

Una oferta universal de serveis és la més eficaç en termes de *ratios* de cobertura, de prevenció sanitària i de generació d'ocupació.

Hi ha però qui té dubtes de que aquesta estratègia, adoptada pels països escandinaus, sigui possible a Espanya per raons de cost.

Avantatges de la prestació universal de serveis sobre les prestacions en diners i les prestacions basades en la demostració de pobresa: el cas de l'atenció a la dependència*

Sebastià Sarasa

Introducció: els reptes de l'envelliment demogràfic a la política social contemporània

Els reptes de l'envelliment demogràfic estan afectats per la capacitat que tingui la nostra societat per augmentar les taxes d'ocupació femenina en el mercat de treball formal. El risc de desequilibri financer de la Seguretat Social i, fins i tot, del pressupost públic de benestar social, està condicionat per la capacitat d'augmentar la productivitat de la nostra economia però, de manera notable, per la capacitat que tinguem en els propers decennis per incrementar la *ratio* entre persones ocupades i pensionistes. Així doncs, la política d'atenció a la dependència, com tota la política social en general, ha de tenir també entre els seus objectius la promoció de l'ocupació. Aquest objectiu ha d'estar reflectit en dos àmbits complementaris: la generació de més serveis per a les persones dependents amb el consegüent augment de llocs de treball, i l'afavoriment de la conciliació entre les activitats d'atenció a les persones dependents i la feina remunerada d'aquelles persones, majoritàriament dones, que han assumit la responsabilitat de tenir cura d'un familiar amb limitacions d'autonomia personal.

A més a més, l'atenció a la dependència exercida a la mateixa comunitat de residència mitjançant serveis a domicili i centres de dia és un estalvi important de despesa sanitària, l'altra amenaça important que l'envelliment demogràfic exerceix sobre l'Estat del benestar. Tots els Estats de la OECD afronten el repte de com proveir amb eficàcia la cura de la gent gran quan moltes persones allò que necessiten és un ajut per ser autònomes a casa seva i no tant el tractament de malalties agudes o l'atenció en centres residencials de cost molt més elevat (Jenson i Jacobzone, 2000).

Al llarg dels anys 90 la majoria d'Estats de la UE han incrementat la seva despesa real en atenció a les persones adultes dependents, però el ritme de creixement ha variat molt entre ells. Espanya figura



El quart pilar de l'Estat del benestar

Professor de Sociologia
a la Universitat Pompeu Fabra

31

L'atenció comunitària de les persones dependents pot induir una contenció de la despesa sanitària, un augment de l'ocupació i uns majors ingressos fiscals i contribucions a la Seguretat Social, però tot plegat depèn molt de si els programes d'atenció s'adrecen a reduir la càrrega d'atenció que han de prestar els familiars o si, al contrari, s'adrecen a reforçar el paper cuidador de la dona dins la llar. A judici de l'autor, les prestacions en metàl·lic tenen l'efecte pervers d'incentivar el paper tradicional de la dona, limitant la seva autonomia per a mantenir-se o incorporar-se al mercat de treball. Però la prestació de serveis públics tampoc és una garantia massa ferma si el criteri d'accés és, com en el Regne Unit, el de la demostració de manca de recursos.

Avantatges de la prestació universal de serveis sobre les prestacions en diners i les prestacions basades en la demostració de pobresa: el cas de l'atenció a la dependència

32

entre els països on aquest creixement ha estat menor malgrat el punt de partida tant baix que tenia a finals dels vuitanta. En el pol oposat, Dinamarca i Finlàndia, malgrat estar des de fa anys entre els països capdavanters en l'atenció a la gent gran, han augmentat encara més la inversió en aquest camp de la política social i a un ritme superior al de la mitjana europea (Sarasa, 2005). Si prenem com a referència la cobertura en l'atenció a les persones grans, a la taula 1 observem tres grups de nacions ben diferenciades. Els països escandinaus han desenvolupat la xarxa més estesa de centres residencials i de serveis a domicili, de manera que més d'una quarta part de les persones grans són ateses per un tipus o altre de servei, encara que l'atenció a domicili constitueix el gruix de l'oferta. A l'extrem oposat se situen els països del sud d'Europa, on l'oferta de serveis formals és molt minsa, deixant la cura de la gent gran en mans quasi exclusives de la família. Al mig d'aquest dos extrems se situen països de l'Europa continental amb unes *ratios* de cobertura en torn al 12% de les persones grans que són ateses amb una relativa major presència de centres residencials, encara que les reformes fetes al llarg dels anys 90 han promogut més els serveis alternatius als residencials com ara centres de dia i serveis a domicili.

Taula 1
Serveis bàsics per a les persones grans a finals dels anys 90

País	Percentatges de cobertura	
	Ajut a domicili	Residències
Dinamarca	21,7	9,0
Suècia	17,9	9,1
Holanda	9,5	8,0
França	7,0	5,0
Alemanya	6,5	5,0
Regne Unit	5,0	7,0
Itàlia	5,4	2,2
Espanya	2,0	3,0
Portugal	1,0	2,0

Font: Rostgaard, T. (2002)

També el disseny institucional dels programes ha evolucionat de manera heterogènia, lluny de la convergència cap a solucions de mercat que han estat pronosticades al llarg dels darrers vint anys. L'any 1993, Àustria establí una prestació universal en metàl·lic, finançada a càrrec dels pressupostos generals de l'Estat, per a totes les persones dependents de quantia fixa segons el nivell de dependència. Dos anys més tard, Alemanya imitava aquest programa però finançant-lo amb la implantació d'una nova cotització específica a la Seguretat Social per part de treballadors i empresaris. També a diferència del model austríac, la prestació en metàl·lic pot ser substituïda directament per serveis si el beneficiari així ho desitja, encara que a la pràctica només una minsa minoria opta pels serveis. Finalment, Luxemburg a l'any 1998 i França a l'any 2002 han introduït també nous programes d'atenció –en el cas francès, després d'intents variats de programes assistencials fracassats.

A més, alguns d'aquests països, mentre augmentaven la despesa en prestacions en metàl·lic han tendit a convertir en assistencials els serveis proveïts, és a dir, a exigir copagament excepte en el cas demostrat de manca de recursos. Holanda, Alemanya i Àustria, han acompanyat l'augment de despesa amb el copagament i l'esperança de que un mercat privat de serveis d'atenció a la dependència complementaria de manera important l'oferta pública.¹ Holanda i Àustria han convertit els seus serveis en assistencials augmentant de manera important el pes de la verificació de mitjans a l'hora de concedir l'accés als serveis (Sarasa, 2005), una línia semblant a l'executada al Regne Unit; i a Alemanya, la intenció de l'assegurança de dependència ha estat des de l'inici el foment d'un mercat privat (Pearson *et al.*, 2005) a més de mantenir a la dona retirada del mercat laboral. Però països com Dinamarca i Finlàndia han introduït només tímides reformes en forma de subsidis en metàl·lic, de manera que el pes que

tenen les transferències en metàl·lic en concepte d'atenció a la dependència a començaments del segle XXI és insignificant i no han fet cap pas enrera en el criteri d'accés universal als serveis. El gruix de l'atenció a les persones adultes dependents continua sent sens dubte la prestació de serveis formals. Si de cas, quan hi han hagut restriccions pressupostàries han frenat l'ús dels serveis als casos de dependència menys severa, però en cap cas els recursos econòmics dels ciutadans ha estat un criteri restrictiu.

Però, quina és la importància que té el disseny institucional dels programes d'atenció a les persones dependents? Hi ha aspectes crucials que afecten els resultats de les polítiques socials, com són: el pes relatiu que tenen el mercat i el sector públic, els criteris d'accés a les prestacions i la naturalesa d'aquestes prestacions, és a dir, si són transferències en metàl·lic a les llars o prestació de serveis. Els resultats de les combinacions possibles d'aquestes dimensions institucionals són palpables en les *ratios* de cobertura dels serveis formals, en la qualitat de l'atenció preventiva i pal·liativa i en el benestar de les persones més pròximes a la persona dependent que són beneficiàries indirectes de l'oferta existent de serveis formals.

Mercat *versus* prestació pública

En els règims de benestar més liberals és més acusada la tendència a deixar que sigui el mercat el proveïdor principal de serveis de benestar, limitant la intervenció pública a la provisió directa o a la subvenció dels serveis per a les persones pobres que no poden adquirir en el mercat la protecció social necessària. Aquesta protecció, subministrada mitjançant companyes d'assegurances, és però de molt discutible eficàcia en el camp de l'atenció a la dependència. Hi ha un clar problema de percepció del risc entre les persones que les fa poc proclius a assegurar-se quan són joves. És a mesura que ens acostem a la vellesa

El copagament pot actuar com a moderador del consum, però els seus efectes sobre l'equitat distributiva seran perniciosos si és una quantitat plana independent del nivell de renda de les persones.

33

que percebem el risc d'invalidesa amb més claredat, però en aquest moment és ja massa tard per a poder accedir a una assegurança privada, atès que la prima a pagar amb tants pocs anys de contribució ha de ser naturalment molt elevada.

Així, no es estrany que ni tan sols a països com els Estats Units, on l'assegurança privada contra aquest risc ha estat promoguda activament amb desgravacions fiscals, hi hagi un nivell de cobertura mínimament acceptable ja que les elevades primes a pagar dissuadeixen els consumidors (Wiener, 1994). Algunes estimacions indiquen que només un 7% de la despesa en residències està finançada per les assegurances privades (Olsen, 2002). Tampoc és estrany, doncs, que les propostes d'assegurança privada fetes al nostre país passin per demanar al govern la implantació d'una assegurança privada però obligatòria.² En aquest cas això no significa que l'Estat quedi a banda de la provisió de prestacions. Hi ha bàsicament dues raons que l'obligarien a intervenir directament malgrat hi hagués una assegurança privada obligatòria, dues raons que tenen a veure amb la manca de cobertura prevista per totes aquelles persones de renda baixa

Avantatges de la prestació universal de serveis sobre les prestacions en diners i les prestacions basades en la demostració de pobresa: el cas de l'atenció a la dependència

que no puguin pagar el mínim necessari i per aquelles que encara no haguessin pagat un nombre suficient de primes en el moment d'esdevenir necessitats d'atenció. En qualsevol cas la baixa eficiència demostrada pel sistema sanitari nord-americà, basat en assegurances privades, no fa massa recomanable confiar en aquesta solució per atendre les necessitats de l'envelliment demogràfic.

Altra manera menys arriscada d'introduir criteris de mercat en la provisió de serveis d'atenció a la dependència és mitjançant el copagament per part de l'usuari en el moment de consumir el servei. El copagament està present en molts Estats amb independència del règim de benestar que tinguin. Existeix a règims liberals com en el Regne Unit, als règims dits socialdemòcrates del nord d'Europa i, recentment, ha

34

estat introduït en els nous programes d'atenció a la dependència d'Alemanya, Àustria, Holanda i Luxemburg. El copagament pot tenir diverses virtuts, encara que cap d'elles es deriva en si mateixa de la naturalesa del copagament sinó del context en què el copagament es faci i del seu disseny. Així, el copagament pot actuar com a moderador del consum, però els seus efectes sobre l'equitat distributiva seran perniciosos si és una quantitat plana independent del nivell de renda de les persones.³ Fins i tot adequant-lo a la renda personal poden haver problemes d'equitat distributiva segons els tràmits demanats per subvencionar a aquelles persones amb renda molt baixa que no haurien de pagar res. Si el procediment no és simplificat per tothom (per exemple, mostrant només la declaració personal de la renda) i ha de significar una investigació en l'entorn de la persona (com succeeix ara amb algunes prestacions assistencials) la por a l'estigma farà que moltes persones necessitades rebutgin demanar l'ajut si són molt pobres.

Altra precaució a considerar amb el copagament és que no acabi per desincentivar les alternatives més eficients. En concret, el copagament d'una atenció a domicili per a una persona amb un grau de dependència mig o baix mai li ha de suposar un pagament superior al que se li demanaria per una plaça de residència. De fet alguns països, com ara Dinamarca, apliquen el copagament a les residències però no a l'atenció a domicili, precisament per desincentivar la institucionalització no necessària.

Una precaució a considerar amb el copagament és que no acabi per desincentivar alternatives més eficients. En concret, el copagament d'una atenció a domicili per a una persona amb un grau de dependència mig o baix mai li ha de suposar un pagament superior al que se li demanaria per una plaça de residència.

Els criteris d'accés a les prestacions públiques i la seva naturalesa

Les alternatives més habituals d'accedir al dret a les prestacions socials són la contribució prèvia a la Seguretat Social, l'accés universal basat en la residència o la ciutadania i la demostració de manca de recursos. En el cas de l'atenció a la dependència les dues alternatives més co-

muns estant sent: (a) l'accés universal a unes prestacions mínimes establertes que han de ser complementades, si s'escau, amb el copagament o l'assistència social si no es tenen els recursos suficients; i (b) l'accés universal al nivell de serveis requerit sense límit, però amb copagament vinculat al nivell de renda. Aquesta opció –ja s'ha dit abans– és la més estesa als països escandinaus, mentre que la primera és l'adoptada recentment per la majoria d'Estats de l'Europa continental de caire corporatiu i conservador.

Sabem que la introducció de criteris assistencials en front dels criteris universals en la distribució de prestacions socials acaba tenint l'efecte paradoxal de perjudicar les persones amb menys recursos. Aquesta paradoxa ha estat analitzada ja fa temps en el cas de les pensions (Korpi i Palme, 1998), però els seus efectes sembla que estan també presents en els serveis d'atenció a les persones dependents. Aquells Estats que han optat per programes d'accés basats en la demostració prèvia de manca de recursos mostren nivells de cobertura inferiors i una major incompatibilitat per a que les dones puguin combinar l'atenció amb una ocupació remunerada (Sarasa, 2005).

Pel que fa a la naturalesa de les prestacions, la disjuntiva se situa entre les prestacions en metàl·lic i les prestacions en espècie. La preferència per les transferències de rendes a les persones ha estat, i continua sent, una peculiaritat dels règims de benestar conservadors front a la prestació de serveis, que és més pròpia dels règims de benestar construïts sota el govern de majories polítiques socialdemòcrates. En el cas de l'atenció a les persones dependents, aquesta diferència entre règims de benestar s'ha mantingut malgrat la superior eficiència demostrada pels països del nord d'Europa.

El pagament d'una subvenció en metàl·lic a les llars on hi ha una persona dependent es defensava com una mesura per contenir la despesa

en serveis residencials que són més cars (Johnson i Lo Sasso, 2000). D'altres autors (Etner, 1996; Pezzin *et al.*, 1999), són de l'opinió que els subsidis en metàl·lic tenen la virtut de mantenir els vincles familiars que, amb una generosa oferta de serveis públics, diuen que serien afeblits. Però la prestació de serveis no significa un abandonament de les responsabilitats familiars, com ho demostra el fet que la major diferència entre els països escandinaus i la resta de països europeus pel que fa a la dedicació de les famílies rau en el nombre d'hores dedicades i no tant en la proporció de persones que hi dediquen alguna hora (Sarasa, 2005).

Per contra, la transferència en metàl·lic té una capacitat molt menor que la prestació directa de serveis per promoure l'ocupació. Aquesta capacitat inferior de generar ocupació ve avalada per

La introducció de criteris assistencials en front dels criteris universals en la distribució de prestacions socials acaba tenint l'efecte paradoxal de perjudicar les persones amb menys recursos. Els efectes d'aquesta paradoxa, analitzats ja fa temps en el cas de les pensions, sembla que també són presents en els serveis d'atenció a les persones dependents.

Avantatges de la prestació universal de serveis sobre les prestacions en diners i les prestacions basades en la demostració de pobresa: el cas de l'atenció a la dependència

dues dades que són manifestació d'un mateix fet. Una, que les *ratios* de cobertura de serveis formals són sempre superiors on la política social està basada en la prestació de serveis. Per tant, és en aquests casos on més ocupació formal trobem en el mercat de treball. L'altra dada no menys interessant fa referència a la incompatibilitat entre treball remunerat i tenir cura de persones molt dependents.

Les dades disponibles indiquen que hi ha una incompatibilitat clara entre el treball remunerat i la dedicació de moltes hores a la cura de la gent gran. Les dones empleades tenen menys propensió a assumir la cura de gent gran que les inactives o aturades i, quan ho fan, la probabilitat de que hagin de reduir la seva jornada laboral o abandonar el mercat de treball és més gran que entre les dones ocupades que no tenen cura de cap persona adulta dependent (Sarasa, 2005).

Per tant, aquesta incompatibilitat és combatuda amb més eficàcia allà on les institucions de benestar alliberen més hores de cura a les famílies. És en els països escandinaus, on la prestació de serveis amb criteris d'accés universal és dominant, que les dones que han de tenir cura d'una persona dependent ho fan dedicant majoritàriament menys de 14 hores setmanals, la qual cosa no les impedeix mantenir la seva ocupació. En sentit contrari, és als països com Espanya, on l'oferta de serveis és molt minsa, que abunden molt les dones que han de dedicar més de 28 hores a la setmana a la cura de persones dependents, una dedicació que fa molt difícil mantenir-se en el mercat de treball. Ha de quedar clar que, en cap cas, la provisió de serveis públics per la cura de la gent gran suposa una fugida dels familiars envers les seves responsabilitats recíproques. La probabilitat que té una dona entre 35 i 60 anys d'haver d'assumir la cura d'altra persona adulta és molt semblant a tots els països de la Unió Europea, amb independència del seu règim de benestar social. La gran diferència la marca el

nombre absolut d'hores que ha de dedicar a la cura de gent gran.

També es detecta una certa incompatibilitat entre la cura d'adults dependents i la cura dels menors d'edat (Sarasa, 2005), la qual cosa ens ha de fer pensar en la conveniència d'alliberar les llars d'aquesta disjuntiva en el nostre país, la taxa de fecunditat del qual és la més baixa del món. No podem obviar que l'edat mitjana a la qual les dones espanyoles tenen el seu primer fill és als 28 anys, tot just quan ja comença el període crític de risc per assumir la cura dels seus pares i sogres. Al nostre país aquesta xifra no és insignificant si considerem que una de cada cinc persones que atenen a un adult dependent té menys de 40 anys (Sarasa, 2004).

Les prestacions en metàl·lic signifiquen un augment de la renda disponible de les llars on hi viu una persona dependent que en teoria podria ser dedicat a comprar serveis en el mercat que fossin substitutius de la feina informal feta per les dones a la llar, però si no hi ha cap control addicional no hi ha cap garantia de que els recursos públics esmerçats acabin dedicats a aquest fi, ni a un augment de la qualitat de la cura rebuda per la persona dependent ni a una acció preventiva que freni el deteriorament de la persona. En aquest aspecte, les prestacions que impliquen la provisió directa de serveis, o que estan condicionades al consum de serveis homologats, poden constituir una eina més eficaç per garantir la salut i l'autonomia de les persones dependents.

Els defensors de l'oferta mercantil de serveis d'atenció a les persones dependents argumenten que una oferta de serveis a un cost raonable ha de fomentar l'activitat laboral dels familiars responsables de la persona dependent, perquè al necessitar comprar els serveis substitutius en el mercat incrementaran la seva oferta laboral de cara a augmentar la renda disponible necessària per la compra dels serveis (Soldo i Hill, 1995).

Els recursos públics esmerçats en transferències en metàl·lic tenen un efecte multiplicador sobre l'ocupació nacional molt inferior als recursos esmerçats en la prestació de serveis que genera llocs de treball directes.

En aquest sentit, les transferències en metàl·lic podrien operar com una subvenció a la demanda que facilitaria la compra de serveis i, per tant, incentivaria un augment de l'oferta laboral entre els més pròxims a les persones dependents. Aquesta predicció teòrica, però, no s'ajusta massa a la realitat, almenys a Europa (Spiess i Schneider, 2002).

L'evidència empírica disponible, a més, confirma que les prestacions en metàl·lic tenen l'efecte pervers d'incentivar el paper tradicional de la dona limitant la seva autonomia per a mantenir-se o incorporar-se al mercat de treball. Però la prestació de serveis públics tampoc és una garantia massa ferma si el criteri d'accés és, com en el Regne Unit, el de la demostració de manca de recursos. Prenent dades de l'Enquesta de Llars Europees de l'any 1996 trobem que, entre les dones d'edat compresa entre els 25 i els 59 anys, les diferències entre l'ocupació en el mercat de treball segons tinguin cura o no d'una persona adulta dependent són molt il·lustratives. A Dinamarca, l'Estat on més desenvolupada està l'oferta de serveis formals d'atenció a la dependència i d'accés universal, la *ratio* d'ocupació de les dones que te-

nen cura d'alguna persona adulta és només el 7% inferior al nivell d'ocupació que tenen les dones que no han de tenir cura de ningú. Aquesta diferència es del 36% a Espanya, del 18% al Regne Unit i del 13,4% a Alemanya. Àustria mostra una xifra pròxima a la danesa, però perquè bona part de les dones que tenen cura d'algú, malgrat estar ocupades, han hagut d'optar per contractes a temps parcial.⁴

Conclusions: quina és l'alternativa més eficient?

Tots els Estats de la OECD afronten el repte de com proveir amb eficàcia la cura de la gent gran. La manera com els Estats afronten el repte varia però en la forma de finançament, la naturalesa de les prestacions socials i en els criteris d'elegibilitat. Els resultats —és clar— també són diferents, no tan sols en el benestar de les persones dependents, sinó en el dels seus familiars i en les conseqüències sobre el mercat de treball. L'atenció comunitària de les persones dependents pot induir una contenció de la despesa sanitària, un augment de l'ocupació i uns majors ingressos fiscals i contribucions a la Seguretat Social, però tot plegat depèn molt de si els programes d'atenció s'adrecen a reduir la càrrega d'atenció que han de prestar els familiars o si, al contrari, s'adrecen a reforçar el paper cuidador de la dona dins la llar. En aquest darrer cas, no solament el creixement de l'ocupació és menor, sinó que la contenció de la despesa sanitària també és més feble en tant l'estalvi d'atendre a les persones dependents en institucions sanitàries s'aconsegueix a costa d'augmentar les càrregues de les famílies i perjudicar la salut de la persona cuidadora principal que més aviat que tard es convertirà en usuària crònica del sistema de salut. La prevalença de desequilibris neuròtics és important entre les dones que tenen cura de persones adultes dependents i estan associats a situacions on la càrrega de la cura es tan elevada que afecta de ma-

Un servei d'atenció a la dependència de qualitat ha de significar una millor prevenció en el deteriorament de la persona i una reducció del risc de malalties cròniques entre els que tenen cura informal de la persona dependent, és a dir, una millor contenció de la despesa sanitària.

38

nera negativa a la seva capacitat d'estar empleada (Singleton *et al.*, 2002). Una recerca efectuada al Regne Unit per la *Personal Social Services Research Unit* de la Universitat de Kent (PSSRU, 1998) ha detectat no únicament l'elevada prevalença de desordres mentals entre les persones que tenen cura d'un adult, sinó també d'hipertensió i de malalties osteomusculars que augmenten quant més elevat és el nombre d'hores d'atenció als dependents.

Hi ha pocs dubtes de que l'estratègia adoptada pels països escandinaus consistent en una oferta universal de serveis és la més eficaç en termes de *ratios* de cobertura, de prevenció sanitària i de generació d'ocupació. Hi ha però qui té dubtes de que aquesta estratègia sigui possible a Espanya per raons de cost. En el Llibre Blanc encarregat pel ministeri de Treball es diu explícitament que aquesta opció «és molt cara». Fins i tot entre els sindicats de treballadors es comparteix

aquesta opinió.⁵ Tots plegats han creat un clima d'opinió en favor d'una prestació a càrrec de la Seguretat Social que, si no anem amb compte, no passaria de ser quelcom semblant a una pensió complementària per dependència. Si això acabés sent realitat i l'opció del ministeri de Treball fos en favor d'una prestació en diners en lloc d'una prestació de serveis, estic convençut que, volent estalviar diners, s'hauria optat per l'opció més cara en termes relatius.

No podem oblidar que els recursos públics esmerçats en transferències en metàl·lic tenen un efecte multiplicador sobre l'ocupació nacional molt inferior als recursos esmerçats en la prestació de serveis que genera llocs de treball directes, la qual cosa té els seus efectes en la despesa pública neta un cop cobrats els impostos i les contribucions a la Seguretat Social. Convé recordar les conclusions de l'estudi fet per l'OECD sobre la despesa pública (Adema, 2001) que ens indica, per exemple, que la despesa neta a Dinamarca és un 36% inferior a la bruta, gràcies als ingressos que es recuperen pels impostos dels llocs de treball generats. Una xifra que no arriba al 13% al Regne Unit i al 12% a Alemanya. També convé cridar l'atenció sobre el fet de que sumant transferències en metàl·lic i despesa en serveis, un país com Dinamarca gasta proporcionalment menys recursos en atendre a la gent gran i a les persones dependents que Alemanya, Àustria i Regne Unit. La paradoxa és que aconsegueix nivells de benestar superiors amb menys despesa relativa.

Tampoc podem oblidar que un servei d'atenció a la dependència de qualitat ha de significar una millor prevenció en el deteriorament de la persona i una reducció del risc de malalties cròniques entre les persones que tenen cura informal de la persona dependent, és a dir, una millor contenció de la despesa sanitària.



* Aquest article és resultat de la recerca feta per l'autor gràcies al finançament atorgat per la *Fundación Banco de Bilbao, Vizcaya, Argentaria* (FBBVA) i pel *Ministerio de Ciencia y Tecnología* a través del projecte SEC2003-02699/CPSO.

¹ En el cas d'aquests països, més que d'oferta pública hauríem de dir «quasi pública», en tant la majoria de proveïdors son ONGs subvencionades per les autoritats públiques (Sarasa, 1995). Raó per la qual ha estat del tot impossible establir un mercat pròpiament dit d'atenció domiciliària. Vegeu Knijn (1998, 2001) pel cas de Holanda.

² Vegeu la proposta *Edad y Vida* (2001).

³ En el cas del Japó, per exemple, es cobra una tarifa plana única equivalent al 10% del cost dels serveis amb independència de la renda personal. A més, el pagament del servei es fa íntegrament per part de l'usuari i només més tard rep la subvenció del 90% corresponent. El resultat és que només un 50% de les persones grans utilitzen els serveis als quals podrien tenir dret (Campbell i Ikegami, 2003).

⁴ La proporció de dones que tenen cura d'algú i que estan treballant amb contractes a temps parcial és a Àustria quatre vegades superior que a Dinamarca.

⁵ Un d'aquests sindicats manifesta incoherències tan incomprensibles com la d'assegurar que no hi ha prou recursos per finançar uns serveis públics d'atenció a la dependència similars als escandinaus, però defensa al mateix temps la implantació d'una renda bàsica garantida a tots els ciutadans de 421 euros mensuals, la qual cosa representaria un cost molt més elevat per l'erari públic.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- ADEMA, W. (2001): *Net Social Expenditures*. OECD. Paris.
- ANTTONEN, A. (2001): «The politics of social care in Finland: Chills and elder care in transition» a DALY, M. (ed.) *Care Work. The Quest for Security*. International Labour Office. Ginebra. pp.143-158.
- CAMPBELL, J.C. i IKEGAMI, N. (2003): «Japan's Radical Reform of Long-term Care» a *Social Policy and Administration*, vol. 37, n. 1: 21-34.
- EDAD Y VIDA (2001): *Propuesta de Edad&Vida sobre la definición de un seguro de dependencia estatal*. Edad&Vida. Barcelona.
- ETTNER, S.L. (1996): «The Opportunity Costs of Elder Care». *The Journal of Human Resources*, vol. 31, n. 1 pp.189-205.
- JENSON, J. i JACOBZONE, S. (2000): *Care Allowances for the Frail Elderly and their Impact on Women Care-givers*. OCDE. Paris.
- JOHNSON, R.W. & LO SASO, A.T. (2000): «The Trade-Off between Hours of Paid Employment and Time Assistance to Elderly Parents at Midlife». *The Retirement Project*. Urban Institute. Available at <http://www.urban.org>
- KNIJN, T. (1998): «Social Care in The Netherlands» a LEWIS, J. (ed.). *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Aldershot: Ashgate, pp. 85-110.
- KNIJN, T. (2001) «Care Work: Innovations in the Netherlands» a DALY, M. (ed.) *Care Work. The Quest for Security*. International Labour Office. Ginebra. pp.159-174
- KORPI, W. i PALME, J. (1998): «The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries». *American Sociological Review*, vol. 63, pp. 661-687
- OLSEN, E. (2002): «Comparing Ageing Experiences in U.S. and Denmark» <http://www.aarp.org/international>
- PEARSON, M. i MARTIN, J.P. (2005): «Should We Extend the Role of Private Social Expenditure?» OECD Social, Employment and Migration. *Working Papers*, n. 23.
- PEZZIN, L.E. & STEINBERG, B. (1998): «Intergenerational Household Formation, Female Labour Supply and Informal Caregiving: A Bargaining Approach». *The Journal of Human Resources*, vol. 34 n 3 pp. 475-503.
- PSSRU –Personal Social Services Research Unit– (1998): *Evaluating Community Care for Elderly People*. Butlletí n. 2, University of Kent.
- ROSTGAARD, T. (2002): *Care Services for Children and Other Dependent People*. European Union Presidency Conference. Elsinore, 25-26 de novembre.
- SARASA, S. (1995): «La sociedad civil en la Europa del Sur» a S. SARASA y L. MORENO (comp.) *El estado del Bienestar en la Europa del Sur*. Consejo Superior de Investigaciones Sociales-IESA. Madrid, pp. 157-186.
- SARASA, S. i MESTRES, J. (2003): «Long-term Care, Gender and Employment in some European States», treball presentat en el *RN 10 Gender Relations in the Labour Market and the Welfare State* de la sisena conferència de l'Associació Europea de Sociologia. Murcia, 23 a 26 de setembre.
- SARASA, S. (2004): «El descenso de la natalidad y los servicios de protección social a los ancianos». *Información Comercial Española*, núm. 815: 205-218.
- SARASA, S. (2005): *How do Midlife Women Manage Adult care and Labour in Different Welfare Regimes?* Ponència presentada a la Conferència d'ESPAnet, Universitat de Friburg (Suïça), 22-24 de setembre.
- SINGLETON *et al.*, (2002): *Mental Health of Carers*. Londres. The Stationery Office.
- SPIESS, C. Katharina i SCHNEIDER, Ulrike (2002): *Midlife Caregiving & Employment: An Analysis of Adjustments in Work Hours and Informal Care for Female Employees in Europe*. ENEPRI. *Working Paper* núm. 9, febrer.
- SOLDO i HILL (1995): «Family Structure and Transfers Measures in the Health and Retirement Study. Background and Overview». *The Journal of Human Resources XXX*. Supplement.
- WIENER, J. (1994), «Private Sector Initiatives in Financing Long-Term Care» a *Caring for Frail Elderly People: New Directions of Care*. OECD. Paris, *Social Policy Studies* núm. 14: 83-110.