

EL QUART PILAR DE L'ESTAT DEL BENESTAR I EL GAT DE CHESHIRE

Sebastià Sarasa Urdiola

Departament de Ciències Polítiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra

—Senyor gat —preguntà Alícia—, podríeu dir-me quin camí haig de prendre?

—Això depèn molt d'on vulguis anar —va dir el gat.

—M'és igual —digué Alícia.

—Llavors, no importa gaire quin camí prens —respongué el gat.

Lewis CARROLL, *Alicia al país de les meravelles*, capítol VI.

INTRODUCCIÓ

83

El 14 de desembre del 2006 les Corts espanyoles aprovaren la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Entre l'exposició de motius d'aquesta Llei, hi figura l'afirmació següent:

Si en 1978 los elementos fundamentales de ese modelo de Estado del bienestar se centraban, para todo ciudadano, en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, *el desarrollo social de nuestro país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados fundamentalmente por las Comunidades Autónomas, con colaboración especial del tercer sector, como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia.*¹

Amb aquesta llarga frase, el legislador afirmava la seva voluntat política de desenvolupar un sistema de serveis socials universals que començava el seu camí amb la Llei d'atenció a les persones dependents. En coherència amb aquesta exposició de motius, la Llei prescriu en l'article 14 les prestacions que garanteix i afirma que els serveis de prevenció, de teleassistència, d'ajut a domicili i de centres de dia i residencials proveïts per la xarxa pública de serveis socials seran prioritaris sobre qualsevol altre tipus de prestació. Només en els casos en què això no sigui possible, el beneficiari rebrà una prestació econòmica que estarà vinculada a la compra de serveis en el mercat legal, i com a excepció extraordinària, el legislador estableix que el beneficiari pugui rebre una prestació econòmica adreçada a compensar persones no professionals que tinguin cura de la persona dependent.

1. Les cursives són de l'autor.

La injecció de recursos que s'esperava amb aquesta nova normativa va esperonar la Generalitat a desenvolupar una nova Llei de serveis socials, que per primer cop reconeixia el dret universal dels ciutadans catalans a accedir a una cartera de serveis socials i que va ser aprovada l'octubre del 2007 pel Parlament de Catalunya. Passats dos anys des que aquella Llei va ser aprovada, quins senyals hi ha que, efectivament, anem avançant cap a un sistema de serveis socials d'atenció a la dependència? Quins han estat els avenços i quins han estat els entrebancs? Per a jutjar aquests resultats, cal, però, fer primer un balanç de les raons que han impulsat la nova legislació en matèria d'atenció a les persones dependents. Com veurem a continuació, els dos primers anys de vida d'aquesta Llei han estat lluny del seu objectiu programàtic i hom tem que l'anomenat «quart pilar del benestar social» esdevingui una ombra tènue i esvaïda d'un somni que, com el gat de Cheshire imaginat per Lewis Carroll, ens deixi de mica en mica fins que en romangui només una illusió. L'extracte d'*Alicia al país de les meravelles* amb el qual hem obert aquest article ens ha de servir per a reflexionar sobre la ingenuïtat de demanar cap camí quan no sabem del cert on volem anar. O, dit d'una altra manera, de l'absurditat de fixar una fita quan el camí agafat condueix a una altra de diferent.

PER QUÈ UNA COBERTURA UNIVERSAL D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA?

El pas fet pel Govern espanyol amb l'aprovació de la Llei d'atenció a les persones dependents va ser la culminació d'un procés que ja estava en gestació uns quants anys enrere, seguint les recomanacions de diversos organismes internacionals i de la mateixa presidència de la Unió Europea. Aquestes recomanacions fan èmfasi en la necessitat d'universalitzar l'accés de les persones grans als serveis socials, amb la intenció d'atendre les necessitats creixents de la gent gran i a la vegada contenir el creixement de la despesa sanitària i permetre la conciliació del treball remunerat amb l'atenció de les persones dependents (OECD, 2000). En síntesi, dues tendències empenyen cap aquestes recomanacions: l'envelliment demogràfic i la incorporació més gran de les dones al mercat de treball.

L'envelliment demogràfic

L'envelliment demogràfic ha portat la qüestió de l'atenció socio sanitària de la gent gran a un lloc preferent en l'agenda política de molts estats de

l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE). En la majoria de països es percep un augment del nombre de persones grans que viuen soles i una disminució del nombre de llars on conviu més d'una generació, alhora que augmenta la proporció de dones que treballen fora de la llar. Això no impedeix que les dones continuïn fent-se càrrec de la gent gran que no viu amb elles (Sundström, 1994). Però encara que la dona continuï assumint aquestes tasques de cura, l'augment de la taxa de dependència reduirà la capacitat de la família per a atendre les persones dependents, ja que la proporció de dones en edat compresa entre els quaranta-cinc i els seixanta-nou anys és cada cop menor en comparació amb la de persones majors de setanta anys (Commission of the European Communities, 1993). En conseqüència, cal esperar que hi hagi un augment de la despesa pública en atenció a les persones dependents i una discussió sobre la manera d'atendre les persones dependents per part dels governs.

La utilització de serveis sanitaris i d'atenció a la dependència és especialment elevada en la vellesa. La despesa sociosanitària per habitant en la població d'edats compreses entre els seixanta-cinc i els seixanta-nou anys és gairebé quatre vegades superior a la mitjana i es deu, especialment, al consum de serveis estrictament sanitaris i de fàrmacs, però entre els setanta i els setanta-cinc anys la despesa per habitant és deu vegades superior a la de la resta de la població i està concentrada en serveis residencials, d'atenció a domicili i de rehabilitació (Rochon, 1998). Cal esperar, per tant, que un augment de l'envelliment demogràfic repercuteixi en una necessitat més gran de recursos per a atendre les persones dependents. Tanmateix, l'envelliment demogràfic té dues causes amb efectes diferents en el volum de persones dependents. Una causa és el fet que l'envelliment demogràfic respon a un augment de l'esperança de vida, que fa créixer la proporció de gent gran. En molts països la progressió de l'esperança de vida ha estat acompanyada d'una progressió en l'esperança de vida sense incapacitat greu. És a dir, la mitjana d'edat de les persones en situació d'incapacitat es manté estable. A més a més, el gruix de la despesa sanitària es produeix en el darrer any de vida de les persones, sigui quina sigui la seva edat (Lubitz i Prihoda, 1984), raó per la qual s'estima que un augment de l'esperança de vida té com a conseqüència un endarreriment de la despesa en el cicle vital, sense que això suposi un augment significatiu del total de despesa al llarg de la vida d'una persona (Zweifel, 1990). De fet, s'ha estimat que l'impacte de l'envelliment de la població en el creixement de la despesa sanitària observat des de l'any 1960 als països de l'OCDE ha estat molt escàs. Alhora, hi ha l'evidència que la prevalença d'incapacitats cròniques entre els majors de seixanta-cinc anys tendeix a disminuir en els darrers decennis a

diversos països. Alguns dels possibles factors que s'addueixen per a explicar aquest fet són la millora en la capacitat preventiva de la sanitat pública, en la qual s'inclou l'atenció a domicili, que endarrereix la transició cap a la incapacitat total, i la incorporació a la vellesa de cohorts més ben educades que adopten mesures preventives i estils de vida més saludables. Ahn, Meseguer i Herce (2003), per exemple, mostren com en només quatre anys, entre el 1993 i el 1997, es va reduir la proporció de persones majors de seixanta-quatre anys que manifestaven tenir dificultats per a fer les activitats de la vida quotidiana a Espanya. Si això és cert, es pot esperar que l'augment de l'esperança de vida no signifiqui un volum de despesa sociosanitària dedicada als incapacitats greus d'una dimensió igual a l'actual.

Les dones de la generació «sandvitx»

Un altre motiu de l'envelliment demogràfic és la caiguda de les taxes de fecunditat, que fa augmentar la proporció de persones grans respecte de les joves. El resultat net d'ambdues tendències és incert, i tot i que es podria esperar que el risc individual de patir alguna discapacitat es redueixi en el futur, aquesta reducció seria d'alguna manera compensada en termes agregats per la major proporció de gent gran en el total de la població. Tanmateix, la caiguda de la fecunditat té a Catalunya una característica específica que la fa més problemàtica encara per a l'atenció informal de la gent gran, i és que la reducció en el nombre de fills es deu en gran mesura al retard amb què les dones inicien l'entrada a la maternitat. L'edat mitjana a la qual les dones tenen el primer fill se situa al voltant dels vint-i-vuit anys, una edat propera al moment en què s'inicia el risc d'haver de tenir cura de persones grans dependents, que comença a partir dels trenta-cinc anys.

Aquesta doble càrrega que han de dur moltes dones les situa en una posició de clar desavantatge a l'hora de poder conciliar la maternitat, la pietat filial i l'ocupació remunerada, de manera que, sense una xarxa suficient de serveis socials que atengui les càrregues més feixugues de la dependència, la tensió que viuen les famílies només pot ser resolta assumint un major risc d'exclusió social o reduint el nombre de fills. El risc d'exclusió augmenta per a les dones si abandonen el mercat de treball, ja que està força demostrat que al nostre país el risc de pobresa està molt associat a llars on la dona no està ocupada en el mercat laboral. Si les famílies volen defugir aquest risc i les dones no abandonen el mercat de treball, el risc d'exclusió es trasllada a les persones grans dependents, que perden el suport més important que tenen per al

seu benestar en absència d'una xarxa de serveis socials substitutius de la cura informal familiar. Si la família opta per garantir el benestar de tots els seus membres, incloent-hi les persones grans, la dona continuarà treballant i, en tant que li sigui possible, contractarà serveis substitutius en l'economia submergida, però l'esforç serà titànic i qualsevol opció de tenir un fill serà abandonada per irreal.

Les iniquitats dels serveis socials adreçats només als més pobres

El temor que l'envelliment demogràfic provoqui un augment de la despesa sanitària és més gran en els règims de benestar on els serveis sanitaris tenen cobertura universal però els serveis socials estan focalitzats en la població amb menys recursos, com era el cas de Catalunya abans de l'aprovació de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència i de la nova Llei de serveis socials. La disparitat en els criteris d'accés a les prestacions sanitàries i als serveis socials dóna com a resultat que una bona part de les famílies amb una persona dependent no tenen cap recurs extern i només poden accedir a les prestacions que puguin pagar amb els seus propis recursos, de tal manera que es produeix una pressió sobre els serveis públics de salut perquè assumeixin l'atenció de les persones grans. Aquesta situació dóna com a resultat un malbaratament de recursos públics i un encariment dels serveis sanitaris que no existirien si hi hagués una xarxa prou eficaç de serveis socials adreçats a les persones que pateixen alguna discapacitat que les fa dependents. Però, a més, produeix paradoxalment una desigualtat més gran que els serveis socials amb accés universal.

La concentració de les discapacitats en la població més anciana podria fer pensar que són les classes socials més acomodades les que més es beneficiarien d'un sistema nacional de dependència universal, atès que són les que tenen una esperança de vida més llarga i, per tant, més probabilitats d'arribar a la senectut. No obstant això, el pitjor estat de salut relatiu associat als estrats socials més baixos provoca que, amb independència de l'edat, el risc de patir una discapacitat sigui el gradient de l'estratificació social en sentit invers. Tant en la vellesa com en l'edat laboral, hi ha una relació lineal quasi perfecta entre el nivell d'estudis assolit i el risc de patir una discapacitat, i és en els estrats socials més baixos on hi ha una prevalença més alta de discapacitats (Sarasa, 2007). El biaix classista de les discapacitats té efectes perversos sobre el risc d'exclusió social de les llars si l'oferta de serveis públics és deficient. Segons les dades del *Panel de les llars de la Unió Europea*, les dones ocupades

en el mercat laboral que dediquen més de catorze hores setmanals a tenir cura d'una persona adulta dependent tenen una probabilitat elevada de passar a la inactivitat, a l'atur o a feines marginals al cap d'un any d'iniciar les tasques de cura; a Espanya, la probabilitat que una dona d'edat compresa entre els trenta-cinc i els cinquanta-nou anys comencés a tenir cura d'un adult durant més de catorze hores setmanals entre els anys 1994 i 2001 era cinc vegades superior a la que tenia una dona danesa, el país europeu més avançat en la provisió pública de serveis d'atenció a la dependència (Sarasa, 2006). A Espanya, més del 70 % de les dones que tenen cura d'adults hi dediquen vint hores o més a la setmana, una dedicació incompatible amb una bona feina remunerada, mentre que aquesta proporció és d'un 20 % entre les dones daneses.

A Espanya, com a la resta de països del sud d'Europa, el principal proveïdor de serveis d'atenció a la dependència és el mercat, que actua com a cuidador principal en el 16 % dels casos. D'altra banda, els serveis públics només ho fan en el 7 % dels casos i el voluntariat ocupa una posició marginal, inferior al 4 % (Sarasa, 2007). No és estrany que el consum de serveis presenti al sud d'Europa un biaix a favor de les classes socials més acomodades, contràriament al biaix a favor de les classes socials populars present als països escandinaus. Al sud d'Europa, el 50 % més ric de la població té fins i tot més accés a serveis, la majoria privats, que els seus homòlegs a Escandinàvia, mentre que el 20 % més pobre té a Escandinàvia cinc vegades més possibilitats d'utilitzar serveis que al sud d'Europa, gràcies a l'extensa oferta de serveis públics.

Una oferta més àmplia de serveis públics està associada a una reducció del nombre d'hores que les famílies han de dedicar a la cura de la gent gran, però seria un error pensar que aquesta dedicació menor de les famílies equival a un afebliment dels llaços familiars. Ben al contrari, quan l'atenció a les persones dependents representa una càrrega tan pesada per a les famílies com succeeix a Espanya, el normal és que una de les filles es faci càrrec de la persona gran, però que, en canvi, la resta de fills es desinteressin del problema. No és el cas dels països amb serveis d'atenció a la dependència més accessibles. Si comparem Espanya i Dinamarca, observem que a Espanya una de cada quatre persones majors de seixanta-nou anys viu amb algun dels seus fills, mentre que a Dinamarca només ho fan un 2 %.

Aparentment, els habitants del sud d'Europa són els més solidaris amb els pares i les mares, però aquesta apreciació canvia quan considerem les visites, contactes i ajuda que els pares reben dels fills quan no conviuen plegats. A Espanya, només un 12 % de la gent gran rep alguna ajuda dels seus fills, mentre que a Dinamarca l'ajuda arriba al 20 %.

ALTERNATIVES ENTRE LES QUALS EL GOVERN CENTRAL PODIA HAVER TRIAT

Al llarg dels anys noranta, la majoria d'estats de la UE han incrementat la despesa real en atenció a les persones adultes dependents, però el ritme de creixement ha variat molt entre els estats. Espanya figura entre els països on aquest creixement ha estat menor, malgrat el punt de partida tan baix que tenia a finals dels vuitanta. En el pol oposat, Dinamarca i Finlàndia, malgrat que són, des de fa anys, 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, en la taula 1 observem tres grups de nacions ben diferenciats. Els països escandinaus han desenvolupat la xarxa més extensa 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 de servei o un altre, 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 i la cura de la gent gran es deixa en mans quasi exclusivament de la família. Al mig d'aquests dos extrems se situen països de l'Europa continental, amb uns percentatges de cobertura a l'entorn del 12 % de les persones grans que són ateses i amb una relativa major presència de centres residencials, encara que les reformes fetes al llarg dels anys noranta han començat a promoure els serveis alternatius als residencials, com ara els centres de dia i els serveis a domicili.

TAULA 1. Serveis bàsics per a les persones grans a finals dels anys noranta

País	Percentatge 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 (2002).

El disseny institucional dels programes també 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, d'una quantia fixa segons el nivell de dependència. Dos anys més tard, Alemanya imità 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, l'any 1998, i França, l'any 2002, han introduït nous programes d'atenció (França, després de diversos intents de programes assistencials fracassats).

A més, alguns d'aquests països, alhora que han augmentat la despesa en prestacions en metàl·lic, han tendit a convertir en assistencials els serveis proveïts, és a dir, a exigir el 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 que un mercat privat de serveis d'atenció a la dependència complementi de manera important l'oferta pública.² 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 i Martin, 2005), a més de mantenir la dona retirada del mercat laboral. Però països com Dinamarca i Finlàndia han introduït només tímides modificacions en forma de subsidis en metàl·lic, de manera que el pes que hi 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 enrere 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 ha hagut restriccions pressupostàries, han frenat l'ús dels serveis en els casos de dependència menys greu, però en cap cas els recursos econòmics dels ciutadans no han estat un criteri restrictiu.

2. En el cas d'aquests països, més que d'oferta pública, hauríem de parlar de «quasipública» en tant que la majoria de proveïdors són ONG subvencionades per les autoritats públiques (Sarasa, 1995). Per aquesta raó, ha estat del tot impossible establir un mercat pròpiament dit d'atenció domiciliària. Vegeu Knijn (1998, 2001) per al cas d'Holanda.

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 ara 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 els percentatges 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 que hi hagi 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, de manera que la intervenció pública es limita 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 les companyies d'assegurances, és, però, d'una eficàcia molt discutible 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 quan percebem el risc d'invalidesa amb més claredat, però en aquest moment ja és massa tard per a poder accedir a una assegurança privada, atès que la prima a pagar en tan pocs anys de contribució ha de ser, naturalment, molt elevada.

Així doncs, no és estrany que ni tan sols a països com els EUA, 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 que s'han de 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 no és estrany, doncs, que en les propostes d'assegurança privada fetes al nostre país es demani al Govern la implantació d'una assegurança privada però obligatòria.³ En aquest cas, això no significaria que l'Estat quedés a banda de la provisió de prestacions. Hi ha bàsicament dues raons que l'obligarien a intervenir directament malgrat que hi hagués una assegurança privada obli-

3. Vegeu la proposta d'Edad y Vida (2001).

gatòria, dues raons que tenen a veure amb la manca de cobertura per a totes aquelles persones de renda baixa que no poguessin pagar el mínim necessari i per a aquelles que encara no haguessin pagat un nombre suficient de primes en el moment de necessitar atenció. En qualsevol cas, la baixa eficiència demostrada pel sistema sanitari nord-americà, basat en assegurances privades, no fa gaire recomanable confiar en aquesta solució per atendre les necessitats de l'envelliment demogràfic.

Una 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 és present en molts estats amb independència del règim de benestar que tinguin. S'aplica en règims liberals, com ara el Regne Unit, i en els règims dits socialdemòcrates del nord d'Europa, i recentment ha estat introduït als nous programes d'atenció a la dependència d'Alemanya, Àustria, Holanda i Luxemburg. El copagament pot tenir diverses virtuts, encara que cap no se'n deriva de la naturalesa del copagament en si mateix, sinó del context en què es faci el copagament 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 fixa independent del nivell de renda de les persones.⁴ Fins i tot adequant-lo a la renda personal, pot haver-hi problemes d'equitat distributiva segons els tràmits demanats per a subvencionar aquelles persones amb una renda molt baixa que no haurien de pagar res. Si el procediment no és simple per a 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.

Una altra precaució que cal prendre amb el copagament és que no acabi desincentivant les alternatives més eficients. En concret, el copagament d'una atenció a domicili per a una persona amb un grau de dependència mitjà o baix no ha de suposar mai un pagament superior al que es 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.

4. 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, l'usuari realitza el pagament íntegre del servei 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).

NATURALESIA DE LES PRESTACIONS

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, enfront de 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 l'eficiència superior demostrada pels països del nord d'Europa.

El pagament d'una subvenció en metàl·lic a les llars on hi ha una persona dependent és defensada com una mesura per a contenir la despesa en serveis residencials, que són més cars (Johnson i Lo Sasso, 2000). Altres autors (Ettnner, 1996; Pezzin i Steinberg, 1999) opinen que els subsidis en metàl·lic tenen la virtut de mantenir els vincles familiars, que s'afeblirien amb una oferta generosa de serveis públics. Tanmateix, la prestació de serveis no significa un abandonament de les responsabilitats familiars, com ho demostra el fet que la diferència més gran 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; Sarasa i Billingsley, 2008).

A més, la transferència en metàl·lic té una capacitat per a promoure l'ocupació molt menor que la prestació directa de serveis. Aquesta capacitat inferior de generar ocupació la demostren dues dades que són la manifestació d'un mateix fet. Una es refereix al fet que els percentatges de cobertura dels 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 relacionada amb la dependència trobem en el mercat de treball. L'altra dada, no pas menys interessant, fa referència a la incompatibilitat entre fer un 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 ocupades tenen menys tendència a assumir la cura de gent gran que les inactives o aturades, i quan ho fan, la probabilitat que hagin de reduir la seva jornada laboral o abandonar el mercat de treball és més gran que la de 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 de més hores de cura les famílies. En els

països escandinaus, on la prestació de serveis amb criteris d'accés universal és dominant, les dones que han de tenir cura d'una persona dependent ho fan dedicant-hi majoritàriament menys de catorze hores setmanals, la qual cosa no els impedeix mantenir la seva ocupació. En sentit contrari, és als països com Espanya, on l'oferta de serveis és molt minsa, on abunden molt les dones que han de dedicar més de vint-i-vuit 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 a la cura de la gent gran no suposa una fugida dels familiars de les seves responsabilitats recíproques. La probabilitat que té una dona d'entre trenta-cinc i seixanta anys d'haver d'assumir la cura d'una 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-hi.

Les prestacions en metàl·lic signifiquen un augment de la renda disponible a les llars on viu una persona dependent, que en teoria pot ser dedicat a comprar serveis en el mercat substitutius de la feina informal realitzada per les dones a la llar. Tanmateix, si no hi ha cap control addicional, no hi ha cap garantia que els recursos públics esmerçats es dediquin 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 a 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 el fet de necessitar comprar els serveis substitutius en el mercat incrementa la seva oferta laboral de cara a augmentar la renda disponible necessària per a la compra dels serveis (Soldo i Hill, 1995). 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 gaire 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. Tanmateix, la prestació de serveis públics tampoc no és una garantia

gaire ferma si el criteri d'accés és, com al Regne Unit, la demostració de manca de recursos. Prenent dades del *Panel de les llars de la Unió Europea* de l'any 1996, trobem que les diferències quant a l'ocupació en el mercat de treball de les dones entre vint-i-cinc i cinquanta-nou anys segons si tenen cura d'una persona adulta dependent o no 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, el percentatge d'ocupació de les dones que tenen cura d'alguna persona adulta és només un 7 % inferior al nivell d'ocupació entre les dones que no han de tenir cura de ningú. Aquesta diferència és 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 que estan ocupades, han hagut d'optar per contractes a temps parcial.⁵

L'OPCIÓ ESPANYOLA: UNA VIA INTERMÈDIA O EL PRINCIPI D'UNA FRUSTRACIÓ?

Com hem mostrat en la introducció d'aquest capítol, la Llei que ha estat aprovada per les Corts ha estat un híbrid estrany. En essència, proposa un sistema de protecció social molt semblant al que han desenvolupat altres règims de benestar anomenats «conservadors», com ara Àustria i Alemanya, ja que universalitza les prestacions però obliga a seguir tràmits molt burocratitzats i centralitzats en què l'individu sol·licitant de la prestació és sotmès a unes proves segons les quals queda encasellat en un rang de dependència que li dona accés a una prestació de nivell més o menys equivalent. Cada cop que aquest beneficiari experimenti una evolució en el seu grau de dependència, ha d'iniciar de nou el feixuc tràmit burocràtic per a adaptar la prestació a la nova necessitat.

Aquesta és una forma d'accés a les prestacions força llunyana de la imperant a països amb un desenvolupament més gran dels serveis socials, on els treballadors socials gestors de casos, en coordinació amb equips de valoració més locals, determinen de manera més àgil quines són les necessitats canviants de les persones dependents i adequen les prestacions a cada situació.

La part innovadora respecte del model conservador —i és per això que considero que la Llei espanyola té un cert caràcter híbrid— és que, en línia amb els

5. 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.

models escandinaus, dona prioritat a la prestació de serveis per sobre de les transferències en metàl·lic. Però el punt feble d'aquesta opció és que, de moment, no ha passat de ser un brindis al sol. La manca de prou finançament, la inadequació de l'oferta existent i la manca de preparació en els serveis socials públics han contribuït que el gruix de les prestacions donades fins al moment hagin estat prestacions en metàl·lic i d'una quantia insuficient.

Estimacions independents (Alonso i Albarrán, 2008) apunten en la direcció d'una subestimació per part del Govern central del volum de beneficiaris potencials i del cost que tindria el nou programa, i aquests errors en la previsió de la despesa haurien traslladat a les comunitats autònomes les tensions derivades d'unes expectatives populars que la nova Llei no està complint.

D'altra banda, hem assistit a la fallada del sistema de serveis socials per a absorbir de manera eficaç la nova prestació. L'allau de sol·licituds ha desbordat les previsions del *Llibre blanc de la dependència*, en el qual el Govern central va fonamentar les seves previsions, però, a més, ha posat de manifest la manca de previsió organitzativa dels serveis socials, que no disposaven encara de protocols clars sobre la manera de gestionar les demandes, la distribució de competències i la coordinació entre serveis.⁶ Malgrat que la Llei va entrar en vigor el gener del 2007, no va ser fins al mes de maig que els ciutadans van poder iniciar les tramitacions. Les queixes ciutadanes han estat nombroses pel que fa a la manca d'informació, la lentitud en la resolució dels expedients i en la concessió de les prestacions i la quantia insuficient de les prestacions monetàries atorgades.⁷

A més, la majoria de prestacions han estat de moment en metàl·lic. Hi ha l'esperança que la raó principal n'hagi estat la manca d'una cartera de serveis socials definida, ja que la nova Llei de serveis socials va ser aprovada després de la Llei d'atenció a la dependència i això ha fet que els treballadors socials no tinguin a la seva disposició una directriu clara sobre els serveis disponibles i les seves condicions d'accés, la qual cosa hauria fet prioritzar la prestació monetària al beneficiari per sobre de la prestació del servei. Però caldrà veure si, ara que aquesta cartera de serveis ja està definida, la tendència s'inverteix.

A més, hi ha indicis que aquestes prestacions en metàl·lic són molt inferiors al cost dels serveis que suposadament haurien de comprar, de manera que les prestacions es converteixen *de facto* en un incentiu negatiu per a desenvolupar un mercat de treball de qualitat en el sector dels serveis socials. Amb

6. Vegeu l'informe de la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC) <<http://www.gentgran.org/forum-imatges/2009-llei-dependencia-descripcio.pdf>>.

7. Vegeu els informes del 2008 de la Sindicatura de Greuges de Barcelona i del Síndic de Greuges de Catalunya.

unes prestacions insuficients, els beneficiaris tenen dues opcions: continuar confiant en el suport dels membres de la família inactius, la qual cosa impedeix la conciliació entre temps de cura i temps de treball remunerat en el cas de les dones que es fan càrrec dels dependents, o amb les magres prestacions, contractar algunes hores d'assistència en l'economia submergida, a càrrec de persones immigrants sense cap control sobre la qualitat de la seva feina.

És per tot això que potser el gat de Cheshire creat per Lewis Carroll finalment serà una bona metàfora del que passa amb aquesta Llei. L'enginyosa resposta que el gat dona a Àlicia quan aquesta li pregunta quin camí agafar ens recorda la confusió d'una Llei que ha afermat els serveis socials com a objectiu prioritari mentre ha construït una bastida per a pujar a un sistema de transferències públiques. D'altra banda, la imaginativa figura d'un gat que s'esvaeix i deixa un somriure residual dalt de l'arbre ens fa pensar en com pot quedar en el futur més immediat el quart pilar de l'Estat del benestar. Espero estar equivocat.

Bibliografía

- AHN, N.; MESEGUER, J. A.; HERCE, J. A. (2003). *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*. Fundación BBVA. (Documentos de Trabajo; 7)
- ALONSO, P.; ALBARRÁN, I. (2008). «Long term care in Spain: Extent, costs and challenges». Universidad de Alcalá de Henares. (Alcamentos; 0806) <<http://hdl.handle.net/10017/2376>>
- CAMPBELL, J. C.; IKEGAMI, N. (2003). «Japan's radical reform of long-term care». *Social Policy and Administration*, vol. 37, núm. 1, p. 21-34.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (1993). «Older people in Europe: Social and economic policies». A: *The 1993 Report of the European Observatory*. Luxemburg.
- EDAD Y VIDA (2001). *Propuesta de Edad & Vida sobre la definición de un seguro de dependencia estatal*. Barcelona: Edad & Vida.
- ETTNER, S. L. (1996). «The opportunity costs of elder care». *The Journal of Human Resources*, vol. 31, núm. 1, p. 189-205.
- JENSON, J.; JACOBZONE, S. (2000). *Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers*. París: OECD.
- JOHNSON, R. W.; LO SASSO, A. T. (2000). «The trade-off between hours of paid employment and time assistance to elderly parents at midlife» [en línea]. The Retirement Project. Urban Institute. <<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, p. 85-110.
- (2001). «Care work: Innovations in the Netherlands». A: DALY, M. [ed.]. *Care work: The quest for security*. Ginebra: International Labour Office, p. 159-174.
- LUBITZ, J.; PRIHODA, R. (1984). «The use and costs of Medicare services in the last 2 years of life». *Health Care Financing Review*, vol. 5, núm. 3, p. 117-131.
- OECD (2000). *Reforms for an ageing society*. París: OECD.
- OLSEN, E. (2002). «Comparing ageing experiences in U.S. and Denmark» [en línea]. <<http://www.aarp.org/international>>
- PEARSON, M.; MARTIN, J. P. (2005). «Should we extend the role of private social expenditure?». *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, núm. 23.
- PEZZIN, L. E.; STEINBERG, B. (1999). «Intergenerational household formation, female labour supply and informal caregiving: A bargaining approach». *The Journal of Human Resources*, vol. 34, núm. 3, p. 475-503.
- ROCHON, M. (1998). «Impact of the evolution of health expectancy on future public health care expenditures». A: MARMOR, T. R.; DE JONG, P. R. [ed.]. *Ageing, social security and affordability*. Aldershot: Ashgate, p. 305-326.
- ROSTGAARD, T. (2002). *Care services for children and other dependent people*. European Union Presidency Conference (Elsinore, 25-26 novembre).
- SARASA, S. (1995). «La sociedad civil en la Europa del sur». A: SARASA, S.; MORENO, L. [comp.]. *El Estado del bienestar en la Europa del sur*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Instituto de Estudios Sociales Avanzados, p. 157-186.
- (2005). «How do midlife women manage adult care and labour in different welfare regimes?». Ponència presentada a la conferència d'ESPANet a la Universitat de Friberg (Suïssa, 22-24 setembre).
- (2006). «The women's conciliation of adult-care and employment in different welfare regimes». Ponència presentada a EQUALSOC Employ-Famnet Workshop (Torí, 27 gener).
- (2007). «O novo sistema para a autonomia e a atenção á dependencia: reduzirá as desigualdades na utilização de serviços?». *Administração & Cidadania*, vol. 1, núm. 3, p. 141-168.
- SARASA, S.; BILLINGSLEY, S. (2008). «Personal and household care giving from adult children to parents and social stratifi-

- cation». A: SARACENO, C. [ed.]. *Families, aging and social policy*. Celtenham: Edward Elgar.
- SOLDO, B. J.; HILL, M. S. (1995). «Family structure and transfer measures in the health and retirement study: Background and overview». *The Journal of Human Resources*, vol. 30, núm. 5, p. 108-137.
- SPIESS, C. K.; SCHNEIDER, U. (2002). «Midlife caregiving and employment: An analysis of adjustments in work hours and informal care for female employees in Europe». *ENEPRI Working Paper*, núm. 9 (febrer).
- SUNDSTRÖM, G. (1994). «Care by families: An overview of trends». A: OECD. *Caring for frail elderly people: New directions in care*. París: OECD.
- WIENER, J. (1994). «Private sector initiatives in financing long-term care». A: OECD. *Caring for frail elderly people: New directions of care*. París. (OECD Social Policy Studies; 14), p. 83-110.
- ZWEIFEL, P. (1990). «Ageing: The great challenge to health care reform». *European Economic Review*, vol. 34, núm. 2-3, p. 646-658.