, as horas de dedicación. En Dinamarca o promedio de horas por fogar é o máis baixo de todos os países considerados, mentres que Alemaña se sitúa en niveis similares aos do Reino Unido e Austria. A situación máis gravosa para os fogares é sen dúbida a española onde, non só hai máis fogares coidadores por dependente, senón que o promedio de horas dedicadas é máis do dobre do existente no resto dos países. Se nos atemos á duración dos coidados, os datos dispoñibles indícanos que a dedicación adoita prolongarse varios anos. Arredor do 40% das persoas que tiveron que atender un dependente fixérono durante tres ou máis anos continuados en España e en Austria, mentres que en Dinamarca esa proporción apenas acada o 25%. Este dato indicaría que a existencia dunha oferta xenerosa de servizos de atención á dependencia neste país reduce a carga das familias, non só en intensidade, senón tamén en duración.

Cando a oferta de servizos formais é insuficiente e o groso da atención recae sobre as familias, a opción de compartir a residencia entre pais dependentes e fillos coidadores acostuma ser a máis eficaz. Non é de estrañar, así, que haxa unha certa relación entre a proporción de persoas que han de coidar a outros adultos no seu propio fogar e o número de horas que han de dedicar a tales coidados. O coeficiente de correlación entre unha dedicación superior ás 19 horas semanais e a proporción de atendidos no propio fogar é de 0,75. Non obstante, só un 29% dos dependentes daneses viven no mesmo fogar que o seu coidador, unha cifra que case acada o 70% en España, o 57% no Reino Unido e arredor do 50% en Austria e Alemaña. A proporción de persoas maiores que viven no mesmo fogar que os seus fillos depende de factores culturais e podería argumentarse que é a coresidencia no mesmo fogar a que explica o elevado número de horas de atención; pero esta maior dedicación dos

fogares españois cúmprese mesmo cando o dependente vive nun fogar distinto ao do cuidador. A proporción destes cuidadores que prestan máis de 44 horas á semana acaba en España o 19,4% mentres que a media nos países considerados é do 6,5% (ver táboa 2). Contando o conxunto de horas que dedican os cuidadores con independencia do lugar de residencia, en España non chegan ao 8% os cuidadores que dedican menos de 10 horas semanais, unha cifra que ascende ao 60% en Dinamarca e oscila entre o 27 e o 34% no resto dos países (véxase táboa 3). España é sen dúbida o país onde o cuidado de persoas dependentes esixe máis horas de dedicación aos seus familiares, seguido a certa distancia polo Reino Unido. En Dinamarca, o excelente desenvolvemento dos servizos públicos permite ás familias dedicar un tempo non excesivo, mentres que Austria e Alemaña se sitúan nunha posición intermedia.

Táboa 2: Horas de dedicación segundo o lugar de residencia do dependente

	No fogar		Fóra do fogar	
	menos de 10	máis de 44	menos de 10	máis de 44
DK	40,1	13,6	68,1	5,1
ES	4,5	41,3	15,2	19,4
AU	11,2	17,8	43,2	1,7
DE	15,8	24,5	48,7	3,7
UK	11,6	48,7	56,8	2,5
media	16,64	29,18	46,4	6,48

Fonte: elaboración propia a partir dos datos do *Panel dos Fogares da Unión Europea* de 1998.

Táboa 3. Horas de dedicación semanal con independencia do lugar de residencia

País	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 44	>44	TOTAL
DK	39,76	20,36	19,52	12,39	7,97	100,00
ES	2,90	4,96	20,54	37,28	34,31	99,99
AU	11,00	16,35	32,43	30,58	9,65	100,01
DE	13,91	19,83	26,83	26,45	12,98	100,00
UK	16,29	16,27	19,29	20,89	27,25	99,99
media	16,77	15,55	23,72	25,52	18,43	100,00

Datos de 1998, agás DE e UK de 1996.

Fonte: elaboración propia a partir dos datos do *Panel dos Fogares da Unión Europea* de 1998.

Que consecuencias ten a atención informal aos dependentes sobre as oportunidades de emprego das persoas cuidadoras? En primeiro lugar, debemos ter en conta que existe unha certa incompatibilidade entre manter un emprego remunerado e atender unha persoa dependente cando esta atención esixe un número de horas semanais superior ás 20 horas de dedicación. Superado este limiar as probabilidades de que a muller deba abandonar o seu emprego ou reducir a súa xornada laboral aumentan de maneira significativa (Sarasa, 2005). Estimacións efectuadas por Sarasa e Mestres (2007) tomando como variables de control a idade e a formación da muller cuidadora confirman que a diferenza na probabilidade de que unha muller sexa laboralmente activa cando ha de atender unha persoa adulta dependente respecto da probabilidade das mulleres que non teñen esa responsabilidade é insignificante en Dinamarca. Polo contrario, esa diferenza acada a súa cota máis alta no Reino Unido. Un dato interesante é que, segundo estes datos, os programas de transferencias de rendas austríaco e alemán non parecen aumentar a probabilidade de emprego destas cuidadoras con relación ás españolas. En consecuencia, as prestacións en metálico por si mesmas non parecen ser moi eficaces para incentivar o emprego de quen deben asumir o coidado dun familiar dependente.

A partir destes datos podemos albiscar algunhas das consecuencias que teñen as institucións de protección social sobre os fogares. En España a cobertura tanto de residencias como de servizos de atención a domicilio é baixa e, no Reino Unido, acada un nivel medio. O apoio aos dependentes en ambos os países, aínda que algo máis desenvolvido no Reino Unido, fundaméntase nunha provisión asistencialista baseada na comprobación de necesidades e medios dispoñibles que prioriza aos máis pobres e extremadamente dependentes. En ambos os países, o coidado dos dependentes recae nos fogares en maior medida que noutros países europeos. Hai máis fogares por dependente que prestan coidados e dedican de media máis horas por fogar. No outro extremo, Dinamarca ofrece as taxas de cobertura á poboación dependente máis elevadas. Neste país é menor a ratio de fogares con algún cuidador e tamén é menor o número medio de horas que estes fogares dedican aos coidados de dependentes. Ademais, o número medio de anos consecutivos en que unha persoa exerce de cuidadora é inferior. Como resultado, as mulleres que han de atender algunha persoa dependente non son penalizadas na súa carreira laboral. A diferenza máis importante entre Austria e Alemaña, para os efectos do impacto sobre a poboación cuidadora, é que, se ben Austria ofrece unha transferencia en metálico non-finalista, Alemaña ofrece a posibilidade de elixir entre percibir a prestación en metálico, coa que se pode contratar algunha persoa no mercado, ou a prestación directa do servizo. A proporción de beneficiarios que optan por recibir o beneficio en servizos directos é especialmente baixa,⁴ pero a intensidade protectora do subsidio é algo máis alta que no caso austríaco⁵, co que resulta máis doado contratar servizos no mercado libre. Os datos do PFOGUE mostran indicios de que o programa alemán podería ter maior capacidade que o austríaco para liberar horas de coidados aos familiares dos dependentes. Así, mentres que Austria mantén unhas ratios de fogares, horas e persoas cuidadoras por dependente en torno á media da mostra de países seleccionada, Alemaña amosa unhas ratios sensiblemente inferiores. No entanto, a capacidade do programa alemán para garantirles ás persoas cuidadoras iguais oportunidades de emprego que ás non-cuidadoras é sensiblemente inferior á do danés.

3. OS CUSTOS: COMO E EN QUE QUEREMOS GASTAR OS CARTOS?

Se a alternativa danesa é a máis eficaz, queda por dilucidar se é tamén a máis eficiente; pero non é posible coa información dispoñible levar a cabo unha avaliación rigorosa desta cuestión que requiriría un traballo de investigación específico. É posible, emporiso, facer unha aproximación aos custos directos que teñen para o sector público unha ou outra alternativa das estudadas neste informe.

Na táboa 4 podemos observar como o gasto dos servizos prestados aos dependentes en Dinamarca é o máis elevado en termos da súa proporción sobre o produto nacional bruto, chega ao 3%, mentres que no resto de países se aproxima ao 1% e, aínda que a información sobre o gasto en Austria e no Reino Unido é incompleta, resulta dubidoso que o seu valor real chegue a acadar o nivel danés. Como era de esperar, a proporción da riqueza nacional que en España se dedica a coidar aos dependentes é a máis baixa de todas, quedándose nun 0,3% do PNB.

Táboa 4. Proporción do produto nacional bruto gastado en prestacións a persoas discapacitadas e persoas maiores (ano 1998)

	Austria ^a	Alemaña	Dinamarca	España	Reino Unido ^b
Beneficios en metálico	11,9	11,5	8,6	9,5	12,8
Servizos	0,9	0,7	3,0	0,3	0,8
Total	12,8	12,3	11,6	9,8	13,6

^a Os datos de Austria non inclúen o gasto na atención a domicilio nin nos centros de día.

^b Os datos do Reino Unido non inclúen o gasto nas residencias nin nos centros de día. Os informes da Royal Comission estiman que o gasto total en servizos ascende ao 1,6% do PIB.

Fonte: OECD, Social Expenditure Database.

Na mesma táboa observamos tamén que os países analizados mostran unha estrutura do gasto público dirixido ás persoas maiores, e aos discapacitados en xeral, moi diferente. Mentres que Dinamarca garante máis a provisión de servizos, España, Alemaña, Austria e o Reino Unido basean a protección dos seus dependentes nas transferencias en metálico, ben a través de pensións, ou de subsidios. Teoricamente os beneficiarios destas prestacións en metálico poden adquirir os servizos que necesiten no mercado, pero vimos que esa posibilidade queda reducida a unha minoría e que xera desigualdades maiores ás existentes no réxime escandinavo. O paradoxal desta situación é que a proporción do conxunto do gasto social dirixido ás persoas maiores e aos discapacitados é máis baixa en Dinamarca e a súa porción de PNB dedicada a transferencias en metálico non é moi diferente da existente en España.

Acadar un nivel de atención semellante ao danés significaría para España un aumento do gasto de máis de 2,5 puntos sobre o PNB, pero esta cifra é enganosa posto que unha protección como a danesa, baseada máis na provisión universal de servizos que nas transferencias en metálico, ten maiores efectos positivos sobre o emprego formal. Un aumento da ocupación non-somexrida aumenta as contribucións á Seguridade Social e aos ingresos fiscais, de modo que a cifra neta que teñen que achegar as administracións públicas sería menor. Canto menor sería esta cifra non o podemos estimar, pero non é insignificante a cifra que xa se valorou sobre o conxunto do gasto social público nos países escandinavos. Segundo os traballos de Adema (1999), o gasto social neto nestes países estaría en torno a 8 puntos porcentuais menos dos que se recollen nas estatísticas oficiais. No caso concreto de Dinamarca, Adema (1999: 30 táboa 7) estima unha redución do 36% no gasto público social bruto, cifra que só chega ao 11,5% no caso alemán e ao 13% no Reino Unido⁶. Asumindo que a relación entre gasto bruto e neto fose homoxénea en todos os sectores e aplicando estes coeficientes ao sector da atención á dependencia, teríamos que o gasto público neto neste sector, incluídas as prestacións en metálico e en especie, sería o 7,5% do PNB en Dinamarca, o 10,9% en Alemaña e o 11,8% no Reino Unido.

En suma, cos datos dispoñibles, a combinación de transferencias en metálico e de servizos danesa é máis eficiente que calquera outra das analizadas. Cun investimento neto dos recursos moito menor mantén niveis exemplares de cobertura nos servizos de atención á dependencia e unhas taxas de ocupación laboral feminina e de persoas maiores de 45 anos máis elevadas⁷.

Entre estas alternativas, a opción escollida coa recente lei española de atención ás persoas dependentes foi un compromiso intermedio entre o réxime escandinavo e o da Europa continental. Do primeiro tomou a prestación de servizos como opción preferente fronte aos subsidios en metálico non-finalistas; do segundo tomou a estandarización das prestacións cuxa intensidade dependerá de como quede situada a persoa discapacitada nunha escala de cinco niveis de necesidades. O financiamento faise con cargo aos orzamento xerais do Estado, aínda que xestionados pola Seguridade Social e as comunidades autónomas, e o acceso é universal con independencia do historial contributivo do solicitante. Coma na maioría dos países, finánciase parte do programa con achegas dos beneficiarios, que varían en función do seu nivel de renda e de patrimonio. Están por determinar a intensidade das prestacións, a contía das achegas dos beneficiarios e, sobre todo, os recursos que se destinarán para desenvolver a rede de servizos necesarios. É de esperar que, en calquera caso, o diferencial que nos separa arestora dos países da Europa septentrional se vexa reducido de maneira significativa nos próximos dez anos, dado que a lei prevé alcanzar a cobertura total no ano 2015. Non obstante, a avaliación futura que se faga da nova lei deberá contemplar a análise dos seus efectos sobre as desigualdades actuais na utilización de recursos para atender os dependentes.

4. DESIGUALDADES NO ACCESO AOS SERVIZOS DE ATENCIÓN Á DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Sabemos que en España a taxa de dependencia das persoas maiores é maior entre os analfabetos e nos fogares con baixos ingresos (Gonzalo et al., 2004; Rodríguez Cabrero, 1999, Sarasa, 2007) e que as mulleres das clases sociais máis desfavorecidas constitúen o groso das nosas cuidadoras (García-Calvente et al., 2004). Pero, como inflúe a clase social na probabi-

lidade de acceder aos diferentes recursos existentes para atender as persoas dependentes? Dos tres indicadores máis usuais na definición da clase social, —a ocupación, os ingresos e o nivel educativo—, cada un deles inflúe de maneira distinta na asociación existente entre a clase social e o acceso que teñen as persoas dependentes a diferentes recursos. A ocupación e o status laboral dos familiares máis próximos condiciona o tempo dispoñible que estes teñen para atender a persoa discapacitada. Os inactivos e os parados, seguidos daqueles que teñen ocupacións con horarios flexibles, son quen mellor poden sortear a incompatibilidade entre tempo de traballo remunerado e tempo de coidados informais. En canto aos ingresos, as clases sociais con máis renda dispoñible poden adquirir no mercado os recursos para cubrir as necesidades derivadas da dependencia, de modo que dispoñen de maior capacidade de elección para decidir o uso do seu tempo (Henz, 2006). Asemade, nos réximes de benestar onde o acceso aos servizos públicos de atención á dependencia está condicionado pola demostración da pobreza, as clases máis acomodadas non teñen acceso aos servizos públicos. No concerner ao papel específico que pode xogar a educación no acceso aos servizos de atención á dependencia, a teoría do capital humano predí que con maior capital humano, máis alto será o custo da oportunidade de atender unha persoa dependente, dadas as incompatibilidades existentes entre un emprego remunerado e unha atención intensiva. Ademais, as persoas con máis formación controlan mellor a información e os procedementos que conducen aos provedores de servizos (Foster, 1983).

Medindo a posición social segundo o nivel de estudos do fornecedor principal do fogar, observamos na táboa 5 que a contratación de empregados e o uso de voluntarios manteñen unha relación de signo contrario co nivel de estudos. A maior nivel de estudos maior é a contratación de empregados, pero menor é a utilización dos recursos prestados polo sector voluntario. Non pode dicirse o mesmo no que respecta aos servizos sociais públicos xa que, se ben o seu uso se reduce a medida que aumenta o nivel educativo do fornecedor principal, unha vez este nivel supera o nivel equivalente ao que no sistema educativo actual é a secundaria obrigatoria, o consumo de servizos sociais públicos aumenta ata case situarse en niveis similares aos acadados polas persoas analfabetas ou con só estudos primarios, un dato sorprendente dado que, en principio, os servizos sociais públicos españois teñen un forte carácter asistencial e priorizan os fogares sen recursos.

Cando tomamos a renda dispoñible do fogar como criterio de discriminación, observamos que no conxunto español a probabilidade de que unha persoa discapacitada cunha renda dispoñible equivalente á situada na metade superior da distribución da renda equivalente dos fogares na súa comunidade autónoma ten 2,35 veces máis probabilidades de contratar un empregado para que o asista que unha persoa cuxa renda equivalente se sitúa na metade inferior da distribución. A renda non ten influencia ningunha no acceso aos servizos do voluntariado, que atenden tan só algo máis do 5% das persoas con algunha discapacidade, e ten unha influencia relativa no acceso aos servizos sociais públicos, posto que para unha persoa cunha renda situada na metade inferior da distribución, a probabilidade de acceder a servizos públicos é soamente un 23% máis elevada que a dunha persoa cunha renda situada na metade superior da distribución. Na táboa 6 poden observarse esas probabilidades para cada comunidade autónoma. Esta táboa ofrece datos interesantes sobre o uso dos servizos públicos, especialmente nos casos do País Vasco e Asturias, onde estes servizos son utilizados con maior frecuencia por parte do 50% máis rico da comunidade autónoma. De feito, unha utilización dos servizos públicos que favorece a metade máis pobre da poboación só ocorre

en Navarra, Madrid, Galicia e Andalucía. Esta é unha dimensión da estrutura dos nosos servizos sociais de atención á dependencia que merece un estudo en maior profundidade.

Para comprender mellor a estrutura das desigualdades no acceso a diferentes recursos de atención á dependencia, as táboas 7 e 8 ofrecen os resultados de dous modelos de regresión. O primeiro deles (táboa 7), é unha regresión loxística que foi estimada catro veces cambiando en cada unha delas a variable dependente, deste xeito estimáronse por separado os pesos dos factores asociados á utilización de cada tipo de recurso: os empregados contratados no mercado, os servizos sociais públicos, o voluntariado e a familia. O segundo modelo (táboa 8) consiste nunha regresión lineal onde a variable dependente é o número de horas de atención recibidas á semana en función do tipo de recurso principal utilizado⁸.

As estimacións confirman os resultados obtidos coa análise bivariable no que concerne ao efecto que teñen, tanto a educación do fornecedor principal do fogar onde reside a persoa discapacitada coma a renda dispoñible dos fogares. A utilización da axuda prestada polos familiares é máis intensa nos fogares cuxa renda dispoñible se sitúa nos tramos intermedios de distribución da renda, en parte porque a algúns destes fogares o seu nivel de renda failles algo máis difícil acceder aos servizos públicos, aínda que esta dificultade non é estatisticamente significativa e, temos que supoñer que, en certa maneira, porque hai datos que apuntan a que a solidariedade interxeneracional é máis intensa entre as clases sociais acomodadas. Hai evidencias empíricas a prol desta hipótese desde o momento en que algúns estudos realizados nos EUA conclúen que os membros de clase media tenden a estar máis implicados que os da clase traballadora no apoio emocional e material dos seus pais (Lye, 1996). Tamén en Europa hai sinais de que as relacións familiares están afectadas pola clase social. Tomando a educación como referencia de clase, Kalmijn (2006) encontra en Holanda unha maior frecuencia de contactos persoais e unha maior proximidade residencial entre as familias de baixo nivel educativo, pero unha maior propensión á solidariedade recíproca nas familias de status educacional alto (Kalmijn, 2004). En Portugal, Wall et al. (2001) tamén localizan indicios significativos de que as persoas con status educativo e ocupacional de baixo prestixio tenden a recibir niveis máis baixos de soporte informal e de que o feito de manter relacións extensas coa familia non garante recibir axuda dela. En Alemaña, Kohli et al., (2001) encontran decote unha maior concordia cos valores altruistas interxeneracionais entre os fogares con maior nivel de renda. Non obstante, non hai evidencias claras a favor de se este diferencial de solidariedade familiar é debido a unhas pautas de socialización diferentes vinculadas á educación recibida por cada clase social ou, se responde a criterios máis materiais, coma diferentes graos de acceso aos servizos formais e ao efecto da reciprocidade ocasionado polas axudas materiais que os pais ben estantes transfiren aos seus fillos. As estimacións realizadas neste modelo apuntan a que estas diferenzas de solidariedade familiar obedecen menos a factores culturais que a factores materiais. Obsérvese que este patrón clasista de solidariedade familiar non se cumpre entre os fogares máis ricos. Os discapacitados que residen en fogares cunha renda dispoñible situada no cuartil superior da distribución non fan un uso tan intenso da familia porque poden pagar os servizos necesarios no mercado. Obsérvese que a *odd-ratio* de que os fogares do cuartil superior de renda compren estes servizos é máis do dobre que a *odd-ratio* dos cuartís primeiro e segundo e un 60% superior á do terceiro cuartil. A importancia que ten a capacidade de pagamento, medida pola renda dispoñible do fogar, na solidariedade familiar é manifesta cando observamos que o nivel de estudos non ten efecto significativo ningún, e os estudos miden tanto o custo da oportunidade de prestar asistencia

informal como, en certo modo, o ambiente cultural da familia. Un dato, con todo, chama a atención, e é a menor utilización que fan dos servizos sociais públicos os fogares onde o fornecedor principal ten un nivel baixo de estudos. Resulta precipitado extraer conclusións sobre as súas causas, xa que se require un estudo específico máis polo miúdo, pero é preocupante que nun sistema de servizos sociais asistencial coma o español, sexan estes fogares os máis discriminados.

A estas desigualdades de clase hai que engadir as desigualdades inherentes á diferente configuración da oferta de recursos no territorio. O tamaño do municipio non ten efecto significativo ningún sobre o grao de acceso que poida ter unha persoa discapacitada á axuda dos seus familiares. As teses de que as grandes cidades promoven a individualización ata o punto de que os individuos poden encontrarse desvalidos no caso dunha necesidade non teñen respaldo na evidencia empírica. Pero o acceso aos servizos substitutivos ou complementarios da familia si que está condicionado polo concello de residencia. As estimacións da táboa 7 amosan que o uso de servizos sociais é máis probable nas grandes cidades onde, tanto o maior orzamento das autoridades locais como a maior presión política da cidadanía, favorecen o desenvolvemento dos servizos sociais. Ademais, a táboa 8 mostra que é tamén nas grandes cidades onde as persoas dependentes obteñen un número maior de horas de atención á semana. Dada a asociación negativa existente entre o uso dos servizos sociais e o número de horas recibidas de atención, é de supoñer que o maior número de horas recibidas polos residentes nas grandes cidades se debe á combinación dos diferentes recursos familiares, de mercado e de voluntariado cos servizos sociais públicos. Porén, o acceso aos servizos ofrecidos polo mercado é máis probable nas cidades pequenas e medianas de entre 50 001 e 500 000 habitantes, cidades estas onde a acción do voluntariado é significativamente máis escasa.

Unha vez o uso dos servizos está controlado polo tamaño do concello, a clase social e outros factores demográficos especificados no modelo, preguntámonos se hai diferenzas significativas no uso dos recursos entre comunidades autónomas. A resposta é afirmativa. A Rioxa é a comunidade onde máis accesibles son os servizos sociais para as persoas con algunha discapacidade. Polo contrario, en seis comunidades autónomas as persoas dependentes teñen máis dificultades para acceder a servizos sociais públicos que no resto de España. A maioría delas (Galicia, Andalucía, Comunidade Valenciana e Murcia) son comunidades con taxas de pobreza por enriba da media española (Sarasa, 2005). Emporiso, Cantabria e, sobre todo, Cataluña non figuran no grupo dos territorios pobres ou cun elevado risco de pobreza, polo que haberá que pensar que o menor uso de servizos públicos nestas CC. AA. se debe a unha oferta limitada, froito dunha opción de política social escollida polos seus gobernos. Algunhas CC. AA. mostran un maior uso relativo e simultáneo do mercado e do voluntariado, tal é o caso de Cataluña, Navarra e Estremadura, mentres que outras se apoian máis nunha ou noutra das alternativas privadas. En Andalucía, Galicia e Cantabria, a escaseza de servizos públicos está compensada polo voluntariado, namentres que na Comunidade Valenciana e Baleares, polo mercado.

En resumo, o risco de padecer unha discapacidade é maior entre as clases sociais máis pobres e menos educadas. Non obstante, o acceso aos servizos de atención á dependencia alleos á familia está condicionado polo lugar de residencia e é máis frecuente entre os fogares con maior renda dispoñible e nivel educativo. Corrixirá a nova lei de atención á dependencia estas desigualdades no acceso aos recursos?

5. CONCLUSIÓNS: EFECTOS ESPERABLES DA LEI DE DEPENDENCIA

A lei establece como dereito subxectivo dos cidadáns españois residentes no país un mínimo de protección universal definido e financiado pola Administración xeral do Estado, e establece tres niveis de protección: o definido pola Administración xeral do Estado, o definido por convenio entre cada comunidade autónoma e a Administración xeral do estado e, ademais, deixa aberta a posibilidade a un nivel adicional que puidese ofrecer cada comunidade.

Polo momento, non é posible estimar que efectos terá a nova lei sobre os beneficiarios potenciais en tanto que o Consello Territorial formado pola Administración xeral do Estado e as CC. AA., ha de ser o responsable de definir cuestións tan importantes coma os criterios de valoración da dependencia, a intensidade protectora e o réxime de copagamento por parte dos beneficiarios. Non obstante, si que podemos avanzar algunhas cuestións acerca de como poderán verse afectadas as desigualdades actuais por esas decisións. En primeiro lugar, é unha boa noticia que a nova lei ofrezca como prestación universal prioritaria a prestación de servizos no canto de prestacións en metálico. Esta opción aproxima o noso sistema de atención á dependencia aos existentes nos países escandinavos que priorizan a prestación de servizos universais, o cal permite non só reducir as cargas dos fogares, se non que aumenta tamén as súas oportunidades de emprego, especialmente nos fogares con capital humano e nivel de renda baixo. O paso cara a un sistema de prestación universal de servizos ha de significar, en principio, un acercamento aos estándares de cobertura do norte de Europa e unha redución nas desigualdades actuais de clase. Un grupo que posiblemente notará un alivio significativo será o dos fogares cuxo nivel de renda se sitúa no nivel intermedio da distribución da renda, demasiado ricos agora para acceder aos servizos públicos, pero non tanto como para aboar todos os servizos que precisan a prezo do mercado.

As prestacións económicas están reservadas a casos excepcionais como a contratación dunha asistencia persoal no caso dos grandes dependentes, ou cando non haxa unha oferta suficiente de servizos. Non obstante, esta última condición pode converterse nun búmerang en contra da prestación de servizos en si mesma se os gobernos, tanto central coma autonómicos, se amosan mesquiños á hora de financiar unha rede de servizos suficiente. Outra dimensión positiva da nova lei é a consideración que fai da capacidade económica dos beneficiarios para determinar a contía do copagamento, en tanto que se considera soamente a capacidade económica «persoal» do beneficiario e non a da súa familia. Deste modo é o cidadán e non a familia o portador do dereito á atención, aspecto este que axudará a unha maior autonomía das persoas e a unha menor penalización de aqueles fogares nos que haxa persoas empregadas.

No entanto, quedan dúbidas importantes sobre o futuro sistema de atención á dependencia que non poden ser resoltas polo momento. Apuntarei só algunhas delas. A definición de niveis estandarizados de dependencia e, polo tanto, da intensidade das prestacións, deixa aberta a posibilidade de que tales prestacións sexan insuficientes para moitos fogares. Nestas circunstancias, os máis ricos poderán continuar comprando os servizos complementarios no mercado e, neste sentido, a nova lei pode moi ben fomentar o mercado dos seguros privados ao abaratar o custo das primas que agora serán só por servizos complementarios aos financiados polo sector público. Polo contrario, os fogares máis pobres para os cales a prestación estandarizada sexa insuficiente deberán acudir aos servizos sociais asistenciais. Que obteñan ou non tales servizos dependerá de se as CC. AA. invisten recursos suficientes nes-

tas prestacións. En caso contrario, é probable que as desigualdades entre ricos e pobres aumenten ou, no mellor dos casos, non se reduzan.

A outra grande interrogante da nova lei fai referencia á dispoñibilidade de vivenda adaptada ás necesidades das persoas discapacitadas. A ninguén se lle escapa que o éxito dun programa de atención ás persoas discapacitadas que pretende mantelas nas súas comunidades estriba en que haxa unha oferta accesible de vivendas adaptadas. A nova lei di pouco ao respecto, salvo a disposición adicional terceira sobre axudas económicas que permite que se establezan acordos entre as CC. AA., e a Administración xeral do Estado, de acordo coas súas dispoñibilidades orzamentarias, para conceder axudas económicas dirixidas a dotar de axudas técnicas para a vida ordinaria e *facilitar accesibilidade e adaptación do fogar*. A incerteza reside no feito de que se considere esta oferta como algo posible, restrinxido aos orzamentos dispoñibles, e que nada se diga sobre que ocorrerá cando a vivenda non sexa adaptable de ningún xeito, cousa nada estraña no parque actual de vivendas ocupado polas persoas máis humildes e de maior idade. O problema pode chegar a ser grave dada a notoria insuficiencia de vivenda pública adaptada no noso país.

Por último, e como era de esperar, a nova lei para nada poderá evitar as desigualdades territoriais entre as CC. AA. dadas as competencias estatutarias que estas teñen nos servizos sociais e que a lei recoñece. No concernente ás desigualdades relacionadas co tamaño do concello de residencia, é previsible que as dificultades para desenvolver a medio prazo unha rede de servizos no ámbito rural fagan que nestes lugares se recorra máis ás prestacións económicas, reforzando así o rol de coidadoras das mulleres. En que medida ocorra isto e en que medida se reduzan as desigualdades entre municipios de distinto tamaño dependerá do esforzo investidor que fagan as autoridades públicas. Un investimento que, en calquera caso, esixe un tempo prudencial para dar resultados, en tanto require dispoñer duns recursos de equipamentos e de capital humano que polo momento son insuficientes para acadar a cobertura de servizos necesaria a curto prazo. O risco é que o investimento pendente se eternice por falta de vontade política entre os diferentes niveis da Administración pública.

Notas

* Agradecementos: este traballo foi posible grazas ao financiamento obtido do Ministerio de Ciencia e Tecnoloxía (SEC2003-02699), da Fundación BBVA (CN04505), do Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais (FIPROS 2006/20) e da Comisión Europea (EQUALSOC 513431).

- 1 A lei pode ser consultada na páxina electrónica do Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais.
- 2 Segundo os datos do Instituto Nacional de Consumo (2001:22) os aforros redúcense a partir dos 50 anos e, pasados os 65 anos de idade, un 50% das persoas viven ao día sen capacidade ningunha de aforo.
- 3 A crise económica sufrida por Dinamarca a principios dos noventa levou a introducir o copagamento nos servizos a domicilio, pero a impopularidade da medida foi tan grande que tivo que ser retirada (Royal Comisión, 1999: 181).
- 4 Estímase que só un 10% dos beneficiarios optan pola percepción do servizo.
- 5 Unha simulación do efecto que tería en España a intensidade protectora dos esquemas alemán e austríaco pode consultarse en Sarasa (2003).
- 6 Non ofrecemos datos sobre Austria e España porque o estudo realizado non inclúe estes países.
- 7 Sobre as taxas de ocupación entre as persoas maiores de 50 anos véxase OECD (2001).
- 8 Por «recurso principal» entendemos o provedor de servizos que a persoa dependente identifica como o seu coidador principal, sexa aquel un membro da familia, un empregado privado ou do sector público ou un voluntario. Para obter máis detalles sobre a especificación dos modelos, véxase Sarasa (2007).

BIBLIOGRAFÍA

- Adema, W. 1999. *Net social expenditures*. Paris: OECD.
- Baldwin, S. e Parker, G. 1991. «Support for informal carers-the role of social security», en G. Dalley (ed.). *Disability and social policy*. Londres: Policy Studies Institute.
- Campbell, J. C. e Ikegami, N. 2003. «Japan's radical reform of long-term care», en *Social Policy and Administration*, 1 (37), pp. 21-34.
- Casado, D. e López, G. 2001. *Vellesa, dependència i atencions de llarga durada. Situació actual i perspectives de futur*. Barcelona: Fundació La Caixa.
- Evers, A. 1998. «The new long term care insurance program in Germany», en *American Journal of Ageing and Social Policy*.
- Foster, P. 1983. *Access to welfare. An introduction to welfare rationing*. Londres: Macmillan.
- García, M.; Mateo-Rodríguez, I. e Eguiguren, A. 2004. «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad», *Gac Sanit*, 18 (supl.1), pp. 132-139.
- Glendinning e McLaughlin. 1993. *Paying for care: lessons from Europe*. Londres: HMSO.
- Gonzalo et al. 2004. «La salud de las personas mayores», *Gac Sanit*, 18 (Supl 1), pp. 69-80.
- Henz, U. 2006. «Informal caregiving at working age: effects of job characteristics and family configurations», *Journal of Marriage and Family*, 68, pp. 411-429.
- Kalmijn, 2004. Family Solidarity among the Lower Educated. Relatorio presentado na Conferencia Euresco. Granada, 18 a 23 de setembro.
- Kirk, H. 1997. *Overview on elderly care in Denmark*. The Nippon Foundation, <http://prg1.nippon-foundation.or.jp>
- Kohli, M. e Kunemund, H. 2001. *Intergenerational transfers in the family: what motives for giving? Research group on aging and the life course*. Research Report 71. Freie Universität Berlin.
- Lye, D. N. 1996. «Adult child-parent relationships», *Annual Review of Sociology*, 22, pp. 79-102.
- Lingsom, S. 1994. «Payments for care: the case of Norway», en A.Evers et al. *Payments for care: a comparative overview*. Aldershot: Avebury, pp. 67-86.
- Olsen, E. 2002. «Comparing Ageing Experiences in U.S. and Denmark», en <http://www.aarp.org/international>.
- Österle, A. 1996. *Payments for care and equity*. European Research Institute.
- Rodríguez, G. 1999. *La protección social a la dependencia*. Madrid: Imerso.
- Rostgaard, T. 2002. Care services for children and other dependent people. European Union Presidency Conference. Elsinore, 25-26 de novembro.
- Royal Commission on Long Term Care. 1999. *With respect to old age: long term care. Rights and responsibilities*. Londres: The Stationery Office.
- Sarasa, S. 2003. *Una propuesta de servicios comunitarios para la atención de las personas mayores*. Documento de Trabajo 15/2003. Fundación Alternativas. <http://www.fundacionalternativas.com/fundacion/proyectos>.
- 2005. «Pobreza y rentas mínimas en España», en V. Navarro (ed.). *La situación social en España*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- 2006. The women's conciliation of adultcare and employment in different welfare regimes, relatorio presentado no EQUALSOC/EMPLOY_FAMNET workshop. Turín: 27 de xaneiro.
- 2007. «La atención a la dependencia en España: desigualdades territoriales y estratificación social» en V. Navarro (ed.). *La situación social en España*, (2). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sarasa, S. e Mestres, J. 2007. «Women's employment and the adult caring burden», en G. Esping-Andersen (ed.). *The child gap: family formation in contemporary Europe*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Sundström, G. 1994. «Care by Families: An Overview of Trends», en OECD. *Caring for frail elderly people: new directions of care*. Paris: OCDE.
- Tester, S. 1996. *Community care for older people. A comparative perspective*. Londres: Macmillan.
- Theobald, H. 2003. «Care for the elderly: welfare system, professionalisation and the question of inequality», *International Journal of Sociology and Social Policy*, 4/5 (23), pp.159-185.

- Wall et al. 2001. «Families and informal support networks in Portugal: the reproduction of inequality», *Journal of European Social Policy*, 3 (11), pp. 213-233.
- Wiener, J. 1994. «Private sector initiatives in financing long-term care», en OECD. *Caring for frail elderly people: new directions of care*. Paris: OCDE.
- Wittenberg, R. 1999. «Economics of long-term care finance», en Royal Commission on Long Term Care. *With respect to old age: long term care. Rights and responsibilities*, (1), pp. 63-74. Londres: The Stationery Office.

ANEXO

Táboa 1. Servizos básicos para as persoas maiores a finais dos anos 90

País	Porcentaxes de cobertura	
	Axuda a domicilio	Residencias
Dinamarca	21,7	9,0
Suecia	17,9	9,1
Holanda	9,5	8,0
Francia	7,0	5,0
Alemaña	6,5	5,0
Reino Unido	5,0	7,0
Italia	5,4	2,2
España	2,0	3,0
Portugal	1,0	2,0

Fonte: Rostgaard, T. (2002).

Táboa 5. Uso de recursos de atención á dependencia segundo o nivel de estudos

Tanto por cento sobre persoas con algún tipo de discapacidade

	Servizos sociais	Empregados	Voluntariado
Analfabeto a causa de deficiencia	6,67	8,89	6,67
Analfabeto	6,69	4,34	4,56
Sen estudos	5,01	6,15	2,84
Primaria	4,29	7,28	2,25
E. xeral	4,69	6,45	1,46
S. Profesional	4,42	9,52	2,38
Secundaria 2º ciclo	4,97	11,93	2,19
Profesional	5,41	11,26	1,35
Universitaria	6,00	22,69	1,78

Fonte: Enquisa de discapacidades e deficiencias (EDDS). INE (1999).

Táboa 6. Uso de recursos de atención á dependencia segundo o nivel de renda e CC. AA.

	Tanto por cento sobre persoas con algún tipo de discapacidade			
	Servizos sociais		Empregados	
	50% pobre	50% rico	50% pobre	50% rico
País Vasco	9,36	22,57	8,33	23,03
Castela-A Mancha	9,45	11,38*	7,68	19,63
Comunidade Valenciana	6,79	7,72*	15,17	16,40*
Andalucía	6,91	3,89	8,15	23,35
Castela e León	15,28	11,83*	8,78	26,09
Estremadura	19,46	20,11*	6,34	28,66
Baleares	11,44	7,25*	18,04	20,70*
Cataluña	7,40	7,67*	16,99	28,73
Galicia	6,25	2,64	9,94	21,24
Aragón	15,32	16,95*	12,56	26,80
A Ríoxa	28,29	21,93*	0	15,79
Madrid	17,51	8,23	7,34	22,00
Murcia	9,10	5,93*	7,92	21,57
Navarra	19,85	14,22	5,15	37,16
Asturias	7,21	11,47	4,21	23,43
Canarias	12,95	19,81*	2,30	12,37
Cantabria	5,25	6,32*	9,86	12,29*
Ceuta e Melilla	16,26	11,47*	5,94	24,07
España	10,46	8,49	9,90	23,22

* Diferenzas estatisticamente non-significativas.

Fonte: EDDS, 1999.

Táboa 7. Regresións loxísticas da utilización de recursos de atención á dependencia sobre a clase social

	Empregados		Servizos sociais		Voluntariado		Familia	
	Odds Ratio	P> z	Odds Ratio	P> z	Odds Ratio	P> z	Odds Ratio	P> z
Familia	1,16*	0,06	1,57***	0,00	1,20	0,13		
Servizos sociais	0,71**	0,05			1,53**	0,03	1,51***	0,00
Empregados			0,64**	0,01	1,16	0,40	1,04	0,60
Voluntariado	1,20	0,30	1,58**	0,02			1,03	0,78
Gravidade da discapacidade	2,08***	0,00	2,81***	0,00	1,90***	0,00	2,78***	0,00
<i>Cohorte de 17 a 24 como categoría de referencia</i>								
25 a 54 anos	0,13**	0,05	4,51***	0,00	1,46	0,44	0,79*	0,09
55 a 64 anos	0,77	0,16	1,88***	0,01	0,86	0,55	0,82***	0,01
65 a 74 anos	1,44**	0,01	1,98***	0,00	0,91	0,65	1,32***	0,00
75 e máis anos	2,92***	0,00	3,99***	0,00	1,16	0,46	2,38***	0,00
<i>Home como categoría de referencia</i>								
Muller	2,94***	0,00	1,11	0,30	2,23***	0,00	1,41***	0,00
Tamaño do fogar	0,65***	0,00	0,74***	0,00	0,52***	0,00	1,27***	0,00
<i>Concello con menos de 10 001 habitantes como categoría de referencia</i>								
de 10 001 a 50 000	1,16	0,19	0,88	0,32	1,05	0,73	1,03	0,55
de 50 001 a 500 000	1,50***	0,00	1,15	0,24	0,71**	0,03	0,97	0,54
Máis de 500 000	1,12	0,44	1,54**	0,02	1,14	0,56	0,95	0,57
Non posúe certificado de discapacidade	0,94	0,53	0,82*	0,08	1,00	1,00	0,77***	0,00

Persoa solteira como categoría de referencia

Casada	1,19	0,17	0,43***	0,00	0,42***	0,00	0,90*	0,07
Viúva	0,95	0,71	0,39***	0,00	0,59***	0,00	1,05	0,53
Separada legalmente	1,34	0,39	1,30	0,41	0,94	0,89	0,75	0,10
Divorciada	1,87*	0,08	0,59	0,38	0,47	0,30	0,70	0,14

1º cuartil de renda como categoría de referencia

2º cuartil	1,12	0,33	1,04	0,72	0,85	0,27	1,13**	0,02
3º cuartil	1,57***	0,00	0,88	0,30	0,96	0,79	1,19***	0,00
4º cuartil	2,57***	0,00	0,73*	0,05	0,75	0,15	1,09	0,20

Persoa analfabeta como categoría de referencia

Sen estudos	1,62***	0,00	0,78*	0,08	0,83	0,26	1,02	0,77
Estudos primarios	2,25***	0,00	0,53***	0,00	0,82	0,28	1,11	0,14
Secundaria ciclo	2,12***	0,00	0,67*	0,08	0,73	0,32	1,01	0,90 1º
Profesional ciclo	4,32***	0,00	0,87	0,71	1,14	0,79	1,00	0,99 2º
Secundaria ciclo	4,32***	0,00	0,63	0,13	1,18	0,66	1,03	0,80 2º
Profesional superior	4,28***	0,00	0,96	0,91	0,50	0,35	1,03	0,88
Estudos universitarios	7,07***	0,00	0,81	0,43	0,64	0,29	0,82	0,11
Analfabeto por problemas físicos ou psíquicos	4,39**	0,01	0,56	0,44	1,41	0,60	0,93	0,83

País Vasco como categoría de referencia

Castela-A Mancha	1,18	0,57	0,70	0,22	1,93	0,31	1,44***	0,01
Comunidade Valenciana	1,64*	0,07	0,46**	0,01	2,48	0,15	1,63***	0,00
Andalucía	1,44	0,15	0,38***	0,00	3,64**	0,03	1,82***	0,00
Castela e León	1,21	0,47	1,05	0,85	2,73	0,10	1,59***	0,00
Estremadura	1,86**	0,05	1,55	0,14	4,33**	0,02	2,21***	0,00
Baleares	2,56***	0,00	0,97	0,94	1,26	0,78	1,44**	0,04

Cataluña	2,22***	0,00	0,52**	0,02	3,40**	0,05	1,28*	0,07
Galicia	1,55	0,11	0,35***	0,00	3,93**	0,03	1,62***	0,00
Aragón	1,84*	0,05	1,41	0,28	2,56	0,16	1,50**	0,01
A Rioxa	0,44	0,22	2,55**	0,02			1,49	0,12
Madrid	1,10	0,76	0,88	0,68	1,90	0,35	1,05	0,77
Murcia	1,19	0,58	0,53*	0,06	2,00	0,31	1,65***	0,00
Navarra	1,87*	0,07	1,2	0,56	7,43***	0,00	2,39***	0,00
Asturias	0,97	0,94	0,65	0,22	2,79	0,14	1,45**	0,02
Canarias	0,68	0,33	1,24	0,50	1,58	0,54	0,94	0,69
Cantabria	1,09	0,83	0,43*	0,08	3,51*	0,08	1,86***	0,00
Ceuta e Melilla	1,36	0,40	1,03	0,93	1,24	0,81	0,96	0,84
Log likelihood	-2806,53		-2081,13		-1380,56		-7975,4383	
N	12786		12786		12699		12786	
LR chi2	2(46) = 1088		2(46) = 559		2(45) = 400,2		2(46) = 1664,11	
Prob>chi2	0,000		0,000		0,000		0,000	
Pseudo R2	0,162		0,118		0,1266		0,0945	

Táboa 8. Regresión das horas de coidados semanais segundo quen sexa o coidador principal

Fonte	SS	df	MS	n.º de observacións	3194
-----	-----	-----	-----	F(46, 3147)	= 20,79
Modelo	261 398 069	46 56,8	256 671	Prob > F	= 0,0000
Residuais	859 992 414	3147 2,73	273 725	R-squared	= 0,2331
-----	-----	-----	-----	Adj R-squared	= 0,2219
Total	112 139 048	3193 3,51	202 782	Root MSE	= 1,6531
	Coef.		t	P> t 	
<i>A familia como categoría de referencia</i>					
Empregado	-0,76 ***		-8,49	0,00	
Servizos sociais	-1,35 ***		-11,38	0,00	
Voluntariado	-1,02 ***		-6,89	0,00	
Gravidade da discapacidade	0,75 ***		9,36	0,00	
<i>Cohorte de 17 a 24 como categoría de referencia</i>					
25 a 54 anos	0,07		0,45	0,65	
55 a 64 anos	-0,42 **		-2,28	0,02	
65 a 74 anos	-0,27		-1,59	0,11	
75 e máis anos	0,18		1,07	0,29	
<i>Home como categoría de referencia</i>					
Muller	-0,21 ***		-2,96	0,00	
Tamaño do fogar	0,17 ***		6,48	0,00	
<i>Concello con menos de 10 001 habitantes como categoría de referencia</i>					
de 10 001 a 50 000	0,01		0,16	0,87	
de 50 001 a 500 000	0,07		0,83	0,41	
Máis de 500 000	0,34 ***		2,6	0,01	
Non posúe certificado de discapacidade	-0,29 ***		-3,61	0,00	

Persoa solteira como categoría de referencia

Casada	-0,66 ***	-7,3	0,00
Viúva	-0,44 ***	-4,74	0,00
Separada legalmente	-0,63 **	-2,37	0,02
Divorciada	-0,82 *	-1,92	0,06

1º cuartil de renda como categoría de referencia

2º cuartil	0,16 **	2,08	0,04
3º cuartil	0,10	1,1	0,27
4º cuartil	0,18 *	1,85	0,06

Persoa analfabeta como categoría de referencia

Sen estudos	-0,03	-0,38	0,71
Estudos primarios	-0,08	-0,84	0,40
Secundaria 1º ciclo	-0,15	-0,96	0,34
Profesional 2º ciclo	0,44	1,53	0,13
Secundaria 2º ciclo	0,28	1,31	0,19
Profesional superior	0,38	1,24	0,22
Estudos universitarios	-0,02	-0,13	0,90
Analfabeto por problemas físicos ou psíquicos	-0,60	-1,28	0,20

País Vasco como categoría de referencia

Castela-A Mancha	0,21	0,91	0,37
Comunidade Valenciana	0,38	1,62	0,11
Andalucía	0,22	1,01	0,31
Castela e León	0,23	1,01	0,31
Extremadura	0,27	1,06	0,29
Baleares	0,22	0,74	0,46
Cataluña	0,25	1,12	0,26
Galicia	0,18	0,8	0,42
Aragón	0,29	1,07	0,28
A Rioxa	0,36	0,9	0,37

Madrid	0,34	1,26	0,21
Murcia	0,47 *	1,9	0,06
Navarra	0,25	0,85	0,39
Asturias	0,35	1,32	0,19
Canarias	-0,04	-0,15	0,88
Cantabria	-0,24	-0,79	0,43
Ceuta e Melilla	1,10 ***	3,38	0,00
_cons	1,89 ***	5,84	0,00
