

El nuevo sistema para la autonomía y la atención a la dependencia: ¿reducirá las desigualdades en la utilización de los servicios?*



La distribución social de las cargas familiares en la atención a las personas adultas dependientes se presenta desigual entre clases sociales y Comunidades Autónomas. La recientemente aprobada Ley de Promoción de la Autonomía y la Atención a las Personas en Situación de Dependencia puede contribuir a reducir estas desigualdades, pero hay incertidumbres en el alcance que pueda tener en este ámbito. El artículo describe las desigualdades existentes y compara los diseños institucionales más relevantes en los estados miembro de la Unión Europea para reflexionar sobre cuáles pueden ser algunos efectos esperados de la nueva legislación española.&

& Palabras clave: atención a la dependencia, desigualdades sociales, estratificación social, distribución territorial de recursos, regímenes de bienestar

INTRODUCCIÓN

En fecha reciente ha sido aprobada por las Cortes Generales la Ley de Promoción de la Autonomía y la Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹. En este artículo se describe el sistema actual de atención a la dependencia en España y se especula sobre el efecto que pueda tener la nueva ley en la estructura actual de las desigualdades en el acceso a los servicios de atención a la dependencia. Para ello, el artículo se presenta en cuatro secciones. La primera ofrece una panorámica de algunos de los sistemas de atención a la dependencia existentes en la Unión Europea en los cuales las autoridades españolas han podido inspirarse para promulgar la nueva ley. La segunda sección compara estos sistemas con el español y constata el enorme retraso de nuestro país en lo concerniente a la oferta de servicios públicos. La tercera sección ilustra las desigualdades en el acceso a la atención a la dependencia existentes en nuestro país como resultado del sistema actual, en el que destacan especialmente las desigualdades basadas en la clase social y en el territorio de residencia. Por último, se apuntan los efectos esperados de la nueva ley sobre la estructura de desigualdades descrita y se llama la atención sobre algunas deficiencias posibles en el desarrollo de la nueva ley.

1. DISEÑOS INSTITUCIONALES EN LA UNIÓN EUROPEA DE LOS 15

Los datos internacionales sobre cobertura de las personas dependientes con independencia de su edad son escasos, sin embargo disponemos de datos sobre la cobertura de las personas mayores que son el grueso de las personas dependientes. Observando la cobertura de servicios para mayores mostrada en la tabla 1 podemos identificar tres grupos de países con diferentes niveles de cobertura. Los países escandinavos son los que han desarrollado mayor protección, y su oferta de servicios a domicilio y de plazas en centros residenciales cubre en torno a un tercio de las personas mayores, con la ayuda a domicilio como el servicio más extendido. En el extremo opuesto se sitúan España y otros países de la Europa meridional, donde la atención a las personas mayores recae de manera abrumadora en las familias. El resto de países europeos ofrece una cobertura global algo superior al 10% de las personas mayores y con una práctica de atención todavía muy centrada en la oferta de plazas residenciales aunque la disponibilidad de servicios a domicilio es creciente.

Un conjunto de países de la Europa continental puso en marcha programas específicos en los años noventa. Austria instituyó en 1993 un subsidio a los dependientes de carácter universal. Alemania en 1995 creó un complemento del seguro de enfermedad dirigido a proteger la dependencia imitado, por Luxemburgo en 1998, y Francia, tras varios intentos de resultados insatisfactorios, instituyó en 2002 la *prestación personalizada de autonomía*. Estos programas recientes y los más consolidados de los países escandinavos difieren entre sí en los instrumentos utilizados y en sus resultados. Los programas de atención a la dependencia han tenido que elegir entre varias combinaciones de dilemas que afectan a cuestiones clave como el tipo de prestación, los criterios de acceso a las prestaciones, las fuentes de financiación y el modelo organizativo para coordinar los recursos disponibles. Veamos en qué consisten estos dilemas.

1.1. Prestaciones y criterios de acceso

Las prestaciones pueden ser en metálico o de servicios en especie, y pueden variar según estén dirigidas a las personas dependientes o a las personas cuidadoras, así como en las dis-

criminales que puedan hacer en función del nivel de dependencia, de la edad y de la renta disponible. La prestación directa de servicios pretende garantizar el bienestar de las personas dependientes y aligerar la carga de sus cuidadoras, a la par que utilizar la prestación como un recurso para aumentar la ocupación laboral. Las prestaciones en metálico, en cambio, tienden a ser una compensación económica por los gastos derivados de la dependencia y, en ocasiones, una retribución simbólica a las cuidadoras informales. La utilización de las prestaciones en metálico como recurso para aumentar el empleo no es imposible en tanto puede operar como una subvención a la demanda que incentive el desarrollo de un mercado de servicios, sin embargo la evidencia disponible no permite garantizar que ese sea el resultado si no hay una acción complementaria por parte de los poderes públicos para extender la red de servicios (Österle, 1996; Evers, 1998).

Las prestaciones en metálico constituyen la piedra angular de las reformas más recientes en Austria, Alemania, Luxemburgo y Francia. Son un recurso que trata de retrasar el ingreso de la persona dependiente en un centro residencial y aligerar la presión sobre los servicios hospitalarios. Con estas prestaciones se ofrece una compensación a las personas cuidadoras a cambio de una dedicación que les impide desarrollar una actividad laboral formal. En su formulación más extrema, la prestación conlleva el compromiso de no trabajar. Este es el caso de las prestaciones para el cuidado de discapacitados (*invalid care allowances*) en el Reino Unido. Sus beneficiarias son mayoritariamente mujeres en edad laboral con una renta disponible por debajo de un umbral definido, y que han de dedicar un número mínimo de horas de cuidados a la semana a una persona discapacitada. A cambio de la prestación, se comprometen a no ejercer actividad laboral alguna. La prestación en metálico se convierte en este caso en una especie de salario, pero con el inconveniente de que no es reconocido como empleo a efectos de contribuciones a la Seguridad Social y deja sin su protección a las perceptoras. Además, su cuantía es del todo insuficiente y no constituye nunca una fuente de ingresos que permita la independencia de la beneficiaria (Baldwin et ál., 1991).

La prestación puede ser de tipo universal como en Austria, sin discriminación por edad del dependiente, o con cobertura limitada a quienes han cotizado previamente a la Seguridad Social como en el caso alemán. En ambos casos, estas transferencias en metálico son un derecho cuyo titular es la persona dependiente y, aunque no lo sea su cuidadora, pretenden operar al mismo tiempo como un pago simbólico a ésta y como una subvención a la demanda que permita costear los gastos ocasionados por la dependencia. En Alemania, empero, el dependiente puede elegir entre percibir el subsidio en metálico o recibir una cantidad limitada de servicio a domicilio prestado a cargo de las administraciones públicas. La mayoría de beneficiarios opta por la subvención en metálico que aprovecha, si quiere, para pagar a alguna persona pero como en el caso austriaco, no hay control público sobre la calidad profesional del empleado ni sobre el destino de la subvención.

La prestación directa de servicios ha sido la estrategia seguida por los países escandinavos, donde los servicios son ofrecidos bajo el criterio de universalidad sin discriminación alguna por nivel de renta, edad o cotización previa. Dinamarca fue pionera en ofrecer los servicios de atención a domicilio como una alternativa muy consolidada frente a la institucionalización. En nuestros días, este país tiene una de las mejores y más extensas redes de apoyo a los dependientes en su domicilio y ha conseguido contener el gasto sanitario en los niveles más bajos entre los países desarrollados a la par que mantiene un elevado grado de satisfacción entre los usuarios.

Las prestaciones en metálico a las personas cuidadoras también existen en los países escandinavos, pero no tienen un papel tan relevante como en los casos citados. En Noruega el programa de pagos a los cuidadores ha sido resultado de la presión del movimiento feminista con el objetivo de reducir el diferencial de ingresos entre hombres y mujeres y mejorar el estatus del trabajo de los cuidadores de los dependientes, pero estos pagos no son un sustitutivo de los servicios prestados directamente por el sector público, sino un complemento de sus servicios. El derecho a las ayudas lo tienen las personas en edad laboral, incluidas parejas de hecho, y su cuantía no puede superar el coste de contratación del servicio de atención a tiempo completo. El número de beneficiarios de este programa es muy alto, pero las prestaciones son bajas (Lingsom, 1994).

Un rasgo distintivo de los países escandinavos es que las ayudas están más pensadas para promover la ocupación que para compensar simbólicamente el trabajo informal de las cuidadoras. La ocupación es promovida a través de la oferta de servicios donde obtienen empleo abundantes personas con niveles de estudios medios y bajos (Theobald, 2003), al tiempo que se incentiva a las personas cuidadoras para que no abandonen su empleo mediante la concesión de bajas laborales para cuidar a un dependiente o a un enfermo terminal.

Otra posibilidad destacable es que la persona cuidadora perceptora de la prestación en metálico sea considerada *quasi-empleada*. En este caso, la persona cuidadora es considerada a todos los efectos por la Administración pública como una empleada de la persona dependiente y es la administración la que corre a cargo de todo o parte del coste de la contribución a la Seguridad Social. En algunos países escandinavos existe este tipo de prácticas, pero muy escasas y limitadas, sobre todo a áreas geográficas rurales con muy poca densidad de población y donde la oferta de servicios profesionales es muy insuficiente. Las autoridades son conscientes de que el pago de una prestación en metálico añade poco a la cantidad de cuidados recibidos por la persona dependiente y de que constituye sólo una mera compensación simbólica (Sundström, 1994). Glendinning y McLaughlin (1993) en su estudio sobre este tipo de pagos en varios países europeos no han encontrado indicios de que las ayudas económicas a las cuidadoras informales aumentasen de manera significativa la oferta de cuidados informales ni de que redujesen la institucionalización; en Noruega, Lingsom (1994) tampoco concluye que estos pagos afecten a la cantidad ni a la calidad de la atención informal, aunque hacen la vida del cuidador más llevadera. Tampoco parece que las experiencias de Austria y Alemania hayan aumentado de manera significativa la oferta de servicios formales por las razones que serán comentadas más adelante.

1.2. La financiación

A grandes rasgos podemos identificar tres tipos ideales de financiación de los programas de atención a los dependientes: con cargo a impuestos, con cargo a la Seguridad Social, o de manera privada. En la práctica, no obstante, estas fuentes de financiación pueden ser combinadas.

La financiación privada puede obtenerse a través de los ahorros personales acumulados o mediante la mancomunidad de riesgos a través de compañías de seguros. Los ahorros sin embargo son escasos entre muchas personas mayores, salvo el capital invertido en la propia vivienda². Algunos intentos ha habido de permutar la vivienda de la persona dependiente por una plaza de residencia o por otra vivienda más barata y con servicios accesibles, pero su escaso éxito no hace recomendable confiar en esta vía como una solución eficaz. Tampoco

parece recomendable confiar en las compañías de seguros como alternativa ya que ni en los países donde más se ha favorecido su desarrollo a través de desgravaciones fiscales y subvenciones se han conseguido aumentos de cobertura significativos. Se estima que en los EE. UU. los seguros privados financian solamente un 7% del gasto total en residencias (Olsen, 2002) y un 1% del gasto total en la atención a la dependencia. A la vista de experiencias similares con los seguros sanitarios privados, resulta dudoso que un incremento en los beneficios fiscales cambie mucho la situación, mientras que significaría una reducción importante de los ingresos públicos (Wittenberg, 1999).

En general, la financiación privada ha demostrado ser del todo insuficiente. Evaluaciones de la experiencia norteamericana nos indican cuáles son algunas de las dificultades más importantes que tiene el mercado para cubrir esta necesidad de una manera eficaz. En primer lugar, la incapacidad de la población y de las compañías de seguros para valorar las necesidades de atención futuras, lo cual dificulta enormemente la previsión y, segundo, el elevado coste de este tipo de servicios que los hace accesibles sólo a una minoría (Wiener, 1994). La propuesta de financiar un seguro de dependencia mediante fondos de capitalización privados tiene además inconvenientes añadidos que han de ser considerados. Las primas pagadas permitirían cubrir los riesgos futuros de los asegurados pero no sería posible atender las necesidades de las generaciones ahora dependientes, que forzosamente continuarían dependiendo de los cuidados informales prestados por sus familiares. Este inconveniente sólo es salvable mediante la financiación pública, bien con un seguro social basado en el reparto, o con aportaciones a cargo de los presupuestos generales.

Dado que el mercado no puede resolver la protección de la mayoría, los poderes públicos están abocados a asumir algún tipo de responsabilidad que, hasta el momento, se ha plasmado en programas diferentes siguiendo la lógica de sus respectivos regímenes de bienestar. En la mayoría de los países anglosajones las autoridades han asumido la protección asistencial de los muy pobres, dejando a una franja amplia de clases medias sin protección, con la vana esperanza de que los cuidados informales y el mercado serían suficientes. En este caso los servicios públicos a los dependientes son financiados con cargo a impuestos y los criterios de acceso a las prestaciones suelen discriminar por capacidad de pago, grado de dependencia y ausencia de cuidadores informales.

Una evolución más avanzada ha ocurrido en los países escandinavos. Sus gobiernos ofrecen programas financiados con cargo a los impuestos que, si bien inicialmente fueron pensados para los más pobres, han acabado por extender la cobertura a casi todos los ciudadanos dependientes. Estos países comenzaron desarrollando equipamientos residenciales pero a partir de los años setenta optaron por extender una amplia red de servicios de atención a domicilio proveídos mayoritariamente por el sector público. Al mismo tiempo, el fraccionado sistema de ayudas específicas se ha ido sustituyendo por un único programa de atención a la dependencia que es gestionado por los municipios. Estos gozan así de mayor control sobre el gasto total dedicado a la dependencia y de mayor flexibilidad para adaptar la oferta de recursos (residencias, centros de día y ayuda a domicilio) a las necesidades específicas de los dependientes (Royal Commission, 1999, c. 6: 166). En los estados de Europa continental la asistencia a cargo de impuestos también ha estado limitada a los más pobres, pero con el progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la actividad laboral femenina se ha visto la necesidad de ampliar la protección a las clases medias. A diferencia de los países

escandinavos, sin embargo, el instrumento elegido han sido las transferencias en metálico financiadas total o parcialmente con las contribuciones a la seguridad social.

Una alternativa adicional que debe considerarse es la posibilidad de que los usuarios financien alguna parte del coste del programa. El copago en este tipo de servicios tiene valedores y detractores según el enfoque que uno adopte en la evaluación. Entre las ventajas del copago figura, como es obvio, el menor coste para el erario público porque modera la demanda, siempre y cuando el beneficiario tenga alguna capacidad de decisión en la cantidad y calidad de los servicios que se le ofrecen, además de que no tiene mucho sentido que se haga pagar un servicio que uno no elige. Si la elección está en manos de un técnico que no ha de soportar su coste, el efecto moderador del copago desaparece. Experiencias de copago existen tanto en los países escandinavos como en las nuevas reformas adoptadas en la Europa continental, aunque sus reglas de aplicación y sus resultados difieren. En los países escandinavos el coste de las residencias es financiado conjuntamente por los usuarios con una porción de su pensión. Se ha estimado que esta aportación supone en torno a un 20% del importe de las pensiones de los residentes, si bien esta media varía según el nivel de renta de la persona. El copago también es utilizado en la financiación de los servicios a domicilio, excepto en Dinamarca, donde este servicio es gratuito³, salvo para los servicios domésticos de limpieza, jardinería..., que son pagados por el usuario, pero subsidiados parcialmente con un programa de transferencias en metálico para esta finalidad. Una precaución que hay que tener con los procedimientos de financiación es que su diseño no genere una estructura de incentivos con efectos perversos sobre la eficiencia del programa. En el caso de las aportaciones privadas, si el copago es menor en servicios residenciales que en la atención a domicilio, se corre el riesgo de que las personas mayores tiendan a elegir el ingreso en una residencia cuando podrían permanecer en su hogar con una ayuda a domicilio, pero que le resultaría más costosa. Así no es de extrañar que en Dinamarca el copago sea exigido en las residencias pero no en los servicios a domicilio. En Japón, el nuevo sistema de protección a la dependencia instituido en el año 2000 exige el copago de una tarifa plana igual para todo el mundo equivalente al 10% del coste de los servicios ha llevado a los consumidores a concentrar su demanda en aquellos servicios de coste relativo más bajo para ellos, y se estima que utilizan un 50% menos de los servicios a los que tendrían derecho (Campbell y Ikegami, 2003). En estos resultados influye sin duda el hecho de que el nuevo sistema japonés consiste en una transferencia en metálico que percibe el usuario *ex post*, es decir, elige su proveedor y paga el coste total del servicio del que obtendrá posteriormente un reembolso del 90%.

1.3. Coordinación y flexibilidad

1.3.1. Servicios socio-sanitarios

En la ayuda a domicilio participan trabajadores muy diversos: personal médico, auxiliar sanitario, social, pedagógico y asistencial del hogar entre otros, que dependen de autoridades administrativas diferentes y de departamentos distintos de un mismo nivel de la Administración pública. A éstos cabe añadir a los trabajadores dependientes de organizaciones privadas y a los autónomos, tanto formales como de la economía sumergida. La coordinación de todos ellos es un reto que ha de ser afrontado para evitar duplicidades y para extraer la máxima eficiencia de los recursos invertidos.

La dificultad para coordinar los servicios ha sido siempre particularmente ardua en aquellos países donde la financiación de la atención a la dependencia está separada entre sanidad y servicios sociales bajo reglas de acceso distintas, universales en la sanidad y asistenciales en los servicios sociales. Las dificultades han aumentado desde el momento en que se ha ido extendiendo la atención a domicilio como alternativa a las residencias y, además, se han desarrollado prácticas de colaboración entre proveedores públicos y privados. Las estrategias para mejorar la coordinación y conseguir que las necesidades de la persona dependiente sean tenidas en cuenta de manera integral han sido muy heterogéneas, pero, hasta el momento, no hay evaluaciones rigurosas que puedan comparar los resultados obtenidos.

En el Reino Unido se ha optado por instituir *gestores de casos* a nivel local que, desde un único centro local y con un presupuesto propio, coordinan equipos multidisciplinares formados por personal sanitario, trabajadores sociales, pedagogos y trabajadores familiares (Tester, 1996). En los países escandinavos se utiliza también la gestión de casos desde centros de servicios sociales pero, además, se ha hecho especial énfasis en que las responsabilidades públicas en sanidad y servicios sociales dirigidos a los dependientes se sitúen en un mismo nivel de la Administración, los municipios (Casado y López, 2001), al tiempo que se han creado incentivos para evitar el traspaso de casos innecesarios a la red hospitalaria (Kirk, 1997).

1.3.2. Política de vivienda

Un programa de atención a la dependencia debe apoyarse en la coordinación de los servicios sociales y sanitarios con la política de vivienda. Las autoridades deben considerar las siguientes opciones de futuro: a) promover una oferta de vivienda adaptada a las necesidades básicas de los discapacitados, (anchura de las puertas, duchas sin escalones, ascensores accesibles a sillas de ruedas...), b) habilitar programas públicos de ayuda a las reformas de viviendas que permitan a una persona con movilidad limitada continuar viviendo en su hogar, y c) fomentar la provisión de viviendas compartidas con servicios socio-sanitarios comunes y de pequeñas residencias que sean una alternativa de calidad a las residencias actuales.

Aunque es común establecer una relación secuencial del ciclo vital de las personas mayores que comenzaría en la vivienda normalizada para pasar luego a una residencia, a una residencia asistida después y, por último, a ingresar en un hospital, cualquier persona experta en el campo de las dependencias sabe que la relación entre estos tipos de alojamiento no es unidireccional ni irreversible. Los episodios de dependencia son en muchos casos reversibles y puede que sean o no recurrentes. Esto significa que una persona mayor puede necesitar un ingreso hospitalario que le lleve al cabo de un tiempo a un periodo de recuperación asistida que bien puede desarrollar en una residencia, o en un centro de día, para acabar llevando de nuevo una vida normal en su propio domicilio, previa adaptación si es necesaria.

Se desprende de ello que es preciso establecer una red flexible que relacione la atención hospitalaria con centros de día en los que se presten servicios sociales y sanitarios, con centros residenciales y con la ayuda a domicilio que debe estar coordinada con programas de adaptación de viviendas o de cambio a otras más accesibles. Esta red debe ser un recurso para atenciones temporales que incluyan no sólo periodos de crisis en la salud de la persona dependiente, sino también las necesidades de «respiro» de los familiares que pueden ser solventadas con la atención temporal del dependiente en un centro de día o residencial.

2. LOS EFECTOS DE CADA RÉGIMEN EN LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO DEPENDIENTE

España, como veremos a continuación, tiene necesidad de incrementar la oferta de servicios formales para el cuidado de dependientes. Las autoridades y las fuerzas políticas de nuestro país han tenido como ejemplo tres opciones genéricas que hasta la fecha han sido puestas en marcha en la Unión Europea. La primera consiste en aumentar la financiación actual pero sin cambiar los criterios de acceso a las prestaciones, es decir, imitar al Reino Unido y continuar con un programa público asistencial pero dotado de mayores recursos. La segunda estrategia opta por transferir un subsidio *no finalista* a los hogares donde reside un dependiente, como es el caso de Austria, Luxemburgo y Alemania. Por último, podía haberse optado por el suministro universal de servicios como es el caso en los países escandinavos. La opción elegida finalmente en España pretende ser un compromiso entre el régimen continental y el escandinavo cuyos posibles efectos serán comentados más adelante pero, antes, vamos a explorar qué efectos tiene sobre las familias cada una de las opciones alternativas. Para ello comparamos España con cuatro países con programas diferentes y que ya llevan algunos años en funcionamiento. Dinamarca, por su excepcional red de atención basada en la prestación directa de servicios públicos. Austria y Alemania por la novedad de sus programas que tratan de ofrecer un subsidio en metálico de carácter casi universal, así como porque sus iniciativas han despertado cierta expectación en la opinión pública española, y el Reino Unido porque, aunque dedica mayores recursos que España, también basa su red de protección en programas públicos gestionados por los gobiernos locales, pero con un carácter marcadamente asistencial. Una descripción más detallada de cada uno de ellos puede ser consultada en Sarasa (2003).

A partir de los datos que nos suministra el *Panel de los hogares de la Unión Europea* (PHOGUE), sabemos que Dinamarca, Alemania y el Reino Unido muestran tasas más elevadas que las españolas de enfermos o discapacitados crónicos así como de personas con algún tipo de dependencia. Sin embargo, la proporción de hogares donde al menos uno de sus miembros dedica parte de su tiempo a cuidar a un adulto dependiente es en España y Austria mayor que en Dinamarca y Alemania, dos de los países con mayor proporción de dependientes, pero que muestran las ratios más bajas de hogares cuidadores por dependiente aunque con una diferencia importante entre ellos, las horas de dedicación. En Dinamarca el promedio de horas por hogar es el más bajo de todos los países considerados, mientras que Alemania se sitúa a niveles similares a los del Reino Unido y Austria. La situación más gravosa para los hogares es sin duda la española donde, no sólo hay más hogares cuidadores por dependiente, sino que el promedio de horas dedicadas es más del doble del existente en el resto de países. Si nos atenemos a la duración de los cuidados, los datos disponibles nos indican que la dedicación suele prolongarse varios años. En torno al 40% de las personas que han tenido que atender a un dependiente lo ha hecho durante tres o más años continuados en España y en Austria, mientras que en Dinamarca esa proporción apenas alcanza el 25%. Este dato indica que la existencia de una oferta generosa de servicios de atención a la dependencia en este país reduce la carga de las familias no sólo en intensidad sino también en duración.

Cuando la oferta de servicios formales es insuficiente y el grueso de la atención recae sobre las familias, la opción de compartir la residencia entre padres dependientes e hijos cuidadores suele ser la más eficaz. No es de extrañar así que haya una cierta relación entre la

proporción de personas que han de cuidar a otros adultos en su propio hogar y el número de horas que han de dedicar a tales cuidados. El coeficiente de correlación entre una dedicación superior a las 19 horas semanales y la proporción de atendidos en el propio hogar es de 0,75. Sin embargo, sólo un 29% de los dependientes daneses viven en el mismo hogar que su cuidador, una cifra que casi alcanza el 70% en España, el 57% en el Reino Unido y en torno al 50% en Austria y Alemania. La proporción de personas mayores que viven en el mismo hogar que sus hijos depende de factores culturales y podría argumentarse que es la convivencia en el mismo hogar la que explica el elevado número de horas de atención, pero esta mayor dedicación de los hogares españoles se cumple incluso cuando el dependiente vive en un hogar distinto al del cuidador. La proporción de estos cuidadores que prestan más de 44 horas a la semana alcanza en España el 19,4% mientras que la media en los países considerados es del 6,5% (ver tabla 2). Contando el conjunto de horas que dedican los cuidadores con independencia del lugar de residencia, en España no llegan al 8% los cuidadores que dedican menos de 10 horas semanales, una cifra que asciende al 60% en Dinamarca y oscila entre el 27 y el 34% en el resto de países (véase tabla 3). España es sin duda el país donde el cuidado de personas dependientes exige más horas de dedicación a sus familiares, seguido a cierta distancia por el Reino Unido. En Dinamarca, el excelente desarrollo de los servicios públicos permite a las familias dedicar un tiempo no excesivo, mientras que Austria y Alemania se sitúan en una posición intermedia.

Tabla 2: Horas de dedicación según el lugar de residencia del dependiente

	En el hogar		Fuera del hogar	
	menos de 10	más de 44	menos de 10	más 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

Fuente: elaboración propia a partir de datos del *Panel de los Hogares de la Unión Europea* de 1998.

Tabla 3. Horas de dedicación semanal con independencia del 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, excepto DE y UK de 1996

Fuente: elaboración propia a partir de datos del *Panel de los Hogares de la Unión Europea* de 1998.

¿Que consecuencias tiene la atención informal a los dependientes sobre las oportunidades de empleo de las personas cuidadoras? En primer lugar, debemos tener en cuenta que existe una cierta incompatibilidad entre mantener un empleo remunerado y atender a una persona dependiente cuando dicha atención exige un número de horas semanales superior a las 20 horas de dedicación. Superado este umbral, las probabilidades de que la mujer deba abandonar su empleo o reducir su jornada laboral aumentan de manera significativa (Sarasa, 2005). Estimaciones efectuadas por Sarasa y Mestres (2007) tomando como variables de control la edad y la formación de la mujer cuidadora confirman que la diferencia en la probabilidad de que una mujer sea laboralmente activa cuando ha de atender a una persona adulta dependiente respecto a la probabilidad de las mujeres que no tienen esa responsabilidad es insignificante en Dinamarca. Por el contrario, esa diferencia alcanza su cota más alta en el Reino Unido. Un dato interesante es que, según estos datos, los programas de transferencias de rentas austriaco y alemán no parecen aumentar la probabilidad de empleo entre las cuidadoras más de la que tienen las españolas. En consecuencia, las prestaciones en metálico por sí solas no parecen ser muy eficaces para incentivar el empleo de quienes deben asumir el cuidado de un familiar dependiente.

A partir de estos datos podemos atisbar algunas de las consecuencias que tienen las instituciones de protección social sobre los hogares. En España la cobertura tanto de residencias como de servicios de atención a domicilio es baja y en el Reino Unido alcanza un nivel medio. El apoyo a los dependientes en ambos países, aunque algo más desarrollado en el Reino Unido, se fundamenta en una provisión asistencial basada en la comprobación de necesidades y medios disponibles que prioriza a los más pobres y extremadamente dependientes. En ambos países, el cuidado de los dependientes recae en los hogares en mayor medida que en otros países europeos. Hay más hogares por dependiente que prestan cuidados y dedican de promedio más horas por hogar. En el otro extremo, Dinamarca ofrece las tasas de cobertura a la población dependiente más elevadas. En este país, es menor la ratio de hogares con algún cuidador y también es menor el número medio de horas que estos hogares dedican a cuidados de dependientes. Además, el número medio de años consecutivos en que una persona ejerce de cuidadora es inferior. Como resultado, las mujeres que han de atender a alguna persona dependiente no son penalizadas en su carrera laboral. La diferencia más importante entre Austria y Alemania a efectos del impacto sobre la población cuidadora es que si bien Austria ofrece una transferencia en metálico no finalista, Alemania ofrece la posibilidad de elegir entre percibir la prestación en metálico, con la que se puede contratar a alguna persona en el mercado, o la prestación directa del servicio. La proporción de beneficiarios que optan por los servicios directos es especialmente baja⁴ pero la intensidad protectora del subsidio es algo más alta que en el caso austriaco⁵, permitiendo así una mayor posibilidad de contratar servicios en el mercado libre. Los datos del PHOGUE muestran indicios de que el programa alemán podría tener mayor capacidad que el austriaco para liberar horas de cuidados a los familiares de los dependientes. Así, mientras que Austria mantiene unas ratios de hogares, horas y personas cuidadoras por dependiente en torno a la media de la muestra de países seleccionada, Alemania muestra unas ratios sensiblemente inferiores. Sin embargo la capacidad del programa alemán para garantizar a las personas cuidadoras iguales oportunidades de empleo que a las no-cuidadoras es sensiblemente inferior al danés.

Tabla 4: Proporción del producto nacional bruto gastado en prestaciones a personas discapacitadas y personas mayores (año 1998)

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

^a Los datos de Austria no incluyen el gasto en atención a domicilio ni en centros de día.

^b Los datos del Reino Unido no incluyen el gasto en residencias ni en centros de día. Los informes de la Royal Comision estiman que el gasto total en servicios asciende al 1,6% del PIB.

Fuente: OECD Social Expenditure Database.

3. LOS COSTES: ¿CÓMO Y EN QUÉ QUEREMOS GASTAR EL DINERO?

Siendo la alternativa danesa la más eficaz, queda por dilucidar si es también la más eficiente, pero no es posible con la información disponible hacer una evaluación rigurosa de esta cuestión, que requeriría un trabajo de investigación específico. Sí podemos, sin embargo, hacer una aproximación a los costes directos que tiene para el sector público una u otra alternativa de las estudiadas en este informe.

En la tabla 4 podemos observar como el gasto de los servicios prestados a los dependientes en Dinamarca es el más elevado en términos de su proporción sobre el producto nacional bruto, llega al 3%, mientras que en el resto de países ronda el 1% y, aunque la información sobre el gasto en Austria y en el Reino Unido es incompleta, es dudoso que su valor real llegue a alcanzar el nivel danés. Como era de esperar, la proporción de la riqueza nacional que en España se dedica a cuidar a los dependientes es la más baja de todas, quedándose en un cicatero 0,3% del PNB.

En la misma tabla observamos también que los países analizados muestran una estructura del gasto público dirigido a las personas mayores, y a los discapacitados en general, muy diferente. Mientras que Dinamarca garantiza más la provisión de servicios, España, Alemania, Austria y el Reino Unido basan la protección de sus dependientes en las transferencias en metálico, bien a través de pensiones o de subsidios. Teóricamente los beneficiarios de estas prestaciones en metálico pueden adquirir los servicios que necesiten en el mercado, pero hemos visto que esa posibilidad queda reducida a una minoría y que genera desigualdades mayores a las existentes en el régimen escandinavo. La paradoja de esta situación es que la proporción del conjunto del gasto social dirigido a personas mayores y a discapacitados es más baja en Dinamarca y su porción de PNB dedicada a transferencias en metálico no es muy diferente a la existente en España.

Alcanzar un nivel de atención similar al danés significaría para España un aumento del gasto de más de 2,5 puntos sobre el PNB, pero esta cifra es engañosa puesto que una protección como la danesa, basada más en la provisión universal de servicios que en las transfe-

rencias en metálico, tiene mayores efectos positivos sobre el empleo formal. Un incremento de la ocupación no sumergida aumenta las contribuciones a la seguridad social y los ingresos fiscales, de modo que la cifra neta que tienen que aportar las administraciones públicas sería menor. Cuánto menor no lo hemos podido estimar, pero no es desdeñable la cifra que se ha valorado sobre el conjunto del gasto social público en los países escandinavos. Según los trabajos de Adema (1999), el gasto social neto en estos países sería en torno a 8 puntos porcentuales menos a los recogidos en las estadísticas oficiales. En el caso concreto de Dinamarca, Adema (1999:30, tabla 7) estima una reducción del 36% en el gasto público social bruto, cifra que sólo llega al 11,5% en el caso alemán y al 13% en el Reino Unido⁶. Asumiendo que la relación entre gasto bruto y neto fuera homogénea en todos los sectores y que aplicáramos estos coeficientes al sector de la atención a la dependencia, el gasto público neto en este sector, incluidas prestaciones en metálico y en especie, sería el 7,5% del PNB en Dinamarca, el 10,9% en Alemania, y el 11,8% en el Reino Unido.

En suma, con los datos disponibles la combinación de transferencias en metálico y de servicios danesa es más eficiente que cualquier otra de las analizadas. Con una inversión neta de recursos mucho menor mantiene niveles ejemplares de cobertura en los servicios de atención a la dependencia, y unas tasas de ocupación laboral femenina y de personas mayores de 45 años más elevadas⁷.

Entre estas alternativas, la opción tomada con la reciente ley española de atención a las personas dependientes ha sido un compromiso intermedio entre el régimen escandinavo y el de la Europa continental. Del primero ha tomado la prestación de servicios como opción preferente frente a los subsidios en metálico no finalistas; del segundo, ha tomado la estandarización de las prestaciones cuya intensidad dependerá de cómo quede situada la persona discapacitada en una escala de cinco niveles de necesidades. La financiación se hace a cargo de los presupuestos generales del estado, aunque gestionados por la Seguridad Social y las comunidades autónomas, y el acceso es universal con independencia del historial contributivo del solicitante. Como en la mayoría de países, parte del programa se financia con aportaciones de los beneficiarios, que varían en función de su nivel de renta y de patrimonio. Están por determinar la intensidad de las prestaciones, la cuantía de las aportaciones de los beneficiarios y, sobre todo, los recursos que se destinarán para desarrollar la red de servicios necesarios. Es de esperar que, en cualquier caso, el diferencial que nos separa actualmente de los países de la Europa septentrional se vea reducido de manera significativa en los próximos diez años, dado que la ley prevé alcanzar la cobertura total en el año 2015. No obstante, la evaluación futura que se haga de la nueva ley deberá contemplar el análisis de sus efectos sobre las desigualdades actuales en la utilización de recursos para atender a los dependientes.

4. DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Sabemos que en España la tasa de dependencia de las personas mayores es mayor entre los analfabetos y en los hogares con bajos ingresos (Gonzalo et ál., 2004; Rodríguez Cabrero, 1999; Sarasa, 2007) y que las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas constituyen el grueso de nuestras cuidadoras (García-Calvente et ál., 2004). Pero, ¿cómo influye la clase social en la probabilidad de acceder y utilizar los diferentes recursos existentes para atender a las personas dependientes? De los tres indicadores más usuales en la definición de la clase social, —la ocupación, los ingresos y el nivel educativo—, cada uno de ellos influye de mane-

ra distinta en la asociación existente entre la clase social y el acceso que tienen las personas dependientes a diferentes recursos. La ocupación y el estatus laboral de los familiares más próximos condicionan el tiempo disponible que éstos tienen para atender a la persona discapacitada. Los inactivos y los parados, seguidos de aquellos que tienen ocupaciones con horarios flexibles, son quienes mejor pueden sortear la incompatibilidad entre tiempo de trabajo remunerado y tiempo de cuidados informales. En cuanto a los ingresos, las clases sociales con más renta disponible pueden adquirir en el mercado los recursos para cubrir las necesidades derivadas de la dependencia, de modo que disponen de mayor capacidad de elección a la hora de decidir el uso de su tiempo (Henz, 2006). Al mismo tiempo, en los regímenes de bienestar donde el acceso a los servicios públicos de atención a la dependencia está condicionado a la demostración de pobreza, las clases más acomodadas no tienen acceso a los servicios públicos. En lo concerniente al papel específico que puede jugar la educación en el acceso a servicios de atención a la dependencia, la *teoría del capital humano* predice que a mayor capital humano más alto será el coste de oportunidad de atender a una persona dependiente dadas las incompatibilidades existentes entre un empleo remunerado y una atención intensiva. Además, las personas con más formación controlan mejor la información y los procedimientos que conducen a los proveedores de servicios (Foster, 1983).

Midiendo la posición social por el nivel de estudios del sustentador principal del hogar, observamos en la tabla 5 que la contratación de empleados y el uso de voluntarios mantienen una relación de signo contrario con el nivel de estudios. A mayor nivel de estudios, mayor es la contratación de empleados, pero menor es la utilización de los recursos prestados por el sector voluntario. No puede decirse lo mismo en lo que concierne a los servicios sociales públicos ya que, si bien su uso se reduce a medida que aumenta el nivel educativo del sustentador principal, una vez dicho nivel supera el nivel equivalente a lo que en el sistema educativo actual es la ESO, el consumo de servicios sociales públicos aumenta hasta casi situarse a niveles similares a los alcanzados por las personas analfabetas o con sólo estudios primarios, un dato sorprendente dado que, en principio, los servicios sociales públicos españoles tienen un fuerte carácter asistencial y priorizan a los hogares sin recursos.

Cuando tomamos la renta disponible del hogar como criterio de discriminación, observamos que en el conjunto español, una persona discapacitada con una renta disponible equivalente situada en la mitad superior de la distribución de la renta equivalente de los hogares en su comunidad autónoma tiene 2,35 veces más probabilidad de contratar a un empleado para que la asista que una persona cuya renta equivalente se sitúe en la mitad inferior de la distribución. La renta no tiene influencia alguna en el acceso a los servicios del voluntariado, que atienden tan sólo a algo más del 5% de las personas con alguna discapacidad, y tiene una influencia relativa en el acceso a los servicios sociales públicos, puesto que para una persona con una renta situada en la mitad inferior de la distribución, la probabilidad de acceder a servicios públicos es solamente un 23% más elevada que la de una persona con una renta situada en la mitad superior de la distribución. En la tabla 6 pueden observarse esas probabilidades para cada comunidad autónoma. Esta tabla ofrece datos interesantes sobre el uso de servicios públicos, especialmente en los casos del País Vasco y Asturias, donde estos servicios son utilizados con mayor frecuencia por parte del 50% más rico de la comunidad autónoma. De hecho, una utilización de los servicios públicos sesgada a favor de la mitad más pobre de la población sólo ocurre en Navarra, Madrid, Galicia y Andalucía. Ésta es una dimensión de

la estructura de nuestros servicios sociales de atención a la dependencia que merece un estudio en mayor profundidad.

Para comprender mejor la estructura de las desigualdades en el acceso a diferentes recursos de atención a la dependencia, las tablas 7 y 8 ofrecen los resultados de dos modelos de regresión. El primero de ellos (tabla 7) es una regresión logística que ha sido estimada cuatro veces cambiando en cada una de ellas la variable dependiente. De este modo han sido estimados por separado los pesos de los factores asociados a la utilización de cada tipo de recurso: los empleados contratados en el mercado, los servicios sociales públicos, el voluntariado y la familia. El segundo modelo (tabla 8) consiste en una regresión lineal donde la variable dependiente es el número de horas de atención recibidas a la semana en función del tipo de recurso principal utilizado⁸.

Las estimaciones confirman los resultados obtenidos con el análisis *bivariable* en lo que concierne al efecto que tienen tanto la educación del sustentador principal del hogar donde reside la persona discapacitada como la renta disponible de los hogares. La utilización de la ayuda prestada por los familiares es más intensa en los hogares cuya renta disponible se sitúa en los tramos intermedios de la distribución de la renta, en parte porque a algunos de estos hogares su nivel de renta les hace algo más difícil acceder a los servicios públicos, aunque esta dificultad no es estadísticamente significativa y hemos de suponer que, en parte también, porque hay datos que apuntan a que la solidaridad intergeneracional es más intensa entre las clases sociales acomodadas. Hay evidencias empíricas a favor de esta hipótesis desde el momento en que algunos estudios realizados en los EE. UU. concluyen que los miembros de clase media tienden a estar más implicados que los de clase trabajadora en el apoyo emocional y material de sus padres (Lye, 1996). También en Europa hay señales de que las relaciones familiares están afectadas por la clase social. Tomando la educación como referencia de clase, Kalmijn (2006) encuentra en Holanda una mayor frecuencia de contactos personales y una mayor proximidad residencial entre las familias de bajo nivel educativo, pero una mayor propensión a la solidaridad recíproca en las familias de estatus educacional alto (Kalmijn, 2004). En Portugal, Wall et ál. (2001) también encuentran indicios significativos de que las personas con estatus educativo y ocupacional de bajo prestigio tienden a recibir niveles más bajos de soporte informal, y que el hecho de mantener relaciones extensas con la familia no es garantía de recibir ayuda de ella. En Alemania, Kohli et ál., (2001) encuentran una mayor frecuencia de acuerdo con valores altruistas intergeneracionales entre los hogares con mayor nivel de renta. Sin embargo no hay evidencias claras a favor de si este diferencial de solidaridad familiar es debido a unas pautas de socialización diferentes vinculadas a la educación recibida por cada clase social o, si responde a criterios más materiales como diferentes grados de acceso a servicios formales y al efecto reciprocidad ocasionado por las ayudas materiales que los padres «bien estantes» transfieren a sus hijos. Las estimaciones realizadas en este modelo apuntan a que estas diferencias de solidaridad familiar se deben menos a factores culturales que a factores materiales. Obsérvese, que este patrón clasista de solidaridad familiar no se cumple entre los hogares más ricos. Los discapacitados que residen en hogares con una renta disponible situada en el cuartil superior de la distribución no hacen un uso tan intenso de la familia porque pueden pagar los servicios necesarios en el mercado. Obsérvese que la *odd-ratio* de que los hogares del cuartil superior de renta compren estos servicios es más del doble que la *odd-ratio* de los cuartiles primero y segundo, y un 60% superior al del tercer cuartil. La importancia que tiene la capacidad de pago, medida por la renta disponible

del hogar, en la solidaridad familiar es manifiesta cuando observamos que el nivel de estudios no tiene efecto significativo alguno y los estudios miden tanto el coste de oportunidad de prestar asistencia informal como, en cierto modo, el ambiente cultural de la familia. Un dato, empero, llama la atención: la menor utilización que hacen de los servicios sociales públicos los hogares donde el sustentador principal tiene un nivel bajo de estudios. Es precipitado extraer conclusiones sobre sus causas, ya que se requiere un estudio específico más pormenorizado, pero es preocupante que en un sistema de servicios sociales asistencial como el español, sean estos hogares los más discriminados.

A estas desigualdades de clase hay que añadir las desigualdades inherentes a la diferente configuración de la oferta de recursos en el territorio. El tamaño del municipio no tiene efecto significativo alguno sobre el grado de acceso que pueda tener una persona discapacitada a la ayuda de sus familiares. Las tesis de que las grandes ciudades promueven la individualización hasta el punto de que los individuos pueden encontrarse desvalidos de sus familias en caso de necesidad no tienen respaldo en la evidencia empírica. Pero el acceso a servicios sustitutos o complementarios de la familia sí que está condicionado por el municipio de residencia. Las estimaciones de la tabla 7 muestran que el uso de servicios sociales es más probable en las grandes ciudades, donde tanto el mayor presupuesto de las autoridades locales como la mayor presión política de sus ciudadanos favorecen el desarrollo de los servicios sociales. Además, la tabla 8 muestra que es también en las grandes ciudades donde las personas dependientes obtienen un número mayor de horas de atención a la semana. Dada la asociación negativa existente entre el uso de los servicios sociales y el número de horas de atención recibidas, es de suponer que el mayor número de horas recibidas por los residentes en las grandes ciudades se debe a la combinación entre los diferentes recursos familiares, de mercado y de voluntariado con los servicios sociales públicos. Sin embargo, el acceso a servicios ofrecidos por el mercado es más probable en las ciudades pequeñas y medianas de entre 50 001 y 500 000 habitantes, ciudades éstas donde la acción del voluntariado es significativamente más escasa.

Una vez el uso de los servicios es controlado por el tamaño del municipio, la clase social y otros factores demográficos especificados en el modelo, nos preguntamos si hay diferencias significativas en el uso de los recursos entre comunidades autónomas. La respuesta es afirmativa. La Rioja es la comunidad donde más accesibles son los servicios sociales para las personas con alguna discapacidad. Por el contrario, en seis comunidades autónomas las personas dependientes tienen más dificultades para acceder a servicios sociales públicos que en el resto de España. La mayoría de ellas (Galicia, Andalucía, Comunidad Valenciana y Murcia) son comunidades con tasas de pobreza por encima de la media española (Sarasa, 2005). Sin embargo Cantabria y, sobre todo, Cataluña no figuran en el grupo de los territorios pobres o con elevado riesgo de pobreza, por lo que habrá que pensar que el menor uso de servicios públicos en estas CC. AA. es debido a una oferta limitada fruto de una opción de política social escogida por sus gobiernos. Algunas CC. AA. muestran un mayor uso relativo y simultáneo del mercado y del voluntariado —tal es el caso de Cataluña, Navarra y Extremadura— mientras que otras se apoyan más en una u otra de las alternativas privadas. En Andalucía, Galicia y Cantabria, la escasez de servicios públicos es compensada por el voluntariado, mientras que en la Comunidad Valenciana y Baleares lo es por el mercado.

En suma, el riesgo de padecer una discapacidad es mayor entre las clases sociales más pobres y menos educadas. Sin embargo, el acceso a servicios de atención a la dependencia

ajenos a la familia está condicionado por el lugar de residencia, y es más frecuente entre los hogares con mayor renta disponible y mayor nivel educativo. ¿Corregirá la nueva ley de atención a la dependencia estas desigualdades en el acceso a los recursos?

5. CONCLUSIONES: EFECTOS ESPERABLES DE LA LEY DE DEPENDENCIA

La ley establece como derecho subjetivo de los ciudadanos españoles residentes en el país un mínimo de protección universal definido y financiado por la Administración General del Estado, y establece tres niveles de protección: el definido por la Administración General del Estado, el definido por convenio entre cada Comunidad Autónoma y la Administración General del Estado y, además, deja abierta la posibilidad a un nivel adicional que pueda ofrecer cada comunidad.

Por el momento, no es posible estimar qué efectos tendrá la nueva ley sobre los beneficiarios potenciales en tanto que el Consejo Territorial formado por la Administración General del Estado y las CC. AA. ha de ser el responsable de definir cuestiones tan importantes como los criterios de valoración de la dependencia, la intensidad protectora y el régimen de copago por parte de los beneficiarios. No obstante, sí que podemos avanzar algunas cuestiones en torno a cómo podrán verse afectadas las desigualdades actuales por esas decisiones. En primer lugar, es una buena noticia que la nueva ley ofrezca como prestación universal prioritaria la prestación de servicios en lugar de prestaciones en metálico. Esta opción aproxima nuestro sistema de atención a la dependencia a los existentes en los países escandinavos, que priorizan la prestación de servicios universales, lo cual permite no sólo reducir las cargas de los hogares, si no que aumenta también sus oportunidades de empleo, especialmente en los hogares con capital humano y nivel de renta bajos. El paso hacia un sistema de prestación universal de servicios ha de significar, en principio, un acercamiento a los estándares de cobertura del norte de Europa y una reducción en las desigualdades actuales de clase. Un grupo que posiblemente notará un alivio significativo será el de los hogares cuyo nivel de renta se sitúa en el nivel intermedio de la distribución de la renta, demasiado ricos ahora para acceder a los servicios públicos, pero no tanto como para costear todos los servicios que necesitan a precio de mercado.

Las prestaciones económicas están reservadas a casos excepcionales como la contratación de una asistencia personal en el caso de los grandes dependientes o cuando no haya una oferta suficiente de servicios. Sin embargo, esta última condición puede convertirse en un búmeran en contra de la prestación de servicios en sí misma si los gobiernos, tanto central como autonómicos, se muestran cicateros a la hora de financiar una red de servicios suficiente. Otra dimensión positiva de la nueva ley es la consideración que hace de la capacidad económica de los beneficiarios para determinar la cuantía del copago, en tanto que se considera solamente la capacidad económica «personal» del beneficiario y no la de su familia. De este modo es el ciudadano y no la familia el portador del derecho a la atención, aspecto éste que ayudará a una mayor autonomía de las personas y una menor penalización de aquellos hogares en los que haya personas empleadas.

Sin embargo quedan dudas importantes sobre el futuro sistema de atención a la dependencia que no pueden ser resueltas por el momento. Apuntaré sólo algunas de ellas. La definición de niveles estandarizados de dependencia y, por lo tanto, de la intensidad de las prestaciones, deja abierta la posibilidad de que tales prestaciones sean insuficientes para muchos

hogares. En estas circunstancias, los más ricos podrán continuar comprando los servicios complementarios en el mercado y, en este sentido, la nueva ley puede muy bien fomentar el mercado de los seguros privados al abaratar el coste de las primas que ahora serán sólo por servicios complementarios a los financiados por el sector público. Por el contrario, los hogares más pobres para los cuales la prestación estandarizada sea insuficiente, deberán acudir a los servicios sociales asistenciales. Que obtengan o no tales servicios dependerá de si las CC. AA. invierten recursos suficientes en estas prestaciones. Como caso contrario, es probable que las desigualdades entre ricos y pobres aumenten o, en el mejor de los casos, no se reduzcan.

El otro gran interrogante de la nueva ley hace referencia a la disponibilidad de vivienda adaptada a las necesidades de las personas discapacitadas. A nadie se le escapa que el éxito de un programa de atención a las personas discapacitadas que pretende mantenerlas en sus comunidades estriba en que haya una oferta accesible de viviendas adaptadas. La nueva ley dice poco al respecto, salvo la disposición adicional tercera sobre ayudas económicas que permite que se establezcan acuerdos entre las CC. AA. y la Administración General del Estado, «de acuerdo a sus disponibilidades presupuestarias,» para conceder ayudas económicas dirigidas a dotar de facilidades técnicas para la vida ordinaria y «facilitar accesibilidad y adaptación del hogar». La incertidumbre reside en el hecho de que se considere esta oferta como algo posible, restringido a los presupuestos disponibles, y que nada se diga sobre qué ocurrirá cuando la vivienda no sea adaptable de ningún modo, cosa nada extraña en el parque actual de viviendas ocupado por las personas más humildes y de mayor edad. El problema puede llegar a ser grave dada la notoria insuficiencia de vivienda pública adaptada en nuestro país.

Por último, y como era de esperar, la nueva ley para nada podrá evitar las desigualdades territoriales entre CC. AA. dadas las competencias estatutarias que éstas tienen en los servicios sociales y que la ley reconoce. En lo concerniente a las desigualdades relacionadas con el tamaño del municipio de residencia, es previsible que las dificultades para desarrollar a medio plazo una red de servicios en el ámbito rural hagan que en estos lugares se recurra más a las prestaciones económicas, reforzando así el papel de cuidadoras de las mujeres. En que medida ocurra esto y en qué medida se reduzcan las desigualdades entre municipios de distinto tamaño dependerá del esfuerzo inversor que hagan las autoridades públicas. Dicha inversión, en cualquier caso, exige un tiempo prudencial para dar resultados, en tanto en cuanto requiere disponer de unos recursos de equipamientos y de capital humano que por el momento son insuficientes para alcanzar la cobertura de servicios necesaria a corto plazo. El riesgo es que la inversión pendiente se eternice por falta de voluntad política entre los diferentes niveles de la administración pública.

Notas

* Agradecimientos: este trabajo ha sido posible gracias a la financiación obtenida del Ministerio de Ciencia y Tecnología (SEC2003-02699), de la Fundación BBVA (CN04505), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (FIPROS 2006/20) y de la Comisión Europea (EQUALSOC 513431).

- 1 La ley puede ser consultada en la página electrónica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- 2 Según datos del Instituto Nacional de Consumo (2001:22) los ahorros se reducen a partir de los 50 años y pasados los 65 años de edad un 50% de las personas viven al día sin capacidad alguna de ahorro.
- 3 La crisis económica sufrida por Dinamarca a principios de los noventa llevó a introducir el copago en los servicios a domicilio pero la impopularidad de la medida fue tan grande que hubo de ser retirada (Royal Comission, 1999, capítulo 6:181).
- 4 Se estima que sólo un 10% de los beneficiarios optan por la percepción del servicio.
- 5 Una simulación del efecto que tendría en España la intensidad protectora de los esquemas alemán y austríaco puede consultarse en Sarasa (2003).
- 6 No ofrecemos datos sobre Austria y España porque el estudio realizado no incluye dichos países.
- 7 Sobre las tasas de ocupación entre las personas mayores de 50 años véase OECD (2001).
- 8 Por «recurso principal» entendemos el proveedor de servicios que la persona dependiente identifica como su cuidador principal, sea aquel un miembro de la familia, un empleado privado o del sector público, o un voluntario. Para obtener más detalles en torno a la especificación de los modelos, véase Sarasa (2007).

BIBLIOGRAFÍA

- Adema, W. 1999. *Net social expenditures*. París: OECD.
- Baldwin, S. y 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. y Ikegami, N. 2003. «Japan's radical reform of long-term care», en *Social Policy and Administration*, 1 (37), pp. 21-34.
- Casado, D. y 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. y Eguiguren, A. 2004. «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad», *Gac Sanit*, 18 (supl.1), pp. 132-139.
- Glendinning y McLaughlin. 1993. *Paying for care: lessons from Europe*. Londres: HMSO.
- Gonzalo et ál. 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 Paper presented for the Euresco Conference. 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. y Künemund, 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 ál. *Payments for care: a comparative overview*. Aldershot: Avebury, pp. 67-86.
- Olsen, E. 2002. «Comparing Ageing Experiences in U.S. and Denmark» <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: IMSERSO.
- Rostgaard, T. 2002. Care services for children and other dependent people. European Union Presidency Conference. Elsinore, 25-26 de novembro
- Royal Comission 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 on *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. y 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*. París: 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», en *International Journal of Sociology and Social Policy*, 4/5 (23), pp.159-185.
- Wall et ál. 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*. París, OCDE.

Wittenberg, R. 1999. «Economics of long-term care finance», en *The 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

Tabla 1: Servicios básicos para las personas mayores a finales de los años 90

País	Porcentajes de cobertura	
	Ayuda a domicilio	Residencias
Dinamarca	21,7	9,0
Suecia	17,9	9,1
Holanda	9,5	8,0
Francia	7,0	5,0
Alemania	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

Fuente: Rostgaard, 2002.

Tabla 5: Uso de recursos de atención a la dependencia según el nivel de estudios

Tanto por ciento sobre personas con algún tipo de discapacidad

	Servicios sociales	Empleados	Voluntariado
Analfabeto a causa de deficiencia	6,67	8,89	6,67
Analfabeto	6,69	4,34	4,56
Sin estudios	5,01	6,15	2,84
Primaria	4,29	7,28	2,25
E. general	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

Fuente: Encuesta de discapacidades y deficiencias. INE, 1999.

Tabla 6: Uso de recursos de atención a la dependencia según el nivel de renta y según las CC. AA.

	Tanto por ciento sobre personas con algún tipo de discapacidad			
	Servicios sociales		Empleados	
	50% pobre	50% rico	50% pobre	50% rico
País Vasco	9,36	22,57	8,33	23,03
Castilla-La Mancha	9,45	11,38*	7,68	19,63
Comunidad Valenciana	6,79	7,72*	15,17	16,40*
Andalucía	6,91	3,89	8,15	23,35
Castilla y León	15,28	11,83*	8,78	26,09
Extremadura	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
La Rioja	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 y Melilla	16,26	11,47*	5,94	24,07
España	10,46	8,49	9,90	23,22

(*) Diferencias estadísticamente no-significativas

Fuente: EDDS, 1999.

Tabla 7: Regresiones logísticas de la utilización de recursos de atención a la dependencia sobre clase social

	Empleados		Servicios Sociales		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		
Servicios sociales	0,71**	0,05			1,53**	0,03	1,51***	0,00
Empleados			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
Gravedad de la discapacidad	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 años	0,13**	0,05	4,51***	0,00	1,46	0,44	0,79*	0,09
55 a 64 años	0,77	0,16	1,88***	0,01	0,86	0,55	0,82***	0,01
65 a 74 años	1,44**	0,01	1,98***	0,00	0,91	0,65	1,32***	0,00
75 y más años	2,92***	0,00	3,99***	0,00	1,16	0,46	2,38***	0,00
<i>Hombre como categoría de referencia</i>								
Mujer	2,94***	0,00	1,11	0,30	2,23***	0,00	1,41***	0,00
Tamaño del hogar	0,65***	0,00	0,74***	0,00	0,52***	0,00	1,27***	0,00
<i>Municipio 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
Más de 500 000	1,12	0,44	1,54**	0,02	1,14	0,56 0,95	0,57	
No posee certificado de minusvalía	0,94	0,53	0,82*	0,08	1,00	1,00	0,77***	0,00

Persona soltera como categoría de referencia

Casada	1,19	0,17	0,43***	0,00	0,42***	0,00	0,90*	0,07
Viuda	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 renta 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

Persona analfabeta como categoría de referencia

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

País Vasco como categoría de referencia

Castilla-La Mancha	1,18	0,57	0,70	0,22	1,93	0,31	1,44***	0,01
Comunidad 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
Castilla y León	1,21	0,47	1,05	0,85	2,73	0,10	1,59***	0,00
Extremadura	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
La Rioja	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 y 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	

Tabla 8: Regresión de las horas de cuidados semanales según sea el cuidador principal

Fuente	SS	df	MS	n.º de observaciones	3194
-----	-----	-----	-----	F(46, 3147)	= 20,79
Modelo	261 398 069	46 56,8	256 671	Prob > F	= 0,0000
Residuales	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>La familia como categoría de referencia</i>					
Empleado	-0,76 ***		-8,49	0,00	
Servicios Sociales	-1,35 ***		-11,38	0,00	
Voluntariado	-1,02 ***		-6,89	0,00	
Gravedad de la discapacidad	0,75 ***		9,36	0,00	
<i>Cohorte de 17 a 24 como categoría de referencia</i>					
25 a 54 años	0,07		0,45	0,65	
55 a 64 años	-0,42 **		-2,28	0,02	
65 a 74 años	-0,27		-1,59	0,11	
75 y más años	0,18		1,07	0,29	
<i>Hombre como categoría de referencia</i>					
Mujer	-0,21 ***		-2,96	0,00	
Tamaño del hogar	0,17 ***		6,48	0,00	
<i>Municipio 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	
Más de 500 000	0,34 ***		2,6	0,01	
No posee certificado de minusvalía	-0,29 ***		-3,61	0,00	

Persona soltera como categoría de referencia

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

1º cuartil de renta 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

Persona analfabeta como categoría de referencia

Sin estudios	-0,03	-0,38	0,71
Estudios 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
Estudios universitarios	-0,02	-0,13	0,90
Analfabeto por problemas físicos o psíquicos	-0,60	-1,28	0,20

País Vasco como categoría de referencia

Castilla-La Mancha	0,21	0,91	0,37
Comunidad Valenciana	0,38	1,62	0,11
Andalucía	0,22	1,01	0,31
Castilla y 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
La Rioja	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 y Melilla	1,10 ***	3,38	0,00
_cons	1,89 ***	5,84	0,00
