



CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y
Cooperativa, nº 21, diciembre 1995, pp. 111-123

La comercialización de los servicios sociales: el caso de la ayuda a domicilio en los Estados Unidos

Bernard Enjolras
Consejero técnico de la UNIOPSS*

CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa
ISSN: 0213-8093. © 1995 CIRIEC-España
www.ciriec.es www.uv.es/reciriec

La comercialización de los servicios sociales: el caso de la ayuda a domicilio en los Estados Unidos

Bernard Enjolas

Consejero técnico de la UNIOOSS*

Artículo publicado en la RECMA. n°258

UNIOOSS: Union Nacional Interfederal de Obras y Organismos privados sanitarios y sociales. Paris

Este artículo ha sido redactado mientras era senior fellow en el Institute for Policy Studies, The Johns Hopkins University, y no como representante de la UNIOOSS

RESUMEN

Debido a la desvinculación progresiva por parte de los poderes públicos, numerosos servicios sanitarios y sociales se ven transferidos a estructuras privadas, que con frecuencia pertenecen a la economía social. Este fenómeno -que es llamado mercantilización de los servicios sociales, ya que marca la transición de la forma pública no mercantil a la forma privada mercantil- afecta de manera especial al sector de servicios a las personas, y principalmente a la ayuda domiciliar, que es estudiada aquí en el caso de los Estados Unidos.

Tras una descripción de los dos tipos de regulación de la oferta que pueden guiar estos fenómenos de mercantilización, el autor señala el hecho que tal mercantilización, en Estados Unidos, es una regulación basada en la competencia, en la cual los poderes públicos dejan que actúe la libre competencia, interviniendo esencialmente para orientar la demanda. Analizando la naturaleza de la oferta de servicios a domicilio vigente en USA, concluye al fracaso de la regulación por el mercado, que no consigue garantizar el nivel de calidad suficiente y ofrece condiciones de trabajo poco satisfactorias (bajas cualificaciones del personal, bajo nivel de remuneración, estratificación de los niveles salariales, etc.).

RÉSUMÉ

En raison d'un désengagement croissant des pouvoirs publics, des nombreux services du domaine sanitaire et social sont de plus en plus fréquemment confiés à des structures privées, qui relèvent souvent de l'économie sociale. Ce phénomène -que l'on appelle marchandisation des services sociaux, car il marque le passage d'une forme publique non marchande à une forme privée marchande- touche en particulier les services aux personnes, notamment l'aide à domicile, qui est étudiée ici dans le cas des États-Unis.

Après avoir décrit les deux types de régulation de l'offre pouvant gouverner de tels phénomènes de marchandisation, l'auteur montre que la régulation aux États-Unis est une régulation concurrentielle, où la puissance publique laisse jouer le jeu de la concurrence, intervenant essentiellement pour orienter la demande. Analysant la nature de l'offre de services à domicile mise en place aux USA, il conclut à l'échec de la régulation par le marché, qui ne parvient pas à garantir le niveau de qualité suffisant et offre des conditions de travail peu satisfaisantes (sous-qualification des personnels, bas niveau de rémunération, stratification des niveaux de salaire, etc.).

ABSTRACT

Several social and sanitary services are being transferred to private entities, which usually belong to the sector of social economy, as a result of their progressive separation from the State. This phenomenon called "mercantilisation of social services" (since it refers to the transfer from the non-mercantile public sector to the mercantile private sector) has a special impact on the area of social services, and especially on Home Care. This article focuses on the case of the United States.

After describing the two types of supply regulations that may direct this "mercantilisation" process, the author points out that in the United States this process is regulated by competition. Thus, the state allows for the free market, intervening only to orient demand. By analysing the nature of home service supply existing in the United States, the author points to the failure of this type of market regulation since it does not guarantee a satisfying standard of quality and offers poor work conditions: poorly qualified staff, low wages, stratification of salaries, etc.

1.- Introducción

La expresión "mercantilización de los servicios sociales" (Salamon, 1993) ha sido desarrollada en Estados Unidos para rendir cuenta del movimiento mayor que afecta al sector social desde más de una década y se traduce por un doble fenómeno: el incremento de la oferta lucrativa y el incremento de la parte correspondiente a la contribución de los beneficiarios en la cifra de negocios del sector. Dicho fenómeno ha conllevado efectivamente a una modificación del centro de gravedad del sistema de protección social: las prestaciones sociales benefician cada vez más a las clases medias y cada vez menos a los pobres. Bajo la administración Reagan, los gastos sociales del Estado federal declinaron en más de un 30% entre 1977 y 1982. Para contrarrestar el efecto de los recortes presupuestarios, los proveedores de servicios recurrieron progresivamente a la facturación de sus servicios. Los ingresos comerciales crecieron en un 93% entre 1977 y 1989 y representan el 55% de los recursos de las organizaciones que ofrecen servicios sociales creadas entre 1977 y 1987.

Hay que considerar tres tipos de factores si queremos analizar el proceso de mercantilización de la oferta de servicios que, hasta entonces, era objeto de una oferta financiada y regulada por los poderes públicos: el origen de la solventización(*) de la demanda, la naturaleza del mecanismo de regulación y la naturaleza de la oferta (pública, del sector no lucrativo o privada lucrativa). Si analizamos en términos comparativos las situaciones francesa y americana, la composición de la oferta aparece claramente como la resultante de los dos primeros factores: modos de solventización y mecanismos de regulación.

2.- Solventización de la demanda y modos de regulación

2.1. La solventización de la demanda

En 1986, 5.300 millones de dólares fueron gastados en servicios sanitarios (médicos y sociales) a domicilio para personas mayores (Feder, 1992). Este importe cubre una variedad de servicios que van desde la atención de enfermeros cualificados a los servicios de restauración a domicilio. Sobre 5.300 millones de dólares de gastos, 3.900 millones -o sea las tres cuartas partes- eran de origen público. Medicare, que cubre los servicios cualificados representaba un 40% del gasto público. Medicaid, que cubre un abanico más amplio de servicios, representaba un 30% del gasto público. Los

(*) Nota de la redacción: Se ha utilizado esta expresión para traducir la palabra francesa "solvabilisation". término que en el contexto del artículo significa hacer solvente a la demanda, darle capacidad adquisitiva.

30% restantes provenían de los programas financiados en el marco de los SSGB y del OAA (ver cuadro).

La intervención de los seguros sociales Medicaid y Medicare

La protección social obligatoria en Estados Unidos no cubre, para los gastos sanitarios, más a que las personas de bajo nivel de ingresos, con Medicaid, y a las personas mayores (más de 65 años) o disminuidas físicas, con Medicare.

En caso de ayuda a domicilio de las personas dependientes, Medicare solo interviene para la atención sanitaria temporal. Medicaid, por su parte, cubre parcialmente la atención temporal y, según los casos, la atención personal. Para las dos categorías de personas existe por otra parte la ayuda a domicilio (Social Services Block Grant - SSBG y Older American Act - OAA) cuyo nivel de intervención es también variable según los Estados federales.

Las personas de la tercera edad contribuyeron por valor de 1.400 millones de dólares, o sea una cuarta parte de los gastos. Los servicios domiciliarios, sanitarios y de ayuda, financian su actividad facturando sus servicios. Se dan diferentes modalidades de facturación dependiendo de la naturaleza del financiador. Los pagos que soportan directamente los beneficiarios son establecidos por el proveedor, mientras que cuando interviene otro organismo, este último es el que establece el importe basándose en diferentes métodos. Habitualmente, las entidades como Medicare, Medicaid y las compañías privadas de seguros reembolsan los gastos sobre la base de los costes habituales del proveedor. Se compensa pues una parte de los costes habitualmente constatados para el servicio prestado.

Este método de reembolso, llamado retrospectivo ya que es función de los costes realmente constatados, tiende a ser substituido por métodos llamados prospectivos (Benjamin, 1985), en los cuales el importe del reembolso es establecido de antemano y no puede sobrepasar un umbral preestablecido. Los métodos retrospectivos son vistos como susceptibles de incitar a los proveedores a subir o a no limitar sus costes, mientras que los métodos prospectivos les incitan a reducirlos. Si los programas públicos financian las tres cuartas partes de los servicios a domicilio (para el conjunto de las formas de intervención), no hay que concluir por ello que la demanda de ayuda y de atención sanitaria a domicilio esté cubierta y solventizada. Efectivamente, un 70% de los 1,6 millones de personas mayores dependientes que viven en su domicilio no reciben ningún tipo de ayuda profesional, no pudiendo contar más que sobre la ayuda informal, esencialmente familiar (Rowland y Lyons, 1992). Solo un 27% de las personas mayores dependientes que viven en su domicilio recurren a la vez a la ayuda profesional y a la ayuda informal, mientras que un 3% de las personas mayores dependientes que habitan su domicilio solo pueden contar sobre la ayuda profesional. Los programas públicos solo intervienen parcialmente en ayuda de las personas que reciben una ayuda profesional. Efectivamente,

aunque todas las personas mayores están bajo la cobertura de Medicare en lo referente a los gastos de atención médica, tienen que pagar por su cuenta el ticket moderador (cost sharing) para la ayuda a domicilio puntual relacionada con una convalecencia, y si no forman parte de la categoría de personas con bajos ingresos tal como lo determinan otros programas, soportar la totalidad de los gastos relacionados con la ayuda a domicilio permanente. Solo una tercera parte de las personas mayores dependientes son objeto de una cobertura por Medicaid de los gastos de sanidad no cubiertos por Medicare (ticket moderador) (Rowland y Lyons, 1992). La cobertura del complemento de gastos no cubiertos por Medicare no ha de ser confundida con la de los gastos relacionados con el mantenimiento a domicilio. Efectivamente, Medicaid no asume de manera sistemática (la situación puede variar de un Estado a otro) la ayuda a domicilio cualificada (ayuda doméstica, guardia a domicilio). La atención cualificada a domicilio (enfermería) solo es cubierta por Medicare de manera temporal cuando está relacionada con una convalecencia. Las personas que necesitan atención médica a domicilio de manera duradera debido a un estado de dependencia crónica han de soportar por sus propios medios las cargas correspondientes o recurrir a Medicaid si reúnen los requisitos de elegibilidad desde el punto de vista de sus ingresos económicos. En tales condiciones y debido al hecho del bajo grado de cobertura por parte de los programas públicos de gastos relacionados con su dependencia, las personas dependientes que viven en su domicilio deben soportar gastos importantes. En 1989, las personas con un grado de dependencia elevado soportaban personalmente un gasto de 7.800 dólares mientras que las personas con un bajo nivel de dependencia debían soportar un gasto de 2.000 dólares. Para las personas que vivían solas, este gasto podía alcanzar la mitad de sus ingresos (Rowland y Lyons, 1992).

2.2. Dos modos de regulación

Las estructuras de oferta de servicios relacionados con el mantenimiento a domicilio de las personas mayores no están sujetas a los mismos mecanismos de regulación. Algunas son objeto de una regulación "tutelar", en el sentido en que la producción de servicio es objeto de una intervención de la administración pública que actúa como "tutora" del consumidor y del productor, para evitar que la producción y el consumo sean orientados a la satisfacción de otras necesidades que no justifiquen la ayuda pública. La regulación tutelar pone en marcha contratos cuyo coste es cubierto por la administración pública y los ofertantes de servicios, que pueden ser de diversos tipos: organizaciones lucrativas, organizaciones no lucrativas, organizaciones públicas (servicios municipales por ejemplo). Otras son objeto de una regulación "competencial", en el sentido en que la administración pública deja actuar el libre juego de la competencia y de la libertad del consumidor y del productor, aunque oriente la demanda, actúe sobre la formación de los precios o garantice la calidad. En el ámbito de la regulación competencial, hay que distinguir las formas de regulación que se basan en el mecanismo del mercado, aunque intentan corregir algunos aspectos del mismo, de las que, constatando el fracaso del mercado, pretenden organizar un cuasi-mercado. La regulación cuasi-mercantil promueve contratos

incitativos entre la administración y los ofertantes. En el ámbito de la regulación mercantil en sentido estricto (y al contrario de lo que ocurre con la regulación mercantil), el consumidor es también el que compra, de manera que la regulación no se opera a través de los contratos entre la administración y los ofertantes, sino a través del control de la calidad de los productos y de la distorsión de los precios (subvenciones, impuestos). Es posible modelizar las dos formas de regulación (ver cuadro).

Forma de regulación Criterios	Tutelar	Competitivo
1- Modo de financiación	a) Presupuesto global y prospectivo o precio de jornada y/o global b) Ventajas fiscales y reducción de las cargas	a) Participación de los usuarios b) Subvenciones
2- Fijación de las dotaciones presupuestarias	- Aprobación por parte de la administración del presupuesto de explotación	- Subvenciones discrecionales eventuales
3- Control de las inversiones	- Autorización de equipamiento (aprobación de la sección de inversión)	
4- Control de los costes	- Visto bueno de los convenios colectivos	
5- Control de la demografía y de los equipamientos	- Planificación - Esquema - Autorizaciones	- Competencia
6- Revelación de la demanda	- Comisión de evaluación y de atribución	- Expresión libre de la demanda
7- Solventización	- Ayudas a la piedra (subvención de la estructura)	- Ayuda a la persona (prestación en especies, incitación fiscal)
8- Protección del usuario	- Autorización - Habilitación	- Reconocimiento (pliego de condiciones)
9- Tarifación	- En función de los ingresos: - ticket moderador - baremos	- Precios de mercado (efecto neutro o anti-redistributivo)

2.3. La opción de los Estados Unidos: la regulación competencial

Es posible distinguir cinco tipos de ofertantes según el tipo de "reconocimiento oficial" de que son objeto.

- Los servicios de ayuda a domicilio reconocidos por un Estado (State licensed) son objeto de una autorización cuyo procedimiento varía de un Estado a otro. Para California, por ejemplo, la autorización requiere que la organización sea dirigida por una enfermera o un profesional titular de un master in public health y que las personas que intervengan en la ayuda a domicilio hayan seguido una formación de un mínimo de ciento veinte horas.
- Los servicios de ayuda a domicilio certificados (certified), para beneficiarse de los reembolsos de Medicare y Medicaid, tienen que cumplir los criterios establecidos por Medicare. La organización tiene que tener como actividad principal la oferta de atención cualificada y no cualificada a domicilio, desarrollar una política de gestión de su personal organizada por tipos de personal, tiene que redactar y tener permanentemente actualizado un informe terapéutico para cada paciente, y disponer de contabilidad.
- Las oficinas de colocación de enfermeras (nurses' registries) son agencias que desempeñan un papel de intermediación entre las enfermeras liberales (autónomas) y los pacientes. Esas agencias de colocación son objeto de una autorización por parte del departamento de protección de los consumidores. Pueden asimismo "colocar", en un límite de un 10% de su actividad, a personal de ayuda domiciliar que ejerza en régimen de trabajo autónomo. Si dicha actividad sobrepasa el 10%, han de ser autorizadas como agencias de empleo (employment agencies).
- Las agencias de empleo ejercen una función de mediación entre los empresarios particulares y los asalariados. Por otra parte, también necesitan una autorización por parte del departamento de protección de los consumidores.
- Las agencias temporales no licenciadas (unlicensed temporary personnel agencies) y las agencias no licenciadas son empresas privadas lucrativas, reguladas por el derecho comercial, que ofrecen servicios variados (cualificados y no cualificados), los siete días de la semana y las 24 horas del día.

El hecho de disponer de una autorización permite a las agencias contratar con el Estado en el marco de los programas que este desarrolla. Las agencias reconocidas por Medicare pueden recibir los reembolsos por parte de Medicare o Medicaid para los pacientes que cumplen los requisitos exigidos.

Coexisten tres tipos de regulación en Estados Unidos según la naturaleza de la fuente de financiación. Cuando Medicare o Medicaid financian las prestaciones, la regulación corresponde al modelo tutelar: las agencias son reconocidas, la tasa horaria de la prestación es fijada por el financiador que envía al paciente a la agencia para un volumen determinado de prestación. Cuando la prestación es financiada por el Estado o cofinanciada por el Estado y el Estado federal en el marco de los programas OAA o SSBG, la regulación releva del modelo cuasi-mercantil. Como en un mercado convencional, los ofertantes lucrativos o no lucrativos son puestos en situación de competencia. El cuasi-mercado difiere del mercado convencional en cuanto a la demanda. El poder adquisitivo del consumidor no se expresa en términos monetarios sino en términos de un volumen de servicios o de un presupuesto previamente afectado al consumo de un tipo de servicio. El consumidor no es quien ejerce la decisión de compra. Esta decisión es mediatizada por un experto (el trabajador social que realiza la evaluación de la necesidad). El trabajador social es o bien un funcionario de la administración del Estado, o un asalariado de la organización que contrata con el Estado la prestación específica de evaluación de las necesidades de orientación del paciente (case manager). Cuando la prestación no es objeto de una financiación pública, la regulación se ejerce a través del mercado, sin otra reglamentación que la del derecho comercial y el derecho fiscal.

3.- La naturaleza de los ofertantes

3.1. Las características de las estructuras de oferta

Se distinguen tradicionalmente dos tipos de servicio de ayuda a domicilio en Estados Unidos (Hudson, 1988; Binstock y George, 1990): los servicios de atención médica a domicilio (medical home care) y los servicios de atención social a domicilio (social home care). Los servicios de atención a domicilio conciernen a la atención que tiene por objeto las actividades de la vida cotidiana que tienen una dimensión médica, mientras que los servicios sociales se refieren a las actividades de la vida cotidiana que no tienen dimensión médica (tareas de mantenimiento del hogar, compras...). La distinción artificial resulta de los modos de financiación y de la organización de la oferta de servicios que son también diferenciados según la naturaleza de la intervención. Debido al nivel de cobertura de las compañías de seguros públicas y privadas, los servicios sanitarios y de ayuda a domicilio son también clasificados en términos de atenciones puntuales/medicalizadas, generalmente no cubiertas por los seguros. La atención médica es ofertada por "agencias sanitarias a domicilio" (home health agencies) reconocidas, que pueden ser entidades lucrativas, no lucrativas o públicas. Tales agencias reconocidas pueden ser objeto de reembolsos tanto por parte de Medicare como de Medicaid. Cada Estado posee sus

propias exigencias en materia de reconocimiento. Las agencias reconocidas tienen que ser capaces de proporcionar atención de enfermería cualificada. (administrada por personal de enfermería diplomado) y de los servicios de ayuda médica (no cualificados) a domicilio. La mayoría de los programas exigen que sea un médico quien se haga responsable de la atención sanitaria. Los servicios sociales de atención domiciliaria son también ofertadas por agencias locales (area agencies on aging), cuya creación ha sido impulsada por el Older American Act. Dichas agencias son financiadas en el marco del título III del OAA y pueden asimismo recibir financiación por parte del Social Services Block Grant que depende del título XX del Social Security Act. En ciertos Estados reciben financiación Estatal. Estas agencias proporcionan un amplio abanico de servicios: información, case management, tareas de mantenimiento del hogar, comidas a domicilio, transporte (Biegel, Farkas, Wadworth, 1994).

3.2. La mercantilización de la oferta de ayuda a domicilio

Dos tendencias se han ido afirmando en la década de los 80: Medicare se ha convertido en el principal financiador de la atención no medicalizada y no especializada a domicilio relacionada con una necesidad puntual (un 30% de los reembolsos relacionados con la atención domiciliaria por parte de Medicare en 1983) mientras que la oferta de atención sanitaria por parte de empresas lucrativas ha experimentado un fuerte crecimiento. En 1980, Medicare contribuyó al incremento del número de empresas lucrativas eliminando la condición para los ofertantes de ser reconocidos por el Estado para recibir la "certificación" por parte de Medicare. Tal reforma facilitó el desarrollo de la oferta lucrativa en el mercado de la ayuda a domicilio. En 1984, la reforma del sistema de reembolso de la atención hospitalaria por parte de Medicare (paso al sistema de reembolso llamado prospectivo) tuvo como efecto una importante incitación a los hospitales para que diesen de alta a las personas mayores lo antes posible, haciendo recaer sobre el sistema de ayuda a domicilio la carga de los periodos de convalecencia relacionados con la hospitalización. El número de ofertantes certificados por Medicare ha pasado de 2.212 en 1972 a 2.924 en 1982, para luego alcanzar la cifra de 5.985 en 1986. En el mismo periodo, la parte proporcional de los ofertantes lucrativos ha pasado del 1,9% en 1972 al 17% en 1982, alcanzando el 31% en 1986 (Bergthold, Este, Villanueva, 1990). En 1992, un 38,2% del conjunto de los ofertantes de ayuda a domicilio (y no solo de los que están certificados por Medicare) eran empresas lucrativas (NCHS, 1994). Según N.Kane (1989), el mercado de la ayuda domiciliaria en los Estados Unidos se puede dividir en tres segmentos: el segmento "high tech" que concierne las intervenciones especializadas a domicilio (diálisis, quimioterapia...), el segmento de los equipamientos médicos y paramédicos y el segmento de los servicios no cualificados. Los servicios no cualificados constituyen el segmento más importante con una cifra de negocios estimada en cuatro mil millones de dólares. En este mercado actúan "cadenas de empresas" que realizan economías de escala mutualizando los costes de marketing. Aunque importante en volumen, dicho mercado es poco beneficioso según Kane (1989): sólo tres de las diez mayores cadenas nacionales que ofertan servicios de aten-

ción domiciliaria producen beneficios positivos sobre varios años. Dicha situación se relaciona con el bajo nivel de solvencia de la demanda que se beneficia poco de mecanismos aseguradores. La mercantilización de los servicios combinada con un bajo nivel de solventización conlleva tres tipos de consecuencias sociales: Para los asalariados, la carga de trabajo es importante y el nivel retributivo bajo (Szasz, 1990); el mercado de trabajo de la ayuda a domicilio está fuertemente estratificado, los asalariados cualificados (médicos, enfermeras) son bien remunerados, mientras que los asalariados no cualificados (cuidadores a domicilio o ayudantes de tareas domésticas) tienen niveles de remuneración cercanos al umbral oficial de pobreza. Además, con el fin de conservar su flexibilidad de intervención, las organizaciones de ayuda a domicilio recurren de forma masiva al tiempo parcial, lo que se traduce para el personal asalariado en un nivel elevado de incertidumbre en cuanto a la carga de trabajo y en cuanto al nivel de remuneración. Para los clientes, el nivel de los servicios es bajo (Applebaum, 1990); siendo que el nivel de calidad de los servicios de ayuda a domicilio depende esencialmente de la calidad de los asalariados, estos están poco formados y poco remunerados. El nivel de turn over de los asalariados, muy elevado, se estima en un 70%, lo cual no contribuye a mejorar la calidad de los servicios. Las quejas por malos tratos, fraudes o robos son frecuentes, el ausentismo es elevado (entorno a un 10%) y el personal sigue mal las instrucciones médicas. Tales problemas de calidad se relacionan, según Applebaum (1990) con la conjunción de dos factores: las políticas de restricción de los costes desarrolladas por los financiadores públicos o privados y el incremento del número de ofertantes pertenecientes al sector lucrativo. La competencia ejercida por los ofertantes lucrativos que recurren a un personal mal pagado y poco cualificado es problemática para los ofertantes no lucrativos, que no tienen más opción para competir que la de reducir a su vez la calidad de sus servicios. La puesta en situación de competencia, si bien permite reducir los costes, genera un efecto de espiral descendiente que tiende a rebajar el nivel global de calidad de los servicios. Para las familias, la carga sigue siendo importante (Rowland, Lyons, 1992). Solo un 30% de los 1,6 millones de americanos con un alto nivel de dependencia se benefician de una atención profesional. Solo un 3% de las personas altamente dependientes dependen exclusivamente de la ayuda profesional. Los otros 27% reciben una combinación de ayuda profesional e informal.

4.- Conclusión

Refiriéndose a la terminología de Esping Andersen (1990), es posible caracterizar el Estado del bienestar americano como relevante del "régimen liberal" en el que dominan una ayuda social condicionada por la evaluación de los recursos, pocas transferencias universales y un bajo nivel de cobertura por parte de los seguros sociales obligatorios. Tal tipo de Estado del bienestar estimula la autoasunción de las necesidades por parte de los individuos y del mercado. Francia, sin embargo, se caracteriza por un régimen "corporatista" de Estado del bienestar en el que predominan el princi-

pio de subsidiariedad y la diferenciación de los derechos sociales con relación a los estatutos profesionales. El ejemplo americano demuestra que el mercado no alcanza a la satisfacción de la necesidad de la ayuda domiciliaria y que tampoco consigue ofrecer servicios de calidad. Está claro que la regulación pública constituye el elemento clave para la determinación tanto de la naturaleza de los servicios como del acceso a dichos servicios en una "industria" en la que la solventización de la demanda es insuficiente y en donde el riesgo de exclusión debido al grado de dependencia y/o al nivel de ingresos es importante. Avanzar más por el camino de la mercantilización o socializar la satisfacción de las necesidades de ayuda a domicilio no releva únicamente de un debate técnico sobre las virtudes y los límites del mercado, sino que constituye un reto social y plantea la cuestión de saber qué grado de equidad y de calidad deseamos en materia de ayuda de las personas mayores dependientes.

BIBLIOGRAFIA

- Atkins G.L. (1995), "the Economic Status of the Oldest Old", *Mibank Memorial Fund Quarterly*, 63, 395-419.
- Berthold Estes and Villanueva (1990), "Public Light and Private Dark: The Privatization of Home Health Services for the Elderly in the U.S.", *Home Health Care Services Quarterly*, vol. 11 (34), 7-36.
- Biegel D.E., Farkas, K.J. and Wadsworth, N. (1994), "Social Services Programs for Older Adults and their families", in Kim (ed.).
- Binstock, R. and George, L.K. (1990), *Aging and the Social Sciences*, Academic Press.
- Enjolras, B. (1995), *Etat, politiques sociales et création d'emplois*, à paraître, Desclée de Brouwer.
- Esping Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press.
- Feder, J. (1992), "Paying for Home Care: the Limits of Current Programs" in Rowland and Lyons (ed.).
- Hudson, R.B. (1988), "Social policy in the United States" in Rathbone-McCuan and Havens (ed.).
- Hudson, R.B. (1994), "The Older American Act and the Defederation of Community Based Care" in Kim (ed.).
- Kane, N. (1989), "The Home Care Crisis in the Nineties", *The Gerontologist*, vol. 29, nº1.
- Kim, P.K. (ed.) (1994), *Services to the Aging and Aged*, Garland Publishing.

- McCastlin, R. (1994), "Health Care Policies" in Kim (ed.).
- Olson, L.K. (ed.) (1994), *The Graying World*, The Haworth Press.
- Rejda, G.E. (1994), *Social Insurance and Economic security*, Prentice Hall Englewood.
- Rahtbone-McCuan, E. and Havens, B. (eds) (1988), *North American Elders*, Greenwood Press.
- Rowland, D. and Lyons, B. (eds) (1992), *Financing Home Care*, The Johns Hopkins University Press.
- Salamon, L.M. (1993), "The Marketization of Welfare: Changing Nonprofit and Forprofit Roles in the American Welfare State", The Johns Hopkins University, Institute for Policy Studies, Occasional Paper, nº 14.
- Shuster and Cloonan (1991), "Home Health Nursing Care: A Comparison of Not-For-Profit and For-Profit Agencies", *Home Health Care Services Quarterly*, vol.12 (1), 23-36.
- Szasz, A. (1990), "The Labor Impact of Policy Change in Health Care: How Federal Policy Transformed Home Health Organizations and Their Labor Practices", *Journal of Health Politics, Policies and Law*, vol.15, nº 1.