

## II. El cuidado de las personas mayores dependientes

### 1. ¿Una responsabilidad individual o colectiva?

En todas las sociedades ha habido siempre personas mayores que han necesitado de la ayuda de otros para poder realizar las actividades cotidianas que hemos señalado en el capítulo anterior (comer, vestirse, bañarse...). Sin embargo, desde mediados del siglo xx, el modo en que se ha dado respuesta a las necesidades de cuidados de estas personas ha experimentado cambios importantes en los países desarrollados.

Hasta bien entrado el siglo xx, en todos los países sin excepción, los familiares de las personas mayores dependientes eran los principales responsables de que éstas recibieran los cuidados necesarios (Montgomery, 1999). Aunque el origen concreto de esta responsabilidad fuera distinto en las diferentes sociedades, en todos los casos intervenían motivos morales y/o económicos. En cuanto a los primeros, señalar que la mayoría de tradiciones culturales (religiosas o civiles) enfatizaban, y siguen enfatizando, la responsabilidad para con la familia. Por su parte, el motivo económico que en mayor medida estimulaba a que los familiares se hicieran cargo de las personas dependientes era la herencia. En efecto, debido a que las personas mayores eran las propietarias de la mayoría de activos familiares (tierras, casa...), la posibilidad de heredar actuaba como un incentivo que estimulaba a los descendientes de la persona mayor dependiente a proporcionar a ésta los cuidados que necesitara. Por supuesto, los lazos emocionales que unían a los

miembros de una familia también generaban, en muchas ocasiones, los incentivos a proporcionar la asistencia requerida.

En cualquier caso, con independencia de cuál de los anteriores motivos fuera el más importante, lo cierto es que la mayoría de personas mayores tenían en su familia algo parecido a un seguro. Así, el riesgo que suponía para un individuo la posibilidad de ser dependiente, era cubierto por la familia de éste. Dicho riesgo no era, sin embargo, el único contra el que «aseguraba» la familia. También la pérdida de ingresos que comportaba la imposibilidad de trabajar a partir de cierta edad, era cubierta por las aportaciones de otros miembros más jóvenes. De hecho, todo un conjunto de riesgos que podían suponer una pérdida de bienestar para los individuos (enfermedad, dependencia, desempleo...) eran asegurados mediante la puesta en común de los recursos económicos y humanos de la familia. Cuando los individuos carecían de ésta, el Estado y algunas órdenes religiosas, con intensidad variable según los países, proporcionaban cierta ayuda. En el caso concreto de las personas mayores dependientes, los antiguos «hogares para pobres» constituyen un ejemplo paradigmático a este respecto.

En el caso de los países desarrollados, esta situación empezó a cambiar a principios del siglo xx con el advenimiento de los primeros programas de bienestar social, que acabarían configurando con el paso de los años los Estados de Bienestar que hoy conocemos. Aunque con tiempos de desarrollo distintos, a mediados de siglo todos los países desarrollados contaban con sistemas públicos y universales de pensiones y desempleo, además de sistemas sanitarios que proporcionaban cobertura médica a casi toda la población. Así pues, tres de los riesgos que aludíamos anteriormente (el cese de la actividad laboral por vejez, el paro y la enfermedad), a los que hasta entonces se había hecho frente mediante los recursos económicos de la familia, pasaron a tener una consideración de «riesgo social»: esto es, cuando éstos se producían, el Estado pasó a encargarse de proporcionar la ayuda necesaria a los individuos afectados, financiando los gastos que ello comportara mediante ingresos procedentes de impuestos o cotizaciones sociales.<sup>(1)</sup>

(1) Las causas que explican el porqué de estos cambios son múltiples, entremezclándose factores políticos y económicos que, además, se manifiestan de un modo diferente en los distintos países. El lector interesado puede encontrar una interesante perspectiva general sobre estas cuestiones en Tortella (2000).

Sin embargo, en el caso del riesgo que aquí más nos interesa analizar, el de dependencia, los cambios fueron mucho menos importantes, excepto en algunos pocos países, y más tardíos. Así, no fue hasta finales de los años sesenta, y únicamente en los países escandinavos (Kalish *et al.*, 1998), cuando el Estado pasó a responsabilizarse de los cuidados requeridos por todas las personas mayores dependientes, al margen de cuál fuera su situación económica y familiar. Frente a este enfoque «universalista», en el que los cuidados de larga duración se concebían como un derecho inherente a la condición de ciudadano, la Administración en el resto de países desarrollados siguió aplicando una lógica «asistencialista». Bajo este segundo enfoque, por tanto, la actuación del Estado continuó siendo de carácter subsidiario: esto es, únicamente se producía cuando la persona mayor dependiente carecía de apoyo familiar y/o de recursos económicos. No obstante, en los últimos años, otros dos países han adoptado un enfoque universalista en materia de cuidados de larga duración: Alemania (en 1996) y Japón (en 2000). En el resto de países desarrollados, entre los que se encuentra España, la implicación del Estado sigue siendo actualmente de tipo asistencialista. Así pues, a diferencia de los otros riesgos anteriormente apuntados, únicamente el de dependencia ha sido socializado en algunos países y, aun en esos pocos casos, de un modo muy reciente. Varias son las causas que, a nuestro juicio, explicarían dicho fenómeno.

En primer lugar, el Estado de Bienestar empieza a consolidarse en los distintos países en un momento, tras la Segunda Guerra Mundial, en que las sociedades desarrolladas se estructuraban de un modo distinto al actual (Esping-Andersen, 1999). En concreto, el modelo social imperante reservaba a la mujer un papel más bien pasivo en el mercado de trabajo, siendo el marido el encargado de procurar los ingresos necesarios para el mantenimiento de la unidad familiar. Asimismo, la mujer solía ser la responsable de realizar las distintas actividades del hogar, entre las que se encontraban el cuidado de los niños y de los ancianos.<sup>(2)</sup> En este contexto, cuando los distintos países se decidieron a socializar algunos riesgos hasta entonces individuales, se optó por dar prioridad a aquellos cuya cobertura familiar se reve-

(2) En los años cincuenta, y en países tan desarrollados como EE.UU., el Reino Unido, Finlandia o Noruega, el porcentaje de personas mayores que vivían en la misma casa que sus hijos oscilaba entre el 30% y el 50% del total (Esping-Andersen, 1999: 54).

laba más complicada. Así, en el caso de las pensiones y del subsidio de paro, los sistemas desarrollados suponían un flujo de ingresos estable cuando el cabeza de familia veía interrumpida temporal (paro) o permanentemente (vejez) su actividad laboral. Por su parte, en el caso de los servicios sanitarios, de lo que se trataba era de permitir que todo el mundo, independientemente de su nivel de ingresos, pudiera disfrutar de una asistencia sanitaria que hasta ese momento resultaba demasiado cara para la mayoría de familias. Sin embargo, debido a las bajas tasas de actividad femenina, se consideró que el riesgo de dependencia podía seguir siendo cubierto por las familias, sin que ello supusiera una pérdida de bienestar excesiva, por dos motivos: por un lado, porque a diferencia de los servicios sanitarios, los cuidados de larga duración podían ser proporcionados de un modo bastante satisfactorio por los familiares de la persona dependiente; por otro lado, porque los principales encargados de proporcionar dichos cuidados, las mujeres, que no trabajaban en su mayoría, podían asumir dicha responsabilidad sin que ello supusiera una pérdida de ingresos para la familia.

En segundo lugar, hacia los años cincuenta, cuando se estaba configurando el Estado de Bienestar en los distintos países, las poblaciones tenían una estructura de edad también distinta a la actual. En aquellos momentos, el envejecimiento demográfico no constituía un problema: tras la Segunda Guerra Mundial, las tasas de natalidad habían experimentado un crecimiento espectacular (el famoso «baby-boom»), y el porcentaje de personas mayores de 65 años no llegaba al 10% de la población en ningún país. Asimismo, el peso poblacional de los más ancianos (mayores de 80 años), que, recordemos, es el colectivo que concentra un mayor número de personas dependientes, era aún menor. Ante esta situación, es lógico que el riesgo de dependencia no figurara entre las prioridades de los distintos gobiernos, y que se optara por socializar otros riesgos que afectaban a un mayor número de personas.

Los dos factores anteriores explicarían por qué no se consideró la dependencia como riesgo a asegurar socialmente en los primeros momentos de gestación del Estado de Bienestar. Sin embargo, como señalamos anteriormente, a partir de finales de los años sesenta, algunos países se decidieron a universalizar la cobertura del riesgo de dependencia. Pero, ¿por qué lo hicieron? Responder a esta pregunta resulta complicado, pues no sólo son

múltiples los factores que intervienen en la socialización de un riesgo, sino que también la importancia de estos factores es probable que varíe de unos países a otros. Trataremos, sin embargo, de señalar algunos elementos que, en nuestra opinión, jugaron un papel importante en dicho proceso.

Un primer elemento fue, sin lugar a dudas, el progresivo envejecimiento demográfico que empezó a producirse ya en los años sesenta. El peso electoral de las personas mayores aumentaba en todos los países desarrollados y, en algunos de ellos, este hecho propició que la agenda de los gobiernos empezara a ser más sensible a los problemas que podían empezar a afectar a un número mayor de electores. Simultáneamente, en el caso de los países escandinavos, en los que el Estado de Bienestar se había consolidado en mayor grado, se tenía la convicción de que el desarrollo definitivo de las nuevas estructuras de bienestar exigía reconsiderar el papel que las mujeres debían jugar en la sociedad. En concreto, ante la emergente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, se tuvo claro que para que ésta fuera plena, el Estado debía desarrollar mecanismos que permitieran compatibilizar esa nueva dimensión laboral con las actividades que las mujeres habían realizado tradicionalmente en el interior de los hogares. Así, puesto que una de esas actividades era el cuidado de los ancianos dependientes, la respuesta que cabía dar era evidente: permitir que toda la población anciana, cuando lo necesitara, pudiera utilizar los servicios públicos destinados a las personas mayores dependientes (ayuda a domicilio, residencias...). Se logró, de ese modo, compatibilizar los dos objetivos que se perseguían: por un lado, lograr una mayor autonomía de las mujeres, y por otro, responder a la creciente demanda de servicios de un colectivo, el de personas mayores, que estaba ganando peso en la sociedad.

En el caso de los dos países que han socializado el riesgo de dependencia más recientemente, que recordemos son Alemania y Japón, las causas que hay detrás de ambos procesos son distintas a las que acabamos de señalar para los países nórdicos. En Alemania, a principios de los noventa, los gobiernos locales, que eran y siguen siendo los encargados de proveer la mayor parte de los cuidados de larga duración financiados públicamente, empezaron a tener serias dificultades para hacer frente a una demanda que crecía incesantemente debido al envejecimiento demográfico. Es más, esta

demanda no provenía ya únicamente de personas mayores que carecían de medios económicos, hasta entonces los tradicionales solicitantes de la ayuda pública, también las clases medias trataban de acceder a los servicios públicos, incapaces de pagar los elevados precios de los servicios ofrecidos por el sector privado. Simultáneamente, el aumento en las tasas de ocupación femenina que se había ido produciendo en los últimos años, dificultaba en muchos casos la solución familiar. Ante esta situación, los gobiernos locales presionaron al gobierno federal para que tomara alguna medida. La solución tomada por éste fue, como ya hemos señalado, incorporar la dependencia a los otros riesgos ya cubiertos por el sistema de seguridad social (desempleo, pensiones y enfermedad).

En Japón, por su parte, los motivos que han llevado al reciente desarrollo de un seguro público de dependencia no son muy distintos a los del caso alemán. Así, el hecho de que el país nipón sea el más envejecido del mundo ha supuesto, sin ninguna duda, un acicate para que el gobierno se decidiera a actuar en la dirección en que lo ha hecho. Asimismo, a pesar de que Japón ha sido y continúa siendo un país con profundas convicciones familiares, también la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha puesto en tela de juicio la sostenibilidad de un modelo de atención basado casi exclusivamente en la responsabilidad familiar.

Como decíamos anteriormente, excepto en los países escandinavos, Japón y Alemania, en el resto de países de la OCDE la intervención del Estado en materia de cuidados de larga duración sigue siendo hoy en día de carácter asistencialista. Pero, ¿por qué?

En primer lugar, porque hasta hace muy pocos años, los países no han tenido la percepción de que uno de los retos sociales que supone el incipiente proceso de envejecimiento demográfico sea el relativo a los cuidados de larga duración. Así, a principios de los años ochenta, cuando los países desarrollados debatían sobre el futuro del Estado de Bienestar,<sup>(3)</sup> el énfasis se puso en la sostenibilidad de aquellos programas que estaban ya consolidados (pensiones y sanidad). En el fondo, se seguía considerando que la familia, como hasta entonces, podía seguir responsabilizándose de las personas

(3) Véase *El Estado de Bienestar en crisis* (OCDE, 1981).

mayores dependientes. De hecho, en la mayoría de países, las tasas de actividad de las mujeres de más de 40 años, que eran las que podían verse obligadas a cuidar de sus padres o suegros, no eran muy superiores a las registradas en épocas anteriores. Asimismo, en un momento en que la mayoría de Estados tenía problemas para acomodar los ritmos de crecimiento del gasto público a la evolución de los ingresos, no resultaba muy oportuno aumentar el conjunto de las responsabilidades ya adquiridas.<sup>(4)</sup>

Además de esta confianza en la sostenibilidad de la «solución familiar» y de las estrecheces presupuestarias, existe otro factor que probablemente explique por qué los Estados siguieron tratando la cuestión de los cuidados de larga duración desde una perspectiva asistencialista: el papel del mercado. En efecto, aunque hasta ahora nos hemos referido exclusivamente a la familia y al Estado como únicos candidatos capaces de dar respuesta a las necesidades de las personas mayores dependientes, lo cierto es que el mercado también puede jugar un papel importante en este sentido. Sin ir más lejos, en el caso de nuestro país, más del 60% de las plazas en residencias están ocupadas por personas mayores que pagan íntegramente de su bolsillo los servicios que en ellas se les presta. Y esta situación, lógicamente, no es en absoluto una peculiaridad española. Además de esta modalidad de provisión privada, en algunos países distintos al nuestro (especialmente en EE.UU.), el sector privado también ha desarrollado diversos tipos de seguros que cubren específicamente del riesgo de dependencia a sus suscriptores. En cualquier caso, lo importante es señalar que la familia y el Estado no constituyen las únicas alternativas de que disponen los individuos para obtener los cuidados de larga duración que puedan necesitar. Así, ante el riesgo de dependencia, además de la cobertura que pueden ofrecer el Estado o la familia, los sujetos también tienen la posibilidad de responsabilizarse individualmente de ese riesgo y, cuando éste acontece, pagar para que alguien en el mercado les proporcione los cuidados necesarios.<sup>(5)</sup>

En suma, como hemos podido comprobar tras este breve recorrido histórico, los distintos países han ido desarrollando a lo largo del tiempo fórmulas

(4) Hay que añadir, sin embargo, que no era éste el caso de España. Por aquel entonces, como argumenta Comín (1996), nuestro país más bien empezaba a sentar las bases de lo que se considera debe ser un Estado de Bienestar moderno.

(5) En el pago de esos servicios, como es obvio, la persona dependiente puede recibir ayuda por parte de sus familiares.

diversas para hacer frente a las necesidades de cuidados que precisan las personas mayores dependientes. Desde una perspectiva conceptual, los distintos modelos de cuidados de larga duración pueden entenderse como combinaciones variables del papel que en cada caso se otorga a la familia, al Estado y al mercado. Asimismo, hay que añadir que en todos los países cada uno de estos tres agentes juega algún papel. De hecho, también en los países que han optado por universalizar el riesgo de dependencia, las familias continúan proporcionando una parte muy importante de los cuidados de larga duración.

Aunque las soluciones adoptadas por los diferentes países sean distintas, lo cierto es que todos ellos se enfrentan a un futuro que viene marcado por dos fenómenos comunes. Por un lado, como ya señalamos en el capítulo anterior, el número de personas mayores crecerá en los próximos años en todos los países. Así pues, en términos estrictamente cuantitativos, el problema de la dependencia ganará en importancia. Por otro lado, las tasas de actividad de las mujeres de más de 40 años, que como veremos más adelante son las que mayoritariamente se han encargado en todas partes de cuidar de las personas mayores dependientes, seguirán aumentando en la mayoría de países en los próximos años.

Ante esta situación, no es extraño que muchos países se hayan empezado a plantear, cada uno desde su particular punto de partida, cómo combinar en el futuro las tres piezas (familia, Estado y mercado) que intervienen en la satisfacción de las necesidades de las personas mayores dependientes. Ofrecer una respuesta a este respecto no es sencillo. Además de la cuestión fundamental sobre la responsabilidad a la que nos venimos refiriendo, existen otros aspectos a tratar. Por poner sólo algunos ejemplos: suponiendo que se opte por un seguro público de dependencia, ¿deberíamos compensar monetariamente a aquellas familias que, pese al seguro, prefieren seguir cuidando ellas mismas a sus mayores? ¿Debería el Estado cobrar a los usuarios de los servicios públicos parte del coste de éstos, como ya se hace en los países nórdicos? ¿Cómo los distintos servicios existentes (ayuda a domicilio, centros de día, residencias...) deberían combinarse para ofrecer una asistencia adecuada a las necesidades de los ancianos? En el próximo apartado analizaremos cómo se está dando respuesta a éstas y a otras cuestiones en algunos países de nuestro entorno.



## 2. Breve panorámica internacional de los cuidados de larga duración

### Características de un modelo de cuidados de larga duración

Ya hemos visto que la familia, el Estado y el mercado constituyen los tres pilares sobre los que pueden descansar los cuidados de larga duración de un país. No obstante, además de la cuestión de quién se responsabiliza en mayor medida de esos cuidados, hay otros elementos igualmente importantes que ayudan a caracterizar cómo se organiza la asistencia a las personas mayores dependientes en los distintos países. En concreto, desde una perspectiva económica, esos otros elementos son los siguientes: *i)* ¿quiénes y cómo van a aportar los recursos económicos necesarios para financiar los servicios que las personas dependientes puedan necesitar (financiación)?, y *ii)* ¿cuáles van a ser esos servicios y quién los va a proveer (provisión)?

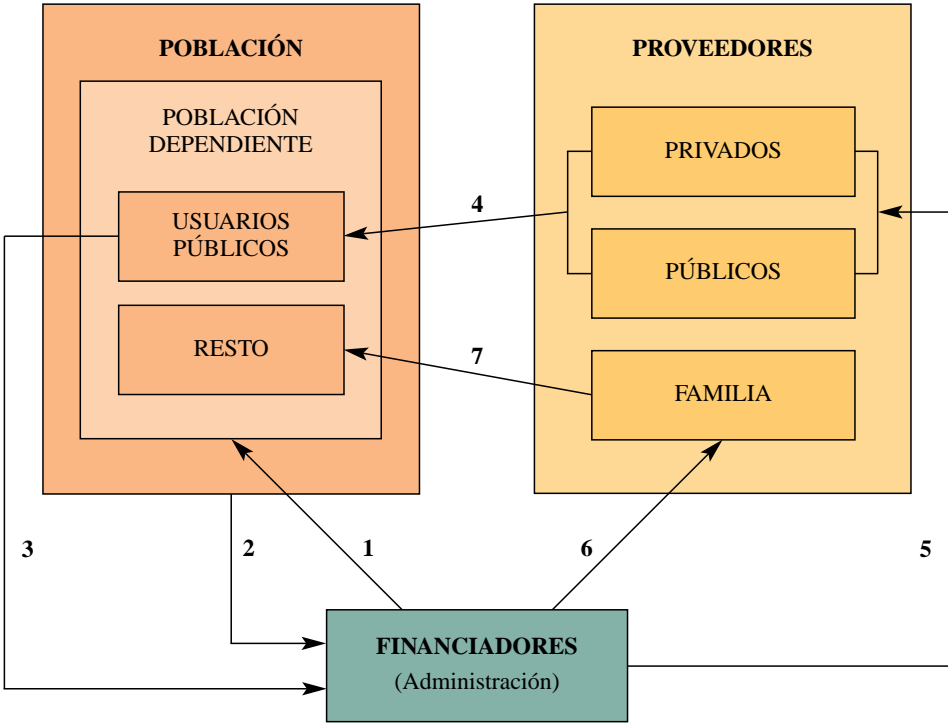
Tener que responder a estas cuestiones no es algo a lo que hayan tenido que enfrentarse únicamente las sociedades actuales. Así, si nos remontamos hasta esa época, no muy remota, en que las familias eran las únicas responsables de los cuidados de larga duración, nos damos cuenta de que dichas sociedades ya financiaban y proveían los cuidados de larga duración de un modo concreto. Empezando por la provisión, está claro que los «servicios» eran básicamente de carácter domiciliario: las mujeres se encargaban de cuidar, en el interior del hogar, a las personas mayores dependientes. Evidentemente, estos cuidados tenían un coste: las mujeres, mientras cuidaban a los ancianos, dejaban de hacer otras actividades igualmente importantes para ellas. Asimismo, aunque estos costes no tenían un carácter monetario, está claro que parte de los mismos eran financiados a través de las herencias.

Actualmente, sin embargo, las cosas son mucho más complejas. En todos los países, además de la familia, también el Estado y el sector privado están involucrados tanto en la financiación como en la provisión de los cuidados de larga duración. Dejando a un lado por un momento aquellos flujos de dinero (financiación) y de servicios (provisión) que tienen lugar en el mercado, y también la ayuda proporcionada por las familias, el gráfico 2.1

trata de caracterizar los distintos modos en que actualmente intervienen las administraciones de los países desarrollados en la financiación y la provisión de los cuidados de larga duración.

Gráfico 2.1

**EL PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA FINANCIACIÓN Y PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN**



- 1. Cobertura (universal o asistencial)
- 2. Cotizaciones y/o impuestos
- 3. Copagos
- 4. Servicios formales
- 5. Pagos (presupuestos o tarifas)
- 6. Transferencias en metálico
- 7. Cuidados informales

Fuente: Elaboración propia.

El primer elemento que aparece en el gráfico (flecha 1) hace referencia al grado de cobertura que la Administración ofrece a sus ciudadanos en materia de cuidados de larga duración. Por grado de cobertura, en este contexto, hay que entender el tipo de enfoque que aplica el sector público: universalista o asistencialista. En el primer caso, los usuarios potenciales de los servicios públicos serán todas aquellas personas que exhiban cierto nivel de necesidad de cuidados (por ejemplo, ayuda en dos actividades de la vida diaria –AVDs– o más), sea cual sea su situación económica o familiar. En el segundo caso, además de algún criterio sobre el grado de incapacidad funcional, se requerirá a los potenciales beneficiarios de los servicios públicos que carezcan de medios económicos y/o familiares.

En uno y otro caso, sin embargo, facilitar los servicios públicos que se estimen oportunos costará dinero a la Administración (ayuda a domicilio, residencias...). Ésta, en todos los países, obtiene los fondos necesarios de dos formas distintas: por un lado, mediante impuestos o cotizaciones (flecha 2), y por otro, mediante aportaciones (copagos) que deben satisfacer los usuarios de los servicios públicos (flecha 3).

En cuanto a la provisión de servicios públicos (flecha 4), ésta pueden realizarla tanto agentes públicos como privados. En contraprestación por sus servicios, la Administración paga a unos y otros las tarifas que se estimen oportunas en cada caso (flecha 5).

En muchos países, además de satisfacer las necesidades de atención de las personas dependientes financiando distintos servicios, la Administración también contempla la posibilidad de hacer efectiva la responsabilidad que haya asumido (universal o asistencial) mediante transferencias en metálico a las familias que cuidan de sus ancianos (flecha 6). Cuando éstas existen, suponen una especie de «compensación» a las familias beneficiarias por el denominado apoyo informal que éstas proporcionan (flecha 7).

Aunque aparentemente inconexas, las cuestiones relativas a la financiación y a la provisión de los cuidados de larga duración están estrechamente vinculadas entre sí. Así, el volumen total de recursos necesarios (financiación) va a depender, entre otras cosas, de cuál sea la oferta relativa de los distintos tipos de servicios existentes (provisión), pues los costes de dichos servicios

(atención domiciliaria, centros de día, residencias...) difieren entre sí. Asimismo, la forma en que se remunera a los proveedores (sistemas de pago) puede alterar tanto la calidad como el tipo de servicios que éstos ofrecen.<sup>(6)</sup>

Aun siendo bastante detallado, el gráfico anterior sólo captura parcialmente la complejidad del conjunto de flujos de dinero y de servicios que realmente se dan en los sistemas de cuidados de larga duración públicos de los distintos países. En todos ellos, como tendremos ocasión de comprobar más adelante, existe un elemento común que añade complejidad al entramado: la concurrencia simultánea de varios niveles de gobierno (central, regional y local) tanto en la financiación como en la provisión de los distintos servicios.<sup>(7)</sup>

No obstante, como ya sabemos, la Administración no es el único agente que interviene en los cuidados de larga duración. Los individuos también pueden obtener dichos servicios en el mercado. Cuando esto sucede, los distintos flujos de dinero y servicios que tienen lugar se esquematizan en el gráfico 2.2. En la mayoría de países, donde los seguros privados de dependencia están poco o nada desarrollados, las cosas son sencillas: a cambio de los servicios que reciben (flecha 1), ya sean éstos ayuda a domicilio, una residencia o un centro de día, los individuos (consumidores) pagan unos precios determinados (flecha 2). Cuando existen seguros, sin embargo, aparecen nuevas relaciones y agentes. En particular, las compañías de seguros ofrecen pólizas de dependencia a los consumidores. Estas pólizas, lógicamente, difieren en cuanto al grado de cobertura que proporcionan (flecha 3), estableciendo condiciones distintas sobre cuáles son los servicios cubiertos (ayuda a domicilio, residencias...) y/o con qué intensidad (por ejemplo, cierto número de horas a la semana de ayuda a domicilio). Según sea esta cobertura, los suscriptores pagan unas primas u otras (flecha 4). Asimismo, además de estas primas, cuando el riesgo de dependencia se materializa y los suscriptores necesitan utilizar los servicios, lo habitual es que también deban

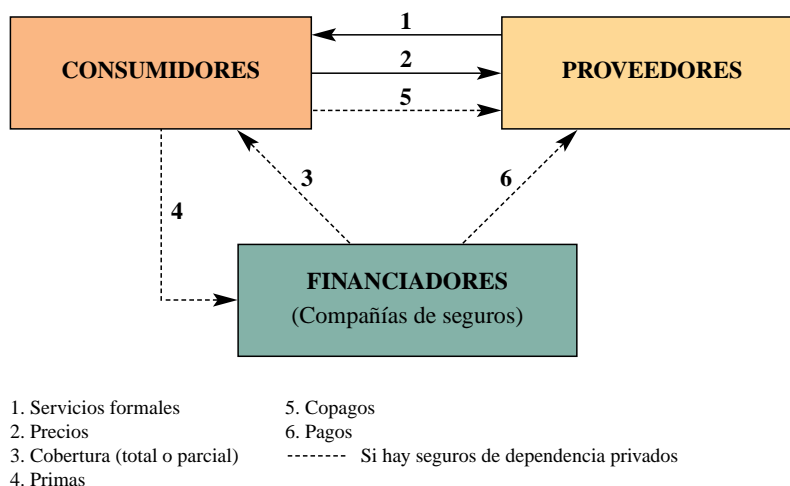
(6) Véase, para una discusión detallada sobre los sistemas de pago a los proveedores, Martínez Zahonero (2000).

(7) En el caso de España, por ejemplo, la ayuda a domicilio es una competencia de carácter municipal: son las corporaciones locales las que determinan las condiciones de acceso al servicio, los copagos impuestos a los usuarios y las tarifas con que se remunera a los proveedores (propios o concertados) de esta modalidad de ayuda. Por su parte, los servicios residenciales suelen ser gestionados por las CC.AA., aunque parte de la provisión se suele contratar a residencias que pertenecen a las corporaciones locales.

contribuir a financiar una parte del coste de los mismos (flecha 5). El resto del coste, obviamente, lo financian las compañías de seguros mediante los sistemas de pago que hayan acordado con los proveedores de los servicios (flecha 6).

Gráfico 2.2

## PROVISIÓN Y FINANCIACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL MERCADO



Fuente: Elaboración propia.

Si bien no aparece en el gráfico 2.2, lo cierto es que la Administración suele intervenir en el funcionamiento del mercado de cuidados de larga duración de dos formas distintas. Por un lado, al igual que hace en muchos otros mercados, también en el de cuidados de larga duración establece algunas normas que los potenciales oferentes (proveedores o compañías de seguros) deben cumplir para poder operar en el mismo (calidad de los centros residenciales, solvencia de las compañías de seguros...). Por otro lado, en bastantes países, suelen existir deducciones fiscales para los individuos que compran servicios privados, o también, cuando los hay, seguros de dependencia.

Además de a través del Estado (gráfico 2.1) y del mercado (gráfico 2.2), no hay que olvidar que los países también pueden dar respuesta a las necesidades de atención de las personas mayores dependientes mediante la alternativa asistencial que suponen los cuidados de larga duración provistos por las familias. Así, si se añade esta alternativa familiar a los distintos elementos recogidos en las dos figuras anteriores, uno obtiene una idea bastante precisa de cuáles son los ingredientes que caracterizarían cómo es el modelo de cuidados de larga duración de un determinado país. Éstos serían los siguientes. En primer lugar, el modo en que la Administración de ese país determina a quiénes van destinados los servicios públicos, cuáles son dichos servicios, quién los provee y cómo se financian. En segundo lugar, cuál es el papel que en dicho país juega el mercado de cuidados de larga duración y cómo funciona éste (qué servicios se proveen, a qué precios, si hay o no seguros...). Y, por último, qué importancia tienen las familias en la provisión de los cuidados de larga duración.

Aunque según lo anterior no son muchos los elementos a considerar para caracterizar los modelos de cuidados de larga duración de los distintos países, lo cierto es que las fuentes de información disponibles no permiten abordar esta tarea más que de un modo bastante superficial. Así, los sucesivos intentos realizados en este sentido por diversos organismos internacionales (Unión Europea, OCDE...) se han saldado con un relativo fracaso: en algunas ocasiones, los países consultados por los encargados de elaborar los informes internacionales no disponen de la información que se les pide; en otras, cuando sí existe información, ésta es demasiado heterogénea como para poder realizar comparaciones fiables entre los distintos países.<sup>(8)</sup> Ante esta situación, los apartados que siguen no pueden ser vistos como un intento de ofrecer una descripción detallada de los distintos modelos de cuidados de larga duración vigentes a nivel internacional. Nuestra intención es otra. En concreto, utilizando los diferentes elementos que hemos ido introduciendo hasta el momento (modos de provisión, formas de financiación...), se realiza una aproximación panorámica que trata de esbozar las grandes tendencias

(8) Así, Pacolet *et al.* (1999), coordinadores de un reciente informe encargado por la UE para analizar las distintas respuestas ofrecidas por los Estados miembros en materia de CLD, llegan al extremo de apuntar entre sus principales conclusiones la siguiente: «...la necesidad de generar más y mejor información sobre el modo en que se financian y proveen los CLD en los distintos países».

que se observan a nivel internacional en cuanto a la provisión y financiación de los cuidados de larga duración.

## Provisión

### **Las peculiaridades de los cuidados de larga duración**

Los cuidados de larga duración serían, en un sentido amplio, todas aquellas actividades que se llevan a cabo con el propósito de que las personas mayores dependientes puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible. Así pues, ayudar a una persona mayor a comer, a vestirse o a bañarse, serían todas ellas actividades que cabría conceptualizar como cuidados de larga duración. La principal característica de los cuidados de larga duración, de ahí su nombre, es que se desarrollan durante períodos de tiempo prolongados. Así, por ejemplo, cuando una persona mayor sufre un infarto cerebral que le ocasiona una pérdida de movilidad, lo más habitual es que durante el resto de su vida requiera de la ayuda de otras personas para realizar cierto número de actividades de la vida diaria (AVDs). Otra característica de los cuidados de larga duración, que diferencian a éstos de los cuidados médicos con los que suelen confundirse, es que pueden ser dispensados sin grandes requerimientos tecnológicos. Así, por ejemplo, para que alguien pueda ayudar a comer a una persona mayor, no se necesita tener unos conocimientos específicos ni tampoco un instrumental sofisticado. De hecho, esa ausencia de grandes requerimientos tecnológicos, tanto humanos como materiales, es lo que permite que los cuidados de larga duración puedan ser provistos por los familiares de la persona dependiente.

Sin embargo, cuando el grado de dependencia de la persona mayor aumenta, los cuidados de larga duración se vuelven también más intensivos: esto es, la ayuda se requiere de un modo más continuado. Cuando eso ocurre, las personas encargadas de proporcionar los cuidados deben permanecer mucho tiempo junto al individuo dependiente. Esa continuidad, precisamente, es la que determina que el componente residencial sea de crucial importancia en los cuidados de larga duración (Stone, 2000). Así, cuando los cuidados de larga duración se requieren con mucha frecuencia, su provisión suele exigir que cuidador y persona mayor dependiente residan en el mismo lugar.

Los cuidados de larga duración no son, sin embargo, el único tipo de asistencia que requieren las personas mayores dependientes. Como vimos en el capítulo anterior, los problemas de salud, y más concretamente el padecimiento de enfermedades crónicas (artritis, demencia, diabetes...), son los que desencadenan los problemas de dependencia en muchas ocasiones. Debido a ello, las personas mayores dependientes acostumbran a necesitar de la asistencia sanitaria con una frecuencia muy superior a la del resto de la población.

En suma, desde un punto de vista asistencial, las necesidades de las personas mayores dependientes son básicamente de dos tipos: cuidados de larga duración y asistencia sanitaria. No obstante, como se puede apreciar en el gráfico 2.3, la satisfacción de estas necesidades se lleva a cabo de múltiples formas en los países desarrollados. En el caso de los cuidados de larga duración, como ya hemos visto, las familias pueden optar por proveer ellas directamente la ayuda que requiere la persona dependiente (apoyo informal). Si esa es la opción, lógicamente, la atención sanitaria que la persona mayor pueda necesitar se hará efectiva a través de los servicios sanitarios que utiliza el resto de la población (atención primaria y hospitales).

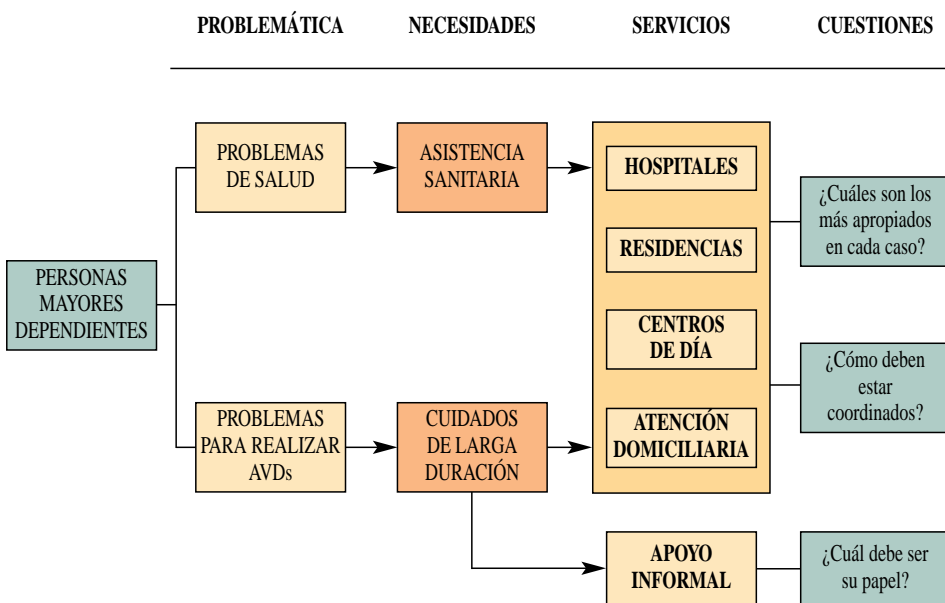
A diferencia del apoyo informal, que únicamente proporciona cuidados de larga duración, el resto de «servicios formales» que se ofrecen hoy en día a las personas mayores dependientes proporcionan, con intensidad variable, tanto este tipo de cuidados como asistencia sanitaria. No obstante, entre los distintos tipos de servicios formales que aparecen en el gráfico 2.3, cabe establecer algunas diferencias fundamentales.

La primera de ellas tiene que ver con cómo se trata en cada caso el componente residencial, que como veíamos anteriormente constituye un elemento fundamental en los cuidados de larga duración. En este sentido, las respuestas que ofrecen los distintos servicios son de dos tipos.

Por un lado, en el caso de la atención domiciliaria y de los centros de día, la asistencia se presta a personas dependientes que siguen residiendo en sus hogares. De hecho, como bien indica su denominación en inglés («community care»), ambos servicios comparten el objetivo de intentar mantener, en la medida de lo posible, a las personas mayores dependientes en su entorno habitual.



## LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES



AVDs: Actividades de la vida diaria.

Por otro lado, en el caso de las residencias y de los hospitales, su utilización por parte de las personas mayores dependientes implica que éstas abandonen su casa, y pasen a vivir en una u otro tipo de instituciones (de ahí el nombre en inglés de este tipo de servicios: «institutional care»). Esta «institucionalización», sin embargo, no es siempre permanente. De hecho, en el caso de los hospitales, no debería serlo. Así, las camas hospitalarias de larga estancia son, en sentido estricto, un recurso orientado a ofrecer asistencia sanitaria cuando existen complicaciones prolongadas en el estado de salud, aunque lógicamente también se proporcionan cuidados de larga duración a los pacientes ingresados si éstos los necesitan. No obstante, cuando las complicaciones en el estado de salud desaparecen, no parece que mantener ingresada a la persona mayor dependiente sea lo más adecuado. Tampoco en el caso de las residencias, los ingresos tienen por qué ser permanentes. En muchos países, entre los

que se incluye España, algunas residencias destinan parte de sus plazas a estancias temporales; bajo esta modalidad, la persona dependiente ingresa durante un plazo limitado de tiempo, por ejemplo dos meses, con el propósito de que los cuidadores habituales puedan aliviar la tensión acumulada.

Los distintos servicios disponibles, sin embargo, no se diferencian entre sí únicamente por el hecho de que algunos implican la institucionalización de la persona mayor dependiente y el resto no. De hecho, pese a que en el gráfico 2.3 sólo hemos contemplado cuatro tipos de servicios, lo cierto es que cada uno de esos tipos adopta en realidad múltiples concreciones distintas.<sup>(9)</sup> Por ejemplo, la atención domiciliaria puede incluir, además de los cuidados de larga duración propiamente dichos (ayuda en las AVDs), distintos grados de asistencia complementaria (fisioterapia, cuidados de enfermería...). Asimismo, en el caso de los centros de día, éstos pueden diferir entre sí en cuanto a la naturaleza de las actividades que en ellos se desarrollan (rehabilitación, control de síntomas...), o también en cuanto al tipo de personas a los que van destinados (por ejemplo, sólo personas mayores dependientes aquejadas de demencias). Tampoco las residencias constituyen una categoría homogénea: así, mientras algunas de ellas son poco más que hoteles, otras cuentan con servicios médicos permanentes, fisioterapeutas y animadores culturales.

Más allá de las especificidades señaladas, esta pluralidad de formas de provisión, que se observa tanto en los servicios públicos como en los privados de todos los países, suscita dos cuestiones fundamentales: ¿cuándo habría que utilizar cada uno de los distintos servicios formales disponibles? ¿cómo deberían coordinarse entre sí? A este respecto, como veremos en los próximos apartados, las respuestas de los países desarrollados se han ido modificando a lo largo del tiempo.

### **El «balance asistencial»**

Hasta bien entrados los años sesenta, en que empiezan a desarrollarse los primeros programas de atención domiciliaria en los países escandinavos, los únicos cuidados de larga duración formales que existían en los distintos

(9) El lector interesado puede encontrar una descripción detallada de los distintos servicios disponibles a nivel europeo en Pacolet *et al.* (1999: 67-90).

países eran los dispensados en residencias y hospitales (Kalish *et al.*, 1998). Hoy en día, sin embargo, la atención domiciliaria constituye un recurso asistencial presente en todos los países desarrollados (aunque, como veremos más adelante, con intensidad variable). Según Hennessy (1995), lo que provocó la expansión de la atención domiciliaria fue, de un lado, la convicción que se tenía de que ésta constituía una alternativa que iba ser preferida por la mayoría de personas mayores dependientes: entre poder seguir viviendo en sus hogares, debidamente atendidos, e ingresar en una residencia, parecía evidente cuál iba a ser la elección de los ancianos. También se pensó, de otro lado, que la atención domiciliaria resultaría una opción asistencial mucho menos costosa que seguir proporcionando los cuidados de larga duración, como hasta entonces, en hospitales y residencias.

Sin embargo, en los últimos años, la evidencia empírica ha obligado a moderar la euforia que provocó la atención domiciliaria en sus inicios. Así, como señala Hennessy (1995), la experiencia internacional demuestra que para reducir la utilización de las plazas residenciales de un modo sustancial, se requiere de una expansión de la atención domiciliaria de tal magnitud que, en general, los costes globales del sistema permanecen inalterados. Asimismo, en aquellos estudios que incorporan no sólo los costes sino también los beneficios de una y otra opción asistencial (atención domiciliaria y servicios residenciales), los resultados señalan que la atención domiciliaria sólo constituye una mejor alternativa en determinados casos (Jacobzone, 1999). En concreto, cuando los sujetos a cuidar exhiben un grado de dependencia moderado, sí es cierto que la ayuda a domicilio representa un modo de provisión más adecuado. Sin embargo, cuando el grado de dependencia aumenta, los papeles se invierten, pasando a ser la institucionalización del sujeto la opción más satisfactoria.<sup>(10)</sup>

(10) Los trabajos empíricos mencionados, y en general todos aquellos que tratan de evaluar la idoneidad de los distintos servicios comparando los beneficios y los costes de cada uno de ellos, parten del marco de análisis que ofrece un modelo teórico denominado de «balance asistencial» (*balance of care*). Según este enfoque, los beneficios y los costes de las distintas formas de provisión de CLD (atención domiciliaria, centros de día, residencias...) varían en función de cuáles sean las características de los individuos (grado de dependencia, estado de salud, situación familiar...). Hay que precisar, para evitar confusiones, que los beneficios y los costes que tratan de computar estos trabajos no son sólo monetarios. Se consideran «costes», por ejemplo, las pérdidas de ocio que asumen los cuidadores informales. Por su parte, en cuanto a los beneficios de las distintas formas de intervención, éstos se miden en términos del grado con que cada una de ellas satisface las necesidades asistenciales de los individuos dependientes. En Martínez Zahonero (2000), el lector interesado puede encontrar una buena caracterización del modelo de balance asistencial, así como de los resultados obtenidos en algunos de los trabajos empíricos que utilizan este enfoque.

Estos resultados, además de para replantear el papel que debería jugar la atención domiciliaria, han servido también para que los distintos países desarrollados enfoquen la cuestión de la provisión de los cuidados de larga duración de un modo distinto a como venía siendo habitual. Así, en un reciente estudio de la OCDE en que se preguntaba a los países miembros acerca del modo en que deberían proveerse los cuidados de larga duración (Jacobzone, 1999), la mayoría de respuestas enfatizaban la necesidad de contar con dispositivos asistenciales que combinaran distintos tipos de servicios. En el fondo, este planteamiento se basa en una idea muy sencilla: puesto que parece razonable pensar que las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes varían en función de las características de éstas (grado de dependencia, estado de salud, situación familiar...), disponer de una amplia gama de servicios constituye la mejor garantía de que se podrá dar la respuesta que más se adecue a cada situación particular. Este enfoque, al que se ha dado el nombre de «atención continuada» (*continuing care*), está teniendo importantes repercusiones sobre el modo en que actualmente se está organizando la provisión de los cuidados de larga duración a nivel internacional.

En primer lugar, y sin duda guiados por este nuevo paradigma, muchos países han optado por desarrollar nuevas formas de provisión (centros de día, estancias temporales...), cuyo principal propósito es el de aumentar la gama de respuestas asistenciales que el sistema puede ofrecer a las necesidades diversas de las personas mayores dependientes.

En segundo lugar, debido a la importancia que concede el enfoque de la atención continuada a la adecuación de los distintos servicios, se ha producido un replanteamiento a nivel internacional sobre el papel que deben jugar tanto residencias como hospitales (Hennessy, 1995). En cuanto a las primeras, como ya hemos señalado anteriormente, existe la impresión generalizada de que deberían constituir un recurso asistencial destinado a cubrir las necesidades de los individuos que exhibieran un mayor grado de dependencia. Asimismo, puesto que el propósito fundamental de las residencias tiene que ser proporcionar cuidados de larga duración a personas dependientes, se considera una anomalía el hecho de que en algunos países siga siendo importante el número de plazas que se ofrecen a personas totalmente independientes («válidos»). Una anomalía que tiene su origen, según Hennessy

(1995), en la persistencia entre algunas personas mayores de problemas de pobreza y vivienda no resueltos. Ante estos problemas, parece evidente que las políticas de pensiones asistenciales y de rehabilitación de viviendas constituyen soluciones más interesantes que las residencias para válidos. De hecho, como apunta el propio Hennessy, las mejoras registradas en los últimos años en esas otras soluciones no residenciales, explicarían por qué el número total de plazas para válidos ha disminuido en muchos países. Por su parte, en consonancia con el objetivo anteriormente señalado, las plazas para asistidos han aumentado en todos los países de la OCDE.<sup>(11)</sup>

También los hospitales han visto modificado su papel en la provisión de cuidados de larga duración durante estos últimos años. Así, de aquel escenario de los años cincuenta en que los hospitales se utilizaban, junto a las residencias, como un resorte capaz de proporcionar cuidados de larga duración cuando la familia no podía hacerlo, se ha pasado a uno nuevo en que las camas hospitalarias se conciben como un recurso destinado exclusivamente a individuos (dependientes o no) que requieren asistencia sanitaria. Esta nueva perspectiva es la consecuencia directa de los planteamientos anteriormente mencionados («continuidad asistencial»): cuando en un paciente ingresado desaparecen las complicaciones de salud que motivaron su ingreso, existen otros recursos distintos al hospital en los que proporcionar más eficientemente los cuidados de larga duración que esa persona necesita caso de ser dependiente. De hecho, según Hennessy (1995), esta percepción sobre la inadecuación de los hospitales como proveedores de cuidados de larga duración, unida al incremento de los costes sanitarios, habrían sido dos factores inductores de la expansión de los distintos servicios formales de cuidados de larga duración anteriormente referida (atención domiciliaria, centros de día...). Es más, en aquellos países donde la expansión de dichos servicios ha resultado menos intensa (como España), sigue resultando una prioridad el reducir la utilización inadecuada por parte de las personas mayores dependientes de las camas hospitalarias.

(11) A este respecto, cabe realizar una apreciación importante. A menudo, cuando se discute sobre cuáles son las tendencias internacionales en cuanto a la provisión de CLD, se señala el hecho de que muchos países han optado por un enfoque «desinstitucionalizador». No obstante, este término resulta equívoco. En todos los países de la OCDE (Hennessy, 1995), el número total de plazas residenciales para asistidos ha aumentado en los últimos años. Lo que sí es cierto, y de ahí el equívoco, es que el número de plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años ha disminuido en algunos países (en concreto, en aquellos que contaban con una oferta inicial más elevada).

## **Descentralización y problemas de coordinación sociosanitaria**

Veámos en el apartado anterior cómo la mayoría de países están apostando por el desarrollo de dispositivos asistenciales que incorporen múltiples servicios, pues existe la convicción de que dicha diversificación constituye la mejor garantía de que se podrá dar una respuesta lo más adecuada posible a las necesidades de los distintos individuos. Por ello, cuantificar correctamente esas necesidades constituye un requisito indispensable para que la diversificación de servicios surta los efectos deseados. A este respecto, como señala Jacobzone (1999), la orientación mayoritaria en los países de la OCDE ha sido la de situar a nivel local la gestión de los servicios públicos destinados a personas dependientes, por considerarse que los ayuntamientos podían valorar las necesidades de los individuos de un modo más preciso que otros niveles de gobierno superiores. El desarrollo de este enfoque descentralizador no ha exigido cambios importantes a nivel administrativo, pues las corporaciones locales ya eran de hecho las que tradicionalmente se venían encargando en casi todos los países de la asistencia social.

No obstante, la correcta valoración de las necesidades no constituye el único ingrediente necesario para que la diversidad de servicios acabe proporcionando respuestas asistenciales adecuadas. También es preciso que existan mecanismos de coordinación entre los distintos servicios que faciliten el tránsito de pacientes de unos a otros cuando las necesidades varían. Lógicamente, esta coordinación no debe producirse únicamente entre aquellos servicios específicamente destinados a proporcionar cuidados de larga duración (centros de día, atención domiciliaria, residencias...), sino también entre éstos y los servicios estrictamente sanitarios (atención primaria y hospitalaria). La necesidad de este segundo tipo de coordinación, que en el caso de nuestro país ha recibido el nombre de «coordinación sociosanitaria», tiene su origen en un hecho al que ya nos hemos referido anteriormente: muchas personas mayores dependientes padecen enfermedades crónicas que precisan, por un lado, de control y tratamiento durante sus fases estables y, por otro, de intervenciones de urgencia cuando se producen episodios agudos.

Aunque su necesidad resulta evidente, lo cierto es que la coordinación sociosanitaria continúa siendo una asignatura pendiente en la mayoría de países de la OCDE (Jacobzone, 1999). El establecimiento de mecanismos de

coordinación entre los servicios sanitarios y sociales ha resultado problemático por varios motivos. En primer lugar, se da la situación de que en muchos países uno y otro tipo de servicios son competencia exclusiva de dos niveles de gobierno distintos, correspondiendo a los ayuntamientos la gestión de los servicios sociales y a los gobiernos regionales (o al central) la de los servicios sanitarios. Debido a ello, a los problemas técnicos que de por sí plantea coordinar a profesionales cuya actividad responde a lógicas distintas (personal sanitario y trabajadores sociales), se añaden las dificultades que siempre surgen cuando hay que tomar decisiones en las que varias instituciones están implicadas. Por otro lado, excepto en aquellos pocos países donde se ha optado por universalizar no sólo la asistencia sanitaria sino también los cuidados de larga duración, el acceso a uno y otro tipo de servicios es asimétrico para el conjunto de la población: total en el caso de los servicios sanitarios, restringido a los ciudadanos pobres en el caso de los cuidados de larga duración. En ese contexto, la coordinación sociosanitaria resulta un objetivo más difícil de alcanzar porque ésta debe establecerse de un modo fragmentario.

En los países escandinavos, además de por haber optado por un enfoque universalista en la provisión de cuidados de larga duración, la coordinación sociosanitaria se ha visto facilitada por algunas reformas emprendidas en los últimos años tendentes a situar en el mismo nivel de gobierno gran parte de los servicios sanitarios y sociales (entre los que se incluyen los cuidados de larga duración); en Finlandia, los municipios son los encargados de gestionar tanto los servicios sanitarios como los servicios destinados a proporcionar cuidados de larga duración (WHO, 2000 a); por su parte, en Noruega y en Suecia, todos los servicios de cuidados de larga duración (residencias y servicios comunitarios) y la atención primaria son competencia municipal, reservándose a un nivel de gobierno superior (condados) la gestión de la atención hospitalaria.

### **Otras formas de provisión pública: las prestaciones en metálico**

En la mayoría de países, la Administración hace efectiva su intervención en la provisión de cuidados de larga duración financiando (parcialmente, como veremos más adelante) los costes que se derivan de la utilización por parte de las personas mayores dependientes de los distintos servicios anterior-

mente señalados (atención domiciliaria, centros de día, residencias...). No obstante, en algunos países, además de esta modalidad de ayuda «en especie», el Estado también realiza transferencias en metálico orientadas a cubrir las necesidades de asistencia de las personas mayores dependientes (Jenson y Jacobzone, 2000). Veamos cuáles son las principales características de esta peculiar modalidad de ayuda en los países que han optado por su desarrollo.

En Austria (desde 1993) y en Alemania (desde 1995), todas las personas mayores que sigan residiendo en sus hogares y que exhiban un cierto nivel de dependencia pueden optar, con independencia de sus ingresos, a las ayudas en metálico previstas por la Administración. Asimismo, en ambos países, la ayuda en metálico, que varía según sea el grado de dependencia del beneficiario, es de libre disposición: esto es, puede ser utilizada tanto para comprar servicios formales (públicos o privados) como para «remunerar» los cuidados informales que proporcione un familiar. En el caso alemán, además de estas ayudas a las personas que siguen residiendo en sus hogares, existen también transferencias en metálico destinadas a aquellos individuos que optan por ingresar en una residencia.

En Francia, desde 1997, existe un sistema de transferencias en metálico muy parecido al alemán, pues el beneficiario puede utilizar la transferencia tanto para costearse el ingreso en una residencia como para adquirir servicios domiciliarios (formales e informales). No obstante, si el beneficiario opta por los cuidados informales, el esquema impone la condición de que la persona que asuma los cuidados debe estar desempleada. Por otro lado, y a diferencia del caso alemán, sólo aquellas personas mayores que no superan un determinado nivel de renta pueden solicitar la ayuda.

A diferencia de los tres países anteriores, los otros dos países en los que existen transferencias en metálico, que son Australia y Finlandia, éstas no van dirigidas a la persona cuidada sino al cuidador, y no son de libre disposición. En ambos casos, los beneficiarios potenciales de las ayudas son todas aquellas personas que se ocupan de proporcionar cuidados de larga duración a un familiar dependiente. El único requisito que se exige, tanto en Australia como en Finlandia, es que la persona cuidada supere cierto nivel mínimo de dependencia.



## **El papel de la familia en la provisión de cuidados de larga duración**

Hasta ahora hemos considerado los distintos tipos de servicios que la Administración pone a disposición de las personas mayores dependientes. Sin embargo, en todos los países, incluidos aquellos en los que existen esquemas de aseguramiento universal, el papel predominante en la provisión de cuidados de larga duración lo sigue jugando la familia. Así, según un reciente estudio de la OCDE (Jacobzone, 1999), se estima que los cuidados informales representan, en media, cerca del 75% de toda la ayuda que reciben las personas mayores dependientes en los países desarrollados, correspondiendo el resto a los cuidados de larga duración provistos formalmente por la Administración y en el mercado.

De hecho, la potenciación de los servicios comunitarios que se está produciendo en todos los países (ayuda a domicilio, centros de día, estancias temporales...), puede ser entendida como una forma de intentar hacer más viable y efectiva la ayuda que siguen proporcionando las familias de las personas dependientes. Así, en la mayoría de los casos, las personas que utilizan los servicios formales siguen recibiendo ayuda informal complementaria de sus familiares; sólo en aquellos casos en los que no existe familia, que son los menos, los servicios formales constituyen la única fuente de ayuda utilizada. Y este fenómeno, como ya hemos indicado anteriormente, se produce incluso en aquellos países que cuentan con una amplia oferta de servicios públicos a los que puede acceder todo el mundo.

A este respecto, la experiencia de Alemania resulta reveladora. Desde 1996, todas las personas mayores dependientes pueden solicitar las transferencias en metálico que ofrece la Seguridad Social. Estas transferencias, como ya se ha señalado, pueden ser utilizadas tanto para comprar servicios formales como para remunerar a un familiar que proporcione cuidados informales. Pues bien, a pesar de que la cuantía de las transferencias es un 50% menor si se opta por esta segunda opción, los últimos datos disponibles indican que un 77% de los beneficiarios no institucionalizados ha escogido recibir exclusivamente cuidados informales (WHO, 2000).

En suma, el que los individuos sigan recurriendo a los cuidados informales en aquellos países donde existe la posibilidad de utilizar servicios

públicos universales, constituye un claro reflejo de algo que no podemos perder de vista a la hora de analizar la provisión de cuidados de larga duración: su componente emocional. Esto es, puede ocurrir que en muchas ocasiones, ni la persona dependiente ni sus familiares otorguen el mismo valor a la asistencia formal que a los cuidados informales, y acaben inclinándose por esta segunda opción por considerar que ofrece un mayor bienestar para todos. En cierto sentido, el programa de transferencias finlandés al que nos referíamos anteriormente, constituye el reconocimiento explícito por parte de la Administración de esa posibilidad: aun disponiendo de una oferta pública de servicios formales muy desarrollada, se ha creído conveniente ayudar económicamente también a aquellas personas que voluntariamente deciden prestar ellas mismas los cuidados de larga duración que su familiar pueda necesitar.

## Servicios públicos: criterios de acceso y mecanismos de financiación

### **Criterios de acceso**

En materia de cuidados de larga duración, como ya se ha señalado en varias ocasiones, el aspecto que en mayor medida distingue a los países de la OCDE es el criterio que en cada caso se utiliza para determinar quiénes pueden ser los beneficiarios de los servicios públicos. A este respecto, recordemos que existen dos grandes grupos de países. Por un lado, en los países escandinavos, y en Canadá, Australia, Alemania y Japón, el único criterio que se utiliza es el de necesidad: esto es, el acceso a los distintos servicios financiados públicamente, o a las ayudas económicas en el caso de Alemania, se establece en función del grado de dependencia de los sujetos. Por otro lado, en el resto de países, además del grado de dependencia de los sujetos, se utilizan otros criterios (nivel de ingresos, situación familiar...) a la hora de determinar quién accede a los servicios financiados públicamente.

No obstante, aunque útil para realizar una primera caracterización de cómo la Administración aborda los cuidados de larga duración en los distintos países, la anterior distinción entre «universalistas» y «asistencialistas» no logra capturar toda la complejidad que realmente entraña la cuestión del acceso a los servicios públicos.

Un primer factor a considerar es el relativo a la descentralización administrativa. Debido a que en todos los países la gestión de los servicios públicos que ofrecen cuidados de larga duración es una competencia no del gobierno central sino de otros niveles de gobierno inferiores (regiones, condados, municipios...), los criterios de acceso varían sustancialmente dentro de un mismo país. La única excepción a este respecto es Alemania, donde el gobierno central es el único encargado de establecer cómo se valora el grado de necesidad de los potenciales beneficiarios de las ayudas en metálico que proporciona la Seguridad Social.<sup>(12)</sup>

Un segundo aspecto, parcialmente relacionado con el anterior, tiene que ver con la disponibilidad de servicios en las distintas zonas geográficas de un mismo país (número de profesionales que prestan atención domiciliaria, plazas en centros de día, en residencias...). Si la disponibilidad difiere de unas zonas a otras, resulta evidente que las condiciones reales de acceso a los servicios no tienen por qué ser las mismas para el conjunto de habitantes de un mismo país (por ejemplo, tiempos de espera distintos para ingresar en una residencia).

Por último, hay un tercer aspecto a considerar: los precios monetarios. En todos los países, incluidos los escandinavos, los usuarios de los distintos servicios públicos pagan con dinero de su bolsillo una parte del coste de la atención (copagos). La existencia de estos copagos, lógicamente, influye sobre las decisiones que toman las personas dependientes acerca de cuánto consumir de los distintos servicios. De nuevo, puesto que son los gobiernos subcentrales los encargados de determinar la cuantía de los copagos, si éstos difieren, las condiciones reales de acceso pueden variar dentro de un mismo país.

Así pues, si uno estuviera interesado en comparar cuáles son las condiciones de acceso a los servicios públicos existentes en los distintos países, debería contar con información desagregada para cada país sobre los tres elementos que acabamos de mencionar: criterios formales de acceso, e influencia sobre la materialización de éstos tanto del nivel de servicios disponible

(12) El gobierno alemán ha establecido tres niveles de necesidad (grados de dependencia) según sea la frecuencia horaria con la que se requieren los cuidados. Unos equipos de valoración (integrados por médicos y trabajadores sociales) se encargan de determinar en cuál de esos tres grupos debe ser clasificado cada potencial beneficiario (WHO, 2000).

como de la cuantía de los copagos. Toda esta información, de momento, no está disponible a nivel internacional. Por ello, cuando los distintos estudios de la OCDE a los que nos venimos refiriendo tratan de comparar las condiciones de acceso a nivel internacional, no es extraño que acaben enfatizando la gran diversidad existente, y que la única generalización que en ellos se haga sea la que aquí se ha hecho: esto es, la que distingue a los países según tengan una orientación «universalista» o «asistencialista».

### **Mecanismos de financiación**

Aunque son varios los países que disponen de un esquema de aseguramiento público universal en materia de cuidados de larga duración, lo cierto es que existen diferencias entre ellos en cuanto al modo en que se obtienen los recursos necesarios para financiar el sistema público. A este respecto, se han adoptado básicamente dos enfoques: por un lado, el de Alemania y Japón, donde el grueso de la financiación procede de las cotizaciones a la seguridad social; por otro lado, el de los países escandinavos, donde los recursos que financian los cuidados de larga duración proceden, en su mayoría, de los ingresos generados por el sistema impositivo en su conjunto. Analicemos cada uno de estos dos enfoques con algo más de detalle.

En Alemania, como ya se comentó anteriormente, los beneficiarios del seguro público de dependencias reciben transferencias en metálico que se utilizan para pagar la modalidad de ayuda que el beneficiario elija. La cuantía de estas transferencias varía según sea el grado de dependencia de los sujetos (hay tres niveles), pero es idéntica para todos los individuos clasificados en un mismo nivel de incapacidad (esto es, no depende del nivel de ingresos del beneficiario). Para financiar este sistema de transferencias, el gobierno alemán ha decidido aumentar las contribuciones a la seguridad social que están obligados a realizar tanto empresarios como trabajadores. En concreto, tras la introducción del nuevo seguro en 1996, el 1,7% de los ingresos brutos mensuales de todos los trabajadores alemanes sirve para financiar específicamente las transferencias realizadas en favor de los beneficiarios del seguro.<sup>(13)</sup> No obstante, como se señala en un reciente informe

(13) Ese 1,7% es financiado a partes iguales por trabajadores y empresarios.

de la OMS (2000), la cuantía de las transferencias no es lo suficientemente elevada como para poder pagar la totalidad del precio de los distintos servicios disponibles.<sup>(14)</sup> Debido a ello, los beneficiarios se ven obligados a realizar aportaciones de su propio bolsillo, o a solicitar ayudas adicionales por parte de los servicios sociales municipales. En suma, aunque el nuevo seguro social alemán de dependencias ofrece una cobertura universal (toda la población puede beneficiarse), dicha cobertura es limitada (la cuantía de las transferencias sólo permite adquirir un nivel básico de asistencia).

En Japón, donde el nuevo seguro social de dependencia empezó a funcionar a mediados de 2000, se ha seguido una vía ligeramente distinta a la alemana. En primer lugar, los beneficios que proporciona el seguro no son en metálico sino en especie: esto es, la Administración paga directamente el 90% del precio del servicio que en cada caso elija el beneficiario, corriendo a cargo de éste último el pago del 10% restante. Asimismo, el origen de los fondos que utiliza el gobierno para realizar sus pagos es mixto: un 50% procede de las cotizaciones a la seguridad social, y el 50% restante de los ingresos generados por el sistema impositivo en su conjunto. Una peculiaridad interesante del sistema japonés es que en la parte procedente de las cotizaciones sociales, únicamente están obligados a realizar aportaciones aquellos trabajadores cuya edad supera los 40 años. Este esfuerzo suplementario, según señala Crume (1997), ha sido justificado por el gobierno en la medida en que son las personas de mediana edad las que más se beneficiarán del nuevo esquema de seguro, pues en ausencia de éste, la responsabilidad de cuidar de sus progenitores dependientes les hubiera corrido por entero a ellas.

En los países escandinavos, los recursos que sirven para financiar el sistema público de cuidados de larga duración tienen un origen distinto al observado en Alemania y Japón. En concreto, son tres las fuentes de financiación utilizadas. En primer lugar, el gobierno central cede a los gobiernos subcentrales (condados, municipios...) una parte de los ingresos obtenidos mediante los impuestos de ámbito estatal. Hay que añadir, sin embargo, que no existe ningún impuesto específico que sirva para pagar los cuidados de larga duración en concreto, pues los mismos impuestos que financian los

(14) En el caso de las residencias, por ejemplo, las transferencias han sido calculadas para que alcancen a cubrir únicamente el componente asistencial (atención sanitaria).

cuidados de larga duración sirven también para financiar el resto de servicios públicos (educación, sanidad...). La ausencia de un impuesto «afectado» a los cuidados de larga duración, que es como llaman los economistas a los impuestos cuya recaudación va destinada a un fin específico, es la principal característica que diferencia a los sistemas públicos de cuidados de larga duración de los países escandinavos del seguro social de dependencia alemán. La segunda fuente de financiación tiene su origen en los gobiernos subcentrales. Éstos, para complementar la cuantía de las transferencias que reciben del gobierno central, suelen destinar una parte de sus ingresos propios a financiar los servicios que, recordemos, ellos mismos se encargan de proveer. De nuevo, al igual que ocurría con el gobierno central, estos ingresos de los gobiernos subcentrales se obtienen mediante impuestos (locales) no afectados. Por último, la tercera fuente de financiación existente son los copagos: esto es, los usuarios pagan –de su propio bolsillo– una parte del coste del servicio que en cada caso utilicen. No obstante, como se explica a continuación, el modo en que se calculan dichos copagos difiere según sea el tipo de servicio utilizado.

En el caso de las residencias, la aportación que realiza el usuario viene determinada por la cuantía de su pensión. De hecho, en todos los países escandinavos (excepto Dinamarca), la residencia ingresa directamente la totalidad de la pensión del anciano, dejando a éste una pequeña cantidad en concepto de «dinero de bolsillo» (que es idéntica para todos los ancianos). Así pues, en la medida en que las pensiones de los individuos son distintas, las aportaciones que realizan cada uno de ellos también varían; es más, puesto que lo que realmente financia el sector público es la diferencia entre el coste de la residencia y la aportación del usuario, la cuantía del subsidio público varía de unos sujetos a otros. Según un reciente trabajo de la UE (Pacolet *et al.*, 1999), el subsidio público medio en Noruega, Suecia y Finlandia se sitúa en torno al 80% del coste de una plaza residencial en cada uno de esos países (o, invirtiendo la perspectiva, el copago medio que realizan los usuarios es de un 20% del coste). En el caso de Dinamarca, el funcionamiento es distinto: el usuario retiene completamente su pensión, pero debe aportar el 15% de toda su renta (pensión y otros ingresos) a la residencia, además de pagar una serie de tasas de cuantía fija por diversos conceptos (alojamiento, electricidad...).

Por su parte, en el caso de la atención domiciliaria y de otros servicios no residenciales, los usuarios están obligados a pagar un determinado porcentaje del coste de los mismos, siendo de nuevo Dinamarca la excepción a este respecto (no existen copagos de ningún tipo). En el resto de países escandinavos, sin embargo, hay que señalar que la cuantía de los copagos varía con el nivel de renta de los beneficiarios.<sup>(15)</sup>

En cualquier caso, el modo en que la Administración financia el coste de los servicios públicos en los países escandinavos nos obliga a reconsiderar el alcance del universalismo que, hasta el momento, hemos dicho constituía un elemento diferenciador de estos países. Así, si bien es cierto que el acceso a los servicios es universal (todo el mundo puede beneficiarse de ellos), no lo es menos que la Administración actúa de un modo distinto según sea el nivel de ingresos de los individuos. En concreto, al no ser la cuantía de los subsidios públicos (diferencia entre el coste de los servicios y la aportación de los usuarios) la misma para todas las personas, la Administración reconoce implícitamente que su nivel de responsabilidad es distinto dependiendo de los recursos económicos del beneficiario: cuanto mayores son éstos, menor es el grado de implicación de la Administración (subsidio menor). Este esquema de funcionamiento contrasta claramente con el enfoque del seguro alemán de dependencias, al que nos hemos referido anteriormente. En Alemania, la cuantía de las transferencias en metálico, a pesar de que han sido calculadas para adquirir un nivel básico de servicios, son las mismas para todos los beneficiarios independientemente de su nivel de ingresos.

Hasta ahora nos hemos referido a los mecanismos de financiación utilizados por aquellos países en los que la Administración ha optado por desarrollar sistemas públicos de cuidados de larga duración que cubren a toda la población. Sin embargo, en el caso de aquellos otros países en los que sólo se ofrece cobertura pública a las personas dependientes con pocos recursos económicos, que son el resto, los mecanismos utilizados no son muy distintos a los ya comentados. Así, en la mayoría de países, puesto que son los niveles subcentrales de gobierno los encargados de proveer los servi-

(15) Lamentablemente, los estudios internacionales consultados no aportan información sobre cuáles son los porcentajes de aportación que se exige a los individuos que pertenecen a tramos de renta distintos.

cios sociales, se observan los mismos flujos que acabamos de describir: por un lado, el gobierno central transfiere dinero de sus ingresos generales a los gobiernos subcentrales y, por otro lado, estos últimos utilizan sus propias fuentes de ingresos para acabar de financiar los servicios que proveen. En uno y otro caso, al igual que ocurría en los países escandinavos, los fondos no proceden de impuestos afectados, sino que tienen su origen en los ingresos obtenidos a través del sistema impositivo en su conjunto.

También en los países que han optado por un enfoque «asistencialista», los copagos constituyen una fuente de financiación adicional de los servicios provistos por la Administración. Así, para financiar las residencias, muchos países utilizan la fórmula anteriormente descrita: se permite al beneficiario conservar una pequeña cantidad de su pensión en concepto de dinero de bolsillo, y el resto de la misma se utiliza para cubrir el coste que supone la institucionalización del sujeto. Obviamente, cuando la pensión no alcanza a cubrir la totalidad del coste, la Administración asume la diferencia. Entre otros, países como el Reino Unido, Irlanda, Portugal, Holanda, Austria o España, aplican un esquema de este tipo. Otros países, como Bélgica, Italia o Francia, han optado por un enfoque ligeramente distinto. En estos casos, el coste de una plaza en una residencia se divide en dos componentes: el sanitario y el residencial. El primero, que incluye todos aquellos costes relacionados con la asistencia sanitaria propiamente dicha (cuidados de enfermería, consumo farmacéutico...), lo cubre enteramente la Administración mediante fondos procedentes del sistema sanitario público. El componente residencial, que es el de mayor importancia económica, lo paga el usuario de su propio bolsillo, e incluye todos aquellos costes no sanitarios (alojamiento, manutención...). De nuevo, si los ingresos del individuo no alcanzan a cubrir el coste de este segundo componente, la Administración asume la diferencia.<sup>(16)</sup> En cuanto a la atención domiciliaria, al igual que ocurre en los países escandinavos, en el resto de países desarrollados la Administración también utiliza para su financiación copagos y, de nuevo, éstos suelen estar modulados de acuerdo al nivel de ingresos de los usuarios.

(16) Así pues, en aquellos países en los que se ha optado por este enfoque de los dos componentes, la Administración financia las plazas residenciales siguiendo una lógica mixta: por un lado, actúa de un modo «universalista», pues, independientemente de los ingresos del usuario, asume la totalidad de los costes sanitarios que comporta la institucionalización; por otro lado, también actúa de un modo asistencialista, porque únicamente asume los costes residenciales cuando los recursos económicos del usuario resultan insuficientes.



## El gasto en cuidados de larga duración de los países desarrollados

Conocer cuál es el volumen de recursos económicos que los distintos países destinan a proporcionar cuidados de larga duración constituye una tarea compleja. Así, aun en los informes más recientes de la OCDE a este respecto (Jacobzone, 1999), la información presentada suele ser bastante incompleta. En lo relativo al gasto público, la principal dificultad para conseguir información proviene del hecho de que en todos los países son muchos los niveles de gobierno que intervienen en la provisión de cuidados de larga duración. Por ello, consolidar todos los flujos financieros que tienen lugar resulta complicado. A lo sumo, como reconocen los autores de los sucesivos informes de la OCDE, se pueden ofrecer estimaciones orientativas del gasto público en que incurren algunos países; del resto, no es posible obtener información. En cuanto al gasto privado, la situación es aún peor: en la mayoría de países, las encuestas de presupuestos familiares, que son la fuente de información que permite conocer en qué gastan los ciudadanos sus recursos, no tienen el suficiente nivel de detalle como para poder aislar el gasto realizado en cuidados de larga duración (atención domiciliaria, residencias...).

Como consecuencia de todo lo anterior, la información a nivel internacional resulta muy fragmentaria. Jacobzone (1999), utilizando diversas fuentes de datos, ha conseguido obtener la instantánea que se reproduce en el cuadro 2.1.

Sobre los datos contenidos en el cuadro 2.1, a pesar de las lagunas de información existentes, se pueden realizar algunos comentarios generales. Hay cuatro países (Holanda, Dinamarca, Suecia y Noruega) cuyo gasto total en cuidados de larga duración es muy superior al resto. En el caso holandés, sin embargo, una parte sustancial de ese gasto (33%) se financia privadamente, algo que no ocurre en los tres países escandinavos que le acompañan en ese pelotón de cabeza, donde la práctica totalidad de los gastos son financiados por la Administración.<sup>(17)</sup> Tras ellos, hay otro grupo de países (Bélgica

(17) No hay que olvidar, sin embargo, que una parte de esa financiación pública es realmente privada; en concreto, la procedente de los copagos que veíamos anteriormente.

Cuadro 2.1

## GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS PAÍSES DE LA OCDE

|                  | Gasto total en cuidados de larga duración<br>1992-1995 (% PIB) | Gasto público en cuidados de larga duración<br>1992-1995 (% PIB) | % público |
|------------------|--|--|-----------|
| Australia (A)    | 0,90   | 0,73   | 81,1      |
| Austria (AU)     | 1,40   | –  | –         |
| Bélgica (B)      | 1,21   | 0,66   | 54,5      |
| Canadá (C)       | 1,08   | 0,76   | 70,4      |
| Dinamarca (D)    | 2,30   | 2,24   | 97,4      |
| Finlandia (F)    | 1,12   | 0,89   | 79,5      |
| Francia (FR)     | –  | 0,50   | –         |
| Alemania (AL)    | –  | 0,82   | –         |
| Japón (J)        | –  | 0,62   | –         |
| Holanda (H)      | 2,70   | 1,80   | 66,7      |
| Noruega (N)      | 2,80   | 2,80   | 100,0     |
| Suecia (S)       | 2,70   | 2,70   | 100,0     |
| Reino Unido (RU) | 1,30   | 1,00   | 76,9      |
| EE.UU. (US)      | 1,32   | 0,70   | 53,0      |
| Grecia (G)       | 0,17   | –  | –         |
| Irlanda (IR)     | 0,86   | –  | –         |
| Italia (I)       | 0,58   | –  | –         |
| Portugal (P)     | 0,39   | –  | –         |
| España (E)       | 0,56   | –  | –         |

Fuente: Jacobzone (1999).

ca, Canadá, Australia, EE.UU., Reino Unido, Finlandia y Austria), que destinan entre un 1%, y un 1,5%, de su PIB a proporcionar cuidados de larga duración. En esos países, la parte del gasto financiada públicamente se sitúa en algún punto intermedio entre el 81% de Australia y el 53 % de EE.UU. Aunque la falta de datos obliga a ser cautos, sobre el resto de países también pueden realizarse algunas observaciones. En Japón, Alemania y Francia, el volumen de gasto público, que es el único sobre el que se dispone de información, se parece bastante al observado en el segundo grupo de países que acabamos de mencionar. No obstante, en el caso de Alemania y Japón, es evidente que los datos disponibles no constituyen un buen reflejo de la posición relativa de estos dos países en la actualidad, pues se refieren a un período

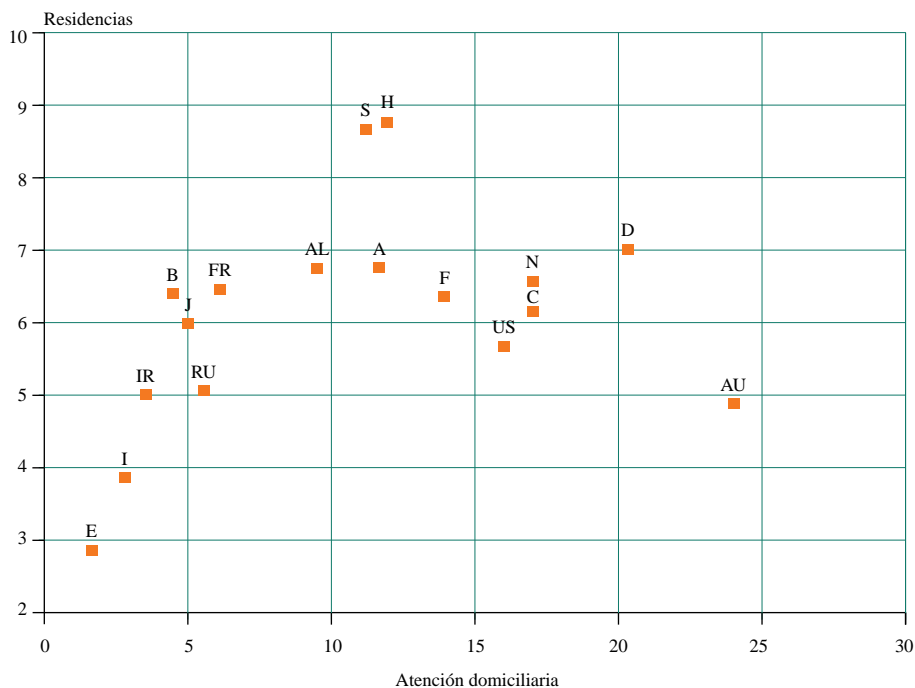
do (1992-1995) en que el seguro social de dependencia de uno y otro país aún no había sido puesto en funcionamiento. Finalmente, el resto de países que figuran en el cuadro, entre los que se encuentra España, se caracterizan por el escaso peso relativo que tienen los gastos en cuidados de larga duración. En todos ellos, aunque la información disponible esté referida únicamente al gasto total, hay que interpretar ésta como un reflejo de una baja implicación tanto de la Administración como del sector privado (mercado).

Una forma alternativa de comparar la cantidad de recursos que los distintos países destinan a proporcionar cuidados de larga duración es la que se ofrece en el gráfico 2.4. En vez del volumen de gasto, lo que se compara a continuación son los niveles de provisión (pública y privada) de los dos servicios que absorben una mayor cantidad de recursos: las residencias y la atención domiciliaria. En concreto, se ha calculado cuál es el porcentaje de personas mayores de 65 años que utilizan uno y otro tipo de servicio. Así, puesto que las diferencias en la estructura etaria de los distintos países se tienen ahora en cuenta, los datos que se muestran a continuación ofrecen una idea más precisa de cuán importante resulta en cada uno de ellos la asistencia formal a las personas mayores dependientes. No obstante, como ya se ha indicado, los datos disponibles no permiten precisar qué parte de esa asistencia formal se vehicula a través del Estado y cuál a través del mercado (excepto en los países escandinavos, donde prácticamente sólo existe provisión pública).

De los datos que aparecen en el gráfico 2.4, hay dos aspectos que conviene destacar. En primer lugar, pese a que el número de observaciones es muy reducido, parece constatar una cierta relación positiva entre las dos variables consideradas: en general, aquellos países en los que la atención domiciliaria es utilizada por un mayor número de personas, son los mismos países que cuentan con un mayor número de personas institucionalizadas. Sin embargo, como puede apreciarse en el gráfico, hay tres excepciones notables: Austria, cuya ratio de institucionalización es relativamente bajo, cuenta con un gran número de personas que reciben ayuda formal en sus domicilios; por su parte, Holanda y Suecia son los dos países que tienen las ratios de institucionalización más altas, pese a que los porcentajes de una y otra en cuanto a la utilización de servicios domiciliarios no se encuentran entre los más elevados. En segundo lugar, al igual que sucedía con los nive-

Gráfico 2.4

## PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES QUE UTILIZAN SERVICIOS RESIDENCIALES Y DOMICILIARIOS EN ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE. 1995



Nota: Las siglas de los países se corresponden con las que aparecen en el cuadro 2.1.

Fuente: Elaboración propia a partir de Jacobzone (1999).

les de gasto, hay un grupo de países que se caracterizan por la poca utilización que en ellos se hace de los dos servicios formales considerados. Estos son España, Italia e Irlanda, aunque probablemente se les unirían Grecia y Portugal si se dispusiera de información sobre ambos.

Más allá de estas consideraciones de carácter general, los datos anteriores no permiten extraer mayores conclusiones sobre el modo en que los distintos países responden ante las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes. Y el principal motivo, una vez más, es la falta de información. Al tratarse de datos que no incorporan información alguna

sobre la intensidad de los servicios (número de horas de atención domiciliaria, nivel de infraestructuras sanitarias de los centros residenciales, etc.), resulta imposible pronunciarse sobre el grado en que los servicios disponibles en los distintos países satisfacen las necesidades asistenciales de las personas dependientes que los utilizan. Es más, al no incorporar tampoco información sobre el nivel y la intensidad de los cuidados que proporcionan las familias, las comparaciones no permiten considerar la contribución al bienestar de las personas mayores de una fuente de ayuda que no sólo existe en todos los países, sino que en muchos de ellos sabemos resulta fundamental.

En el fondo, las anteriores matizaciones, y otras que hemos ido realizando en apartados precedentes, remiten a una cuestión más general que conviene resaltar antes de concluir esta breve panorámica internacional. Esta cuestión es la siguiente: ¿qué cabe esperar del análisis comparado?

En principio, puesto que el envejecimiento demográfico constituye una realidad hacia la que caminan todos los países desarrollados, es lógico que desde España se trate de conocer cuáles son las respuestas que se están ofreciendo en otras partes. Sin embargo, en el caso concreto de los cuidados de larga duración, este ejercicio resulta útil sólo hasta cierto punto, por varios motivos.

Aunque existe cierta información, ésta es demasiado escasa como para que podamos tener una idea precisa de cómo realmente los cuidados de larga duración están siendo provistos y financiados en los distintos países. Así, debido a la elevada descentralización que caracteriza la intervención de la Administración en esta materia, se desconocen aspectos fundamentales de la misma (condiciones de acceso, nivel de los copagos, calidad de los servicios...). De hecho, como apuntan los estudios internacionales consultados, se intuye que todos esos elementos son distintos incluso dentro de un mismo país. Tampoco sobre el papel del mercado y de la familia, que son los otros dos pilares sobre los que se asienta la provisión de cuidados de larga duración, se dispone de demasiada información. En suma, aunque podemos caracterizar de un modo bastante general cuál es el modelo de cuidados de larga duración vigente en los distintos países, dicha caracterización es demasiado superficial como para que el análisis comparado nos permita obtener alguna conclusión sobre la bondad relativa de los distintos modelos.

Por otro lado, aun en el caso de que la información disponible fuera mejor de lo que es ahora, resulta evidente que los resultados que pudieran desprenderse de la comparación entre países no eximiría a cada uno de ellos de la responsabilidad de tener que decidir sobre múltiples cuestiones: ¿se debe remunerar a los cuidadores informales? ¿Cómo financiar los servicios públicos? ¿Se debe estimular la contratación privada de seguros privados de dependencia? ¿Cómo regular ese mercado? Aunque parece claro que conocer las respuestas de otros países puede ayudarnos a tomar nuestras decisiones, resulta un poco ingenuo pensar que el análisis comparado traerá consigo la solución a nuestros problemas: ni las preguntas tienen por qué ser las mismas, ni las respuestas adecuarse a la situación de partida de nuestro país.

### 3. Análisis de la situación actual de los cuidados de larga duración en España

Ya hemos visto en las páginas anteriores que las tres instituciones implicadas en la provisión de cuidados de larga duración son la familia, el Estado y el mercado. A este respecto, como se recordará, utilizamos el concepto de «modelo de cuidados de larga duración» para referirnos al modo en que cada una de esos tres elementos se combinan a la hora de satisfacer las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes. El principal objetivo de este apartado es, precisamente, tratar de analizar el modelo de cuidados de larga duración actualmente vigente en nuestro país. Para ello, hemos adoptado un enfoque que se aproxima a la realidad de ese modelo en varias etapas. En la primera sección, se intenta cuantificar cuál es la importancia relativa de la familia, el Estado y el mercado en la provisión de los cuidados de larga duración. Tras ello, en la segunda sección, se analizan cuáles son los factores que explican por qué determinados individuos se inclinan por utilizar servicios formales (atención domiciliaria, residencias...) en vez de recurrir al apoyo informal. En la tercera sección, nos centraremos en el análisis de las principales características de la intervención que realiza nuestro sector público en materia de cuidados de larga duración. Finalmente, en la cuarta sección, abordaremos el estudio del importante papel que desempeña la familia, analizando en detalle distintas cuestiones relacionadas con el apoyo informal en nuestro país.

## Las grandes cifras de nuestro modelo de cuidados de larga duración

Si se pretende obtener una visión de conjunto sobre el modo en que se proveen los cuidados de larga duración en un determinado país, puede resultar útil empezar diferenciando los distintos tipos de cuidados en función del lugar donde viven las personas dependientes que los reciben. En este sentido, un primer grupo de cuidados de larga duración serían aquellos que son prestados a personas dependientes que siguen viviendo en sus hogares. A este grupo, como ya se ha comentado, pertenecerían los cuidados informales, la atención domiciliaria y los centros de día. Además de este grupo de servicios, la otra modalidad de cuidados de larga duración que encontramos en nuestro país son las residencias, cuya principal característica es que la atención que en ellas se presta exige al individuo abandonar su hogar. Así pues, partiendo de esta clasificación, en lo que sigue trataremos de cuantificar la importancia relativa de la familia, del Estado y del mercado en la provisión de cuidados a uno y otro tipo de personas dependientes: las que viven en sus hogares y las institucionalizadas.

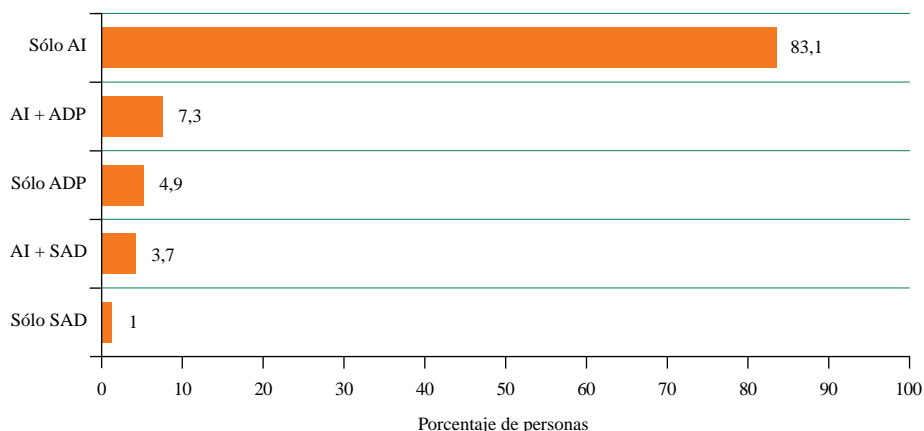
### **Ancianos dependientes no institucionalizados: modalidades de ayuda**

La Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998), que ya utilizamos en el capítulo anterior para cuantificar cuál es el número de personas mayores dependientes no institucionalizadas en nuestro país, constituye la fuente de datos más reciente de que disponemos para tratar de conocer el grado de utilización que realizan estas personas de algunos de los servicios anteriormente mencionados. Concretamente, en dicha encuesta se preguntaba a todas las personas dependientes quién les proporcionaba la ayuda que necesitaban para realizar aquellas actividades en las que tenían problemas.<sup>(18)</sup> Tras agrupar las distintas respuestas en tres categorías (apoyo informal, atención domiciliaria privada y atención domiciliaria pública), los resultados que hemos obtenido son los que se muestran en el gráfico 2.5.

(18) Véase el capítulo I para una descripción de cuáles son las actividades contempladas en la ESPM, así como de las principales características de la muestra utilizada.

Gráfico 2.5

## TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LOS ANCIANOS DEPENDIENTES EN EL HOGAR. 1998



Nota: AI: Apoyo informal. ADP: Atención domiciliaria privada. SAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio.  
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

El gráfico 2.5 pone de manifiesto un hecho sobradamente conocido: en España, el grueso de los cuidados de larga duración que se dispensan en los hogares, los proporcionan los familiares de las personas dependientes que necesitan ayuda. En concreto, y expresado en términos porcentuales, más del 80% de las personas mayores dependientes reciben exclusivamente ayuda del apoyo informal. Asimismo, entre los sujetos que utilizan atención formal pública o privada, una y otra se acompañan en la mayoría de los casos de apoyo informal. Así, si bien es cierto que cerca de un 17% de individuos reciben cuidados formales, no lo es menos que de ese porcentaje nada menos que 11 puntos porcentuales corresponden a personas en las que el apoyo informal también está presente. De hecho, como pone de manifiesto el gráfico anterior, el porcentaje de individuos que sólo recibe cuidados formales, públicos o privados, apenas supera el 4,5% del total.

Si se utilizan no las cifras porcentuales sino los valores absolutos, las conclusiones pueden resultar aún más impactantes. Así, de las 2.150.000 personas mayores dependientes que estimábamos en el capítulo 1 había en nuestro país en 1998, nada menos que 1.780.000 recibían exclusivamente cuida-



dos informales. Por su parte, los servicios públicos de ayuda a domicilio (SAD), con o sin apoyo informal complementario, representaban un total aproximado de unos 100.000 individuos.<sup>(19)</sup> Finalmente, en cuanto a las personas dependientes que recurrían a la atención domiciliaria privada, complementándola o no con apoyo informal, su número total alcanzaba aproximadamente las 260.000.

Detrás de estas cifras agregadas, no obstante, hay que precisar que se esconden realidades que pueden ser muy distintas. En el caso del apoyo informal, como veremos más adelante, resulta muy importante precisar si es una o varias personas las que se encargan de proporcionar los cuidados, por la sencilla razón de que el desgaste del cuidador principal no será el mismo en uno u otro caso. Por otro lado, en cuanto a la atención domiciliaria privada, es evidente que ésta admite múltiples modalidades: desde la mera ayuda que proporciona una persona conocida a la que se paga algo a cambio, hasta los servicios proporcionados por profesionales cualificados contratados a través de una agencia especializada. Lamentablemente, aunque sabemos que existen estas diferencias, no es posible cuantificar su importancia a partir de la información contenida en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (ESPM).

Tampoco la ESPM proporciona información alguna sobre el otro tipo de servicio utilizado por algunas de las personas dependientes que siguen viviendo en sus hogares: los centros de día. A este respecto, los únicos datos que se conocen proceden de un reciente estudio realizado por el Imsero (2001), en el que se ha cifrado en 7.103 las plazas de este servicio actualmente disponibles en nuestro país. Esta exigua cantidad de plazas, respecto a las cuales no es posible determinar cuántas son públicas y cuántas privadas, constituye un claro reflejo de que se trata de un recurso asistencial cuyo desarrollo no ha hecho más que empezar en España.<sup>(20)</sup>

(19) Este resultado nos permite, indirectamente, calibrar la bondad global de nuestros resultados. Así, según los datos manejados por el Imsero relativos a 1999 (Imsero, 2001), en ese año el total de usuarios de los SAD a nivel estatal superaba ligeramente los 110.000 individuos. Puesto que ese dato procede de la agregación para el conjunto del Estado de los resultados obtenidos a través de un cuestionario que fue remitido a las CC.AA., nuestra cifra, obtenida mediante una explotación de una encuesta realizada en 1998 a 2.500 personas de toda España, parece resultar una buena estimación (piénsese en el incremento de usuarios que, con toda seguridad, tuvo lugar entre 1998 y 1999).

(20) Para ilustrar la escasa importancia que por el momento tienen los centros de día en nuestro país puede hacerse un sencillo cálculo: aun suponiendo que fueran los ancianos no institucionalizados con un mayor grado de dependencia (moderado y severo) los únicos usuarios de las plazas en centros de día, el número actual de éstas sólo estaría permitiendo atender a un 2% del total de dependientes moderados y severos que en el capítulo I estimábamos hay en España (315.000 personas).

## Ancianos dependientes institucionalizados

En el caso de las personas que viven en residencias, a diferencia de lo que ocurría en el caso de las personas no institucionalizadas, no existe por el momento ninguna encuesta de ámbito estatal que nos permita conocer cuántos de los actuales residentes tienen problemas de dependencia. A este respecto, la única fuente de información disponible procede de un estudio que el Imserso (1998 a) realizó en 1995. En dicho estudio, mediante el envío de cuestionarios a 32 residencias públicas y privadas, se logró recopilar información sobre unos 1.200 residentes. Esta información mostraba que el 72,5% de todas las personas ingresadas eran dependientes, es decir, necesitaban de la ayuda de otros para poder desarrollar una o más actividades de la vida diaria (AVDs).

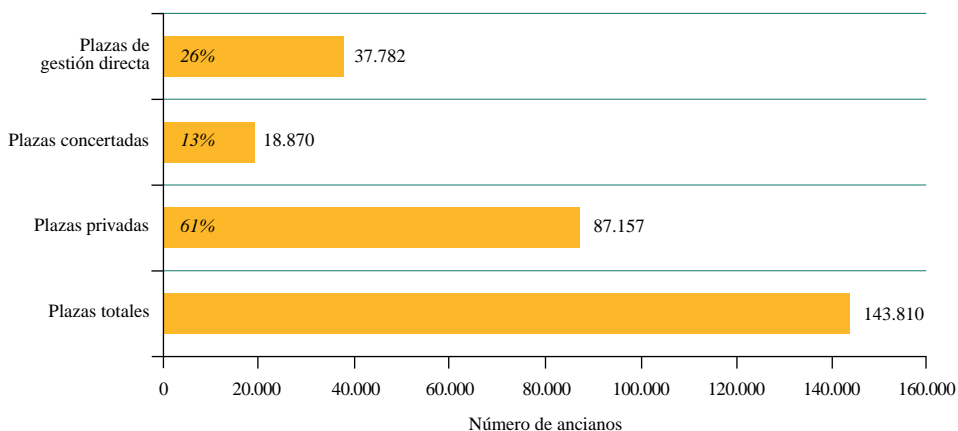
A partir de estos datos, y de la información más reciente de que se dispone sobre el número total de plazas residenciales existentes en nuestro país (Imserso, 2001), se ha estimado cuántas de las personas que actualmente viven en residencias pueden ser consideradas dependientes. Asimismo, con el objetivo de cuantificar la importancia relativa del Estado y del mercado en la provisión de servicios residenciales destinados a proporcionar cuidados de larga duración a personas mayores dependientes, los cálculos anteriores se han realizado distinguiendo entre dos tipos de plazas: por un lado, las que hemos denominado «privadas», cuya principal característica es que todo el coste de la atención es financiado íntegramente mediante las aportaciones que realizan los usuarios; por otro lado, las plazas «públicas», que se caracterizan por el hecho de que la Administración financia una parte del coste de las mismas, correspondiendo el resto de la financiación, como veremos más adelante, a los propios usuarios. Dentro de las plazas públicas, no obstante, hemos distinguido entre plazas «de gestión directa», en las que el centro donde éstas se encuentran pertenece a la Administración, y «plazas concertadas», en las que la titularidad del centro es privada.

A la luz de estos resultados,<sup>(21)</sup> podemos afirmar que el «mercado» se encarga de satisfacer las necesidades asistenciales de un 61% de las personas

(21) Los resultados deben interpretarse con cautela, pues han sido obtenidos estableciendo tres supuestos que merece la pena destacar. En primer lugar, se ha extrapolado al conjunto de residentes de todo el Estado los resultados procedentes del estudio del Imserso (1998a) anteriormente referido, que recordemos apuntaba que el 72,5% de las personas ingresadas en las residencias objeto de estudio podía ser considerada dependiente. En segundo lugar, no sólo se ha dado por bueno el porcentaje anterior, sino que éste ha sido aplicado a todos los tipos de plazas por igual (gestión directa, concertadas y privadas). Finalmente, al no disponerse de información sobre cuál es el índice de ocupación medio de las plazas residenciales, se ha supuesto que la totalidad de ellas estaban ocupadas.

Gráfico 2.6

## NÚMERO DE ANCIANOS DEPENDIENTES QUE OCUPAN PLAZAS EN RESIDENCIAS. 1999



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Imsero (2001 y 1998a).

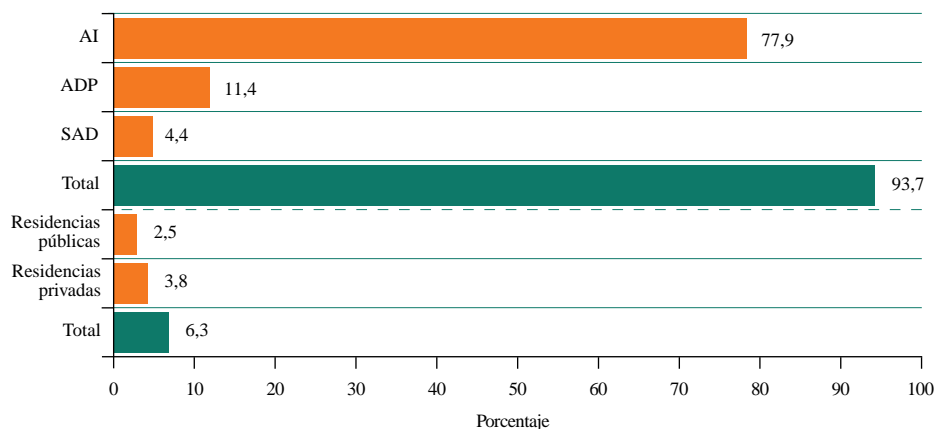
dependientes institucionalizadas. Por su parte, la Administración, ya sea a través de centros propios o concertando plazas al sector privado, se ocupa de proporcionar cuidados de larga duración al 39% restante. Hay que añadir, para evitar confusiones, que el número de plazas que aparecen en el gráfico 2.6 no se corresponde con el total de plazas realmente existentes en nuestro país: además de las 143.810 que aquí se mencionan, hay otras 54.548, tanto públicas como privadas, ocupadas por personas mayores que no tienen ningún tipo de incapacidad funcional.

Así pues, si a estos resultados añadimos los obtenidos en el apartado anterior, estamos ya en disposición de ofrecer una instantánea general del modo en que se proveen los cuidados de larga duración en nuestro país (gráfico 2.7).

En el gráfico 2.7, hay varios aspectos que llaman la atención. En primer lugar, a pesar de que constituye un lugar común en el debate sobre los cuidados de larga duración, sorprende constatar la extraordinaria importancia cuantitativa que el apoyo informal tiene en nuestro país: de los 2.300.000

Gráfico 2.7

## PORCENTAJES DE UTILIZACIÓN DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. 1999



Nota: AI: Apoyo informal. ADP: Atención domiciliaria privada. SAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio.  
Fuente: Elaboración propia.

personas mayores dependientes que hay en nuestro país (incluyendo, por tanto, también a aquellas que viven en residencias), casi un 78% de las mismas únicamente recibe ayuda de carácter informal. En segundo lugar, sólo una pequeña minoría, algo más de un 6%, vive en residencias, ya sean éstas públicas o privadas. Finalmente, el peso del sector público y del privado en la provisión de cuidados de larga duración es realmente modesto. En el primer caso, aun sumando los usuarios de los dos servicios públicos considerados (servicios de ayuda a domicilio y residencias), la cifra global apenas supone el 7% del total de personas mayores dependientes. Por su parte, aquellas personas que optan por adquirir privadamente cuidados de larga duración, ya sean éstos domiciliarios o residenciales, representan aproximadamente un 15% del total. Así pues, en el caso de España, familia, mercado y Estado son, por este orden de importancia, los tres agentes que intervienen en la provisión de cuidados de larga duración. Tras esta caracterización general de nuestro modelo de cuidados de larga duración, estamos ya en disposición de abordar su análisis pormenorizado.

## Los servicios formales de cuidados de larga duración

### ¿Quiénes los utilizan?

La Encuesta sobre la soledad en las personas mayores, a la que ya nos hemos referido anteriormente, incorpora información sobre distintas variables socioeconómicas que permiten analizar qué características diferencian a las pocas personas dependientes que utilizan servicios formales domiciliarios de aquellas otras muchas que, como veíamos, optan por el apoyo informal. No obstante, al incluir únicamente información sobre personas que siguen viviendo en sus hogares, la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores no resulta útil para caracterizar a aquellos otros sujetos que utilizan la otra gran modalidad de cuidados de larga duración existente: las residencias. De hecho, en nuestro país, no existe por el momento ninguna encuesta cuya muestra incluya simultáneamente tanto a la población no institucionalizada como aquella que se encuentra ingresada en residencias. Por este motivo, en lo que sigue, analizaremos por separado los factores que determinan la utilización de uno y otro tipo de servicios formales (domiciliarios vs. residenciales).

### Servicios formales domiciliarios

A partir de los datos contenidos en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores, y siguiendo los pasos propuestos por los escasos trabajos empíricos existentes a nivel internacional sobre esta cuestión,<sup>(22)</sup> se ha utilizado un modelo estadístico que permite arrojar alguna luz sobre cuáles son los factores determinantes de la utilización de servicios formales domiciliarios en el caso de nuestro país. En concreto, el modelo, cuyos pormenores pueden ser consultados en el anexo, analiza el efecto de un conjunto de variables socioeconómicas (edad, nivel de renta, estudios, grado de dependencia...) sobre la decisión de adquirir alguna de las dos modalidades de atención domiciliaria existentes: los servicios públicos de ayuda a domicilio y la atención domiciliaria privada. Los resultados obtenidos se discuten a continuación.

En cuanto a la atención domiciliaria privada, son varias las variables que inciden sobre la probabilidad de que sea ésta, y no el apoyo informal, la

(22) Kemper (1992), Coughlin *et al.* (1992), Ettner (1994) y Portrait *et al.* (2000).

opción elegida por los distintos individuos. En primer lugar, y comparado con las personas dependientes que viven acompañadas, las personas que viven solas tienen una probabilidad cuatro veces superior de contratar atención domiciliaria privada. Este hecho tiene una fácil explicación: puesto que la viudedad suele ser el estado civil habitual de las personas que viven solas, nuestra variable «vivir solo» estaría capturando la ausencia de la potencial ayuda que puede proporcionar el cónyuge de la persona mayor dependiente. Asimismo, probablemente sea este mismo fenómeno el que explique por qué las mujeres tienen una probabilidad tres veces superior que los hombres de contratar servicios privados, pues es un hecho conocido que la viudedad resulta más frecuente entre las primeras que entre los segundos. Por otro lado, comparado con los mayores que tienen hijos, las personas dependientes sin descendencia tienen el doble de probabilidad de acabar contratando privadamente los cuidados que necesitan. De nuevo, como tendremos ocasión de comprobar más adelante, este fenómeno alude directamente a la menor disponibilidad potencial de apoyo informal que caracteriza a las personas sin hijos.

No obstante, además del efecto de las anteriores variables, cuya característica común es la relación que guardan con el grado de viabilidad que supone la solución familiar (apoyo informal) en cada caso, hay otros factores que ejercen una influencia adicional sobre la probabilidad de que los sujetos compren atención domiciliaria privada. Así, comparado con las personas de mayores ingresos, los individuos de ingresos medios y bajos son bastante menos propensos a la contratación de servicios privados. Por ello, aunque es probable que los cuidados de larga duración tengan características que los diferencian de otros servicios,<sup>(23)</sup> lo cierto es que la demanda de servicios domiciliarios privados se comporta del modo habitual: a mayor nivel de ingresos, mayor la probabilidad de adquirirlos.

También el nivel de estudios de los individuos influye sobre la probabilidad de que éstos utilicen servicios domiciliarios privados. En concreto, comparado con las personas que tienen estudios secundarios o superiores, la propensión a contratar atención privada decrece progresivamente conforme consideramos sujetos con niveles educativos inferiores. Según Portrait *et al.*

(23) Es probable, como señalábamos anteriormente, que muchas personas dependientes deseen que la intimidad y el afecto estén presentes en la ayuda que reciben para realizar ciertas actividades (aseo personal, vestirse...).

(2000), que obtuvieron un resultado parecido al examinar el caso holandés, la influencia del nivel educativo se produce por dos motivos. Por un lado, en la medida en que es probable que los hijos de las personas mayores más educadas sean también individuos relativamente más formados que el resto, parece razonable pensar que éstos sean menos propensos a proporcionar ellos mismos la atención que requieren sus padres, por una sencilla razón: si optaran por el apoyo informal, esto supondría una pérdida de ingresos muy importante, debido a que su mayor formación les permite tener empleos muy bien remunerados. Por otro lado, independientemente de cuál sea el nivel educativo de sus hijos, las personas dependientes con mayores estudios<sup>(24)</sup> probablemente tengan un mayor grado de conocimiento sobre cuáles son los servicios que pueden ser comprados privadamente, dónde contratarlos, etc.

Estos resultados, que son consistentes con los obtenidos en los trabajos internacionales anteriormente referidos, permiten extraer algunas conclusiones interesantes sobre cuál puede ser la evolución de la demanda de servicios domiciliarios privados en el futuro. Aunque trataremos con más detalles estas cuestiones más adelante, podemos adelantar ya algunas ideas. En primer lugar, puesto que el nivel educativo influye positivamente sobre la contratación de atención privada, cabe esperar que en los próximos años las nuevas cohortes de personas mayores demanden más servicios privados que en la actualidad, pues una de las características de las nuevas generaciones de ancianos es su mayor nivel formativo. Por otro lado, en la medida en que los niveles de renta de las personas mayores también experimenten crecimientos en el futuro, es probable que este hecho provoque un incremento paralelo en la demanda de servicios domiciliarios privados.

Vistos los factores determinantes de la utilización de los servicios privados, podemos pasar a discutir los resultados relativos a la atención domiciliaria pública. En este caso, no obstante, cabe realizar una consideración previa de carácter conceptual. Es importante señalar que la atención domiciliaria pública y la privada difieren en cuanto a su naturaleza, respo-

(24) Además de lo anterior, no resulta descabellado pensar que quizás las personas con un mayor nivel educativo tengan una concepción menos familiarista acerca de quién debe responsabilizarse de los cuidados de larga duración: esto es, puede que aquellos que opinen que se trata de un problema individual, no familiar, sean relativamente más numerosos entre las clases sociales con mayores niveles formativos.

diendo el acceso a uno y otro tipo de servicios a lógicas distintas. Así, en el caso de los servicios públicos, el acceso viene definido por una serie de criterios fijados por la Administración, como son el nivel de renta o las condiciones familiares. Por ello, cuando nuestros resultados señalen que tal o cual variable influye sobre la probabilidad de recibir atención domiciliaria pública, habrá que interpretar que tales efectos no son únicamente el reflejo de las elecciones que toman los individuos, sino también del modo particular en que el sector público decide proveer la asistencia. Veamos, pues, cuáles han sido los resultados obtenidos.

Al igual que ocurría con los servicios privados, también el hecho de vivir solo constituye un factor que determina una mayor probabilidad de recibir atención domiciliaria pública, aunque la magnitud del efecto es ahora superior. Por el contrario, a diferencia del caso anterior, no se observan diferencias entre las personas con o sin hijos en cuanto a la probabilidad de recibir atención domiciliaria pública en vez de apoyo informal. Los dos fenómenos anteriores, por tanto, permiten extraer una primera conclusión acerca de cómo la Administración decide acerca de quiénes son los beneficiarios de la ayuda pública: independientemente de que se tengan hijos o no, las personas mayores dependientes que viven solas parecen ser el objetivo prioritario de los servicios públicos de ayuda a domicilio (SAD). Asimismo, además del régimen convivencial, parece que los SAD también tienen en cuenta el grado de dependencia de los individuos a la hora de determinar quiénes reciben la ayuda. En concreto, comparado con las personas con dependencia severa, los sujetos con dependencia leve tienen una probabilidad cuatro veces menor de ser beneficiarios de los SAD.

Por otro lado, en el caso de los SAD, la edad juega un papel que no tenía en el caso de la atención domiciliaria privada. Así, comparado con las personas de mayor edad (>85 años), los sujetos de entre 70 y 79 años tienen una mayor probabilidad de ser atendidos por los SAD. Aunque es difícil encontrar una explicación a este fenómeno, nos atrevemos a proponer la siguiente hipótesis: puesto que las personas más ancianas (>80 años) son las que primero obtienen plaza en una residencia pública, lo que uno esperaría observar es que los beneficiarios de los SAD de menos de 80 años fueran relativamente más numerosos, por una razón: porque la proporción de éstos



últimos que estarían recibiendo SAD, mientras esperan ingresar en una residencia, sería muy superior que en el caso de las personas con más de 80 años. Lamentablemente, como ya se ha señalado, no disponemos aún de la información suficiente como para poder validar empíricamente esta hipótesis.

Finalmente, a diferencia de lo que ocurriría con la atención domiciliaria privada, el nivel de ingresos no influye sobre la probabilidad de que un sujeto dependiente utilice los SAD. Esto quiere decir que, en la práctica, el principio de subsidiaridad que informa la actuación de la Administración en esta materia no resulta simétrico: a la hora de determinar quién recibe la ayuda, se prima la insuficiencia de recursos familiares, cuyo reflejo más evidente es el hecho de vivir solo, por encima de la carencia de recursos económicos.

### **Residencias**

En el caso de las residencias, como ya hemos señalado, la falta de datos impide realizar un análisis tan exhaustivo como el efectuado en la sección anterior. Sin embargo, aunque no existe una encuesta que aporte tanta información sobre las personas institucionalizadas como la contenida en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores para los sujetos que viven en sus hogares, sí es posible conocer algunas de las características de las personas mayores ingresadas en residencias. En concreto, el Padrón de Habitantes (INE) contiene datos sobre el sexo y la edad de todas aquellas personas que declaran residir en establecimientos colectivos del tipo «residencias de ancianos». No obstante, dicha información no es completa por una sencilla razón: hay muchas personas que, pese a residir en una residencia, siguen empadronadas en el que había sido su domicilio anterior. Por ello, para tratar de ofrecer una imagen lo más ajustada a la realidad, hemos decidido «corregir» los datos padronales. Así, se ha supuesto que todas las plazas residenciales disponibles en 1998 (Imsero, 2001) estaban ocupadas, y que la distribución por sexo y edad de sus ocupantes era la misma que la contenida en el Padrón. Tras realizar estos cálculos, los resultados obtenidos son los que se reproducen en el cuadro 2.2.

Aunque la información del Padrón no especifica si la residencia en la que está ingresado el sujeto es pública o privada, creemos que los resultados de la tabla anterior constituyen una aproximación bastante precisa sobre cuál

Cuadro 2.2

**USUARIOS DE PLAZAS RESIDENCIALES PÚBLICAS Y PRIVADAS. 1998**

|              | Hombres       | Mujeres        | Total          |
|--------------|---------------|----------------|----------------|
| 65-69        | 8.817         | 13.555         | 22.371         |
| 70-74        | 9.185         | 18.438         | 27.623         |
| 75-79        | 8.884         | 24.271         | 33.155         |
| 80-84        | 10.303        | 34.853         | 45.156         |
| 85 o más     | 13.912        | 56.141         | 70.053         |
| <b>Total</b> | <b>51.101</b> | <b>147.257</b> | <b>198.358</b> |

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero (2001) y Padrón de Habitantes (INE).

es la realidad de la institucionalización en nuestro país. A este respecto, destacar que las personas que viven en residencias se caracterizan por tener una edad muy avanzada. De hecho, como se puede comprobar en el cuadro 2.3, el porcentaje de personas institucionalizadas aumenta aceleradamente conforme consideramos cohortes de mayor edad. Así, tomando las cohortes extremas, se observa que mientras sólo un 1% de todos los individuos de entre 65 y 69 años viven en residencias, este porcentaje aumenta hasta el 12% en el caso de las personas que tienen 85 años o más. Por otro lado, de las cifras contenidas en el cuadro anterior, merece la pena destacar el distinto comportamiento que se observa entre hombres y mujeres en cuanto a la utilización que ambos realizan de los recursos residenciales. Así, en todos los grupos de edad, se observa cómo los porcentajes de institucionalización son superiores entre las mujeres que entre los hombres.

Cuadro 2.3

**PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS.<sup>(\*)</sup> 1998**

|              | Hombres     | Mujeres     | Total       |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| 65-69        | 0,94        | 1,25        | 1,10        |
| 70-74        | 1,22        | 1,95        | 1,63        |
| 75-79        | 1,78        | 3,29        | 2,68        |
| 80-84        | 3,74        | 6,95        | 5,81        |
| 85 o más     | 7,76        | 13,97       | 12,05       |
| <b>Total</b> | <b>1,93</b> | <b>4,00</b> | <b>3,14</b> |

(\*) Públicas y privadas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero (2001) y Padrón de Habitantes (INE).

Aunque la falta de más información nos impide contrastar rigurosamente el porqué de estos fenómenos, tanto el sentido común como los resultados obtenidos en los trabajos realizados en otros países nos permiten ofrecer algunas explicaciones al respecto.

En primer lugar, las mayores ratios de insitucionalización de las cohortes de población más anciana son, como era de prever, la consecuencia directa de un hecho sobre el que aportamos evidencia empírica en el capítulo I: las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia aumentan exponencialmente con la edad. Por ello, si las residencias se encargan de proporcionar cuidados de larga duración a personas dependientes, no es extraño que la mayoría de sus ocupantes sean sujetos de edad avanzada. De hecho, en todos los estudios empíricos de fuera de nuestro país en los que se ha analizado qué factores desencadenan el ingreso en una residencia, el grado de dependencia resulta ser una de las variables con mayor poder explicativo.<sup>(25)</sup>

Por otro lado, en cuanto a las diferencias observadas en las ratios de institucionalización de hombres y mujeres, éstas constituyen realmente el reflejo de la influencia de otros factores distintos al género per se. En primer lugar, puesto que las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres, la viudedad constituye una situación más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Y la viudedad, como señalan todos los estudios empíricos, resulta un factor que influye decisivamente en la probabilidad de ingresar en una residencia, pues las personas que han perdido a su cónyuge no tienen la posibilidad de que éste les proporcione los cuidados necesarios.

Asimismo, la pérdida de ingresos que acompaña a la desaparición del cónyuge constituye un fenómeno que por lo dicho anteriormente aparecerá con mayor frecuencia entre las mujeres. Debido a ello, puesto que también existe evidencia empírica de que las personas con mayores ingresos tienen una probabilidad menor de ingresar en una residencia, no resulta sorprendente que las tasas de institucionalización de las mujeres sean superiores a las de los hombres. En concreto, según los distintos trabajos consultados,<sup>(26)</sup> lo que explica que el nivel de ingresos influya negativamente sobre la probabilidad de

(25) Véase, por citar algunos de los más recientes, los trabajos de Carrière y Pelletier (1997), Murtaugh *et al.* (1997), Reschovsky (1998) y Portrait *et al.* (2000).

(26) Borsh-Supan (1992), Reschovsky (1998) y Portrait *et al.* (2000).

ingresar en una residencia es el hecho de que las personas con más recursos económicos tienen, a igual nivel de necesidad, mayores posibilidades de contratar atención domiciliaria privada, u otro tipo de servicios (rehabilitación, adaptación de la vivienda...), que les permiten prolongar el tiempo de permanencia en el hogar. Asimismo, puesto que en la mayoría de países el acceso a las plazas residenciales públicas está restringido a las personas con menos ingresos, para las personas que no son pobres, la atención domiciliaria constituye una alternativa relativamente más barata que la institucionalización.

Además de los factores anteriores, que nos han permitido explicar el porqué de las diferencias en las tasas de institucionalización de hombres y mujeres, los estudios empíricos muestran que hay otras dos variables que influyen sobre la probabilidad de ser ingresado en una residencia, cuyo efecto es totalmente independiente del sexo de los individuos: la descendencia y los precios. En efecto, comparado con las personas que no tienen hijos, los sujetos con descendencia tienen una probabilidad menor de ser institucionalizados. Este hecho, como ya ocurría en el caso de la atención domiciliaria, tiene que ver con la fuente potencial de cuidados que los hijos representan. Por otro lado, en aquellos casos en los que ha resultado posible obtener información sobre cuánto cuestan las residencias en distintas zonas geográficas, los investigadores han podido constatar cómo la demanda de servicios residenciales es sensible a variaciones en los precios [Reschovsky (1998); Portrait *et al.* (2000)].

En suma, todos los resultados anteriores, además de para ayudarnos a comprender mejor cuáles son los factores que actualmente determinan las pautas de utilización de los servicios residenciales, nos permiten tomar consciencia de que son muchos los elementos que pueden influir sobre la evolución futura de plazas residenciales. Aunque sin duda el número de personas dependientes será un factor crucial, no hay que perder de vista que habrá otras variables igualmente importantes. Así, la evolución futura de los ingresos de las personas mayores, los cambios en las tasas de viudedad,<sup>(27)</sup> o las

(27) En el caso de EE.UU., por ejemplo, existe evidencia de que parte de la disminución observada durante los últimos años en las tasas de institucionalización, puede atribuirse a la disminución del porcentaje de ancianas viudas. Esta disminución en las tasas femeninas de viudedad, atribuible a las mayores ganancias relativas en esperanza de vida de los varones ancianos, habría provocado una expansión de los CLD proporcionados domiciliarmente por los cónyuges y, consecuentemente, una disminución en las tasas de institucionalización femeninas (Lakdawalla y Philipson, 1999).

modificaciones en los precios relativos de los distintos servicios disponibles, serán algunos de los factores que acaben determinando el número de personas ingresadas en residencias.

### **Servicios públicos: ¿todo el mundo los conoce?**

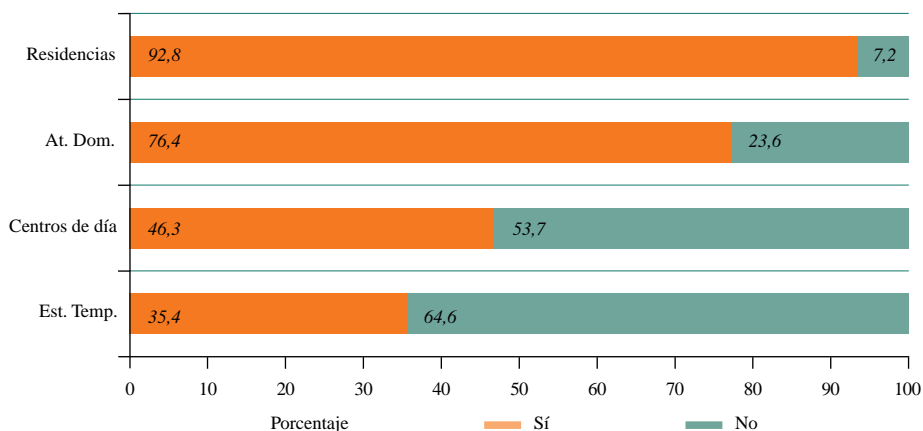
Ya nos hemos referido anteriormente al modo en que la Administración interviene en la provisión de cuidados de larga duración. Por lo que respecta a la atención domiciliaria, como ha puesto de manifiesto nuestro análisis de los datos contenidos en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores, el sector público parece concentrar sus esfuerzos en ayudar a las personas mayores dependientes que viven solas. En el caso de las plazas residenciales, como tendremos ocasión de discutir más adelante, los criterios de acceso apuntan en esa misma dirección, aunque formalmente se reconoce también la necesidad de proporcionar antes ayuda a aquellos sujetos con menores recursos económicos.

Sin embargo, además de los criterios de acceso que utiliza la Administración, hay otro factor que también determina cuáles son los individuos que acaban utilizando los servicios públicos destinados a proporcionar cuidados de larga duración: el conocimiento de su existencia. En efecto, puesto que para ser beneficiario de la ayuda pública primero es necesario solicitarla, conocer la existencia de los distintos servicios constituye un requisito previo para poder ser usuario de los mismos. A este respecto, uno tendería a pensar que todo el mundo conoce la existencia de los servicios de ayuda a domicilio, de los centros de día, o de las residencias. No obstante, cuando en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores se preguntó a los entrevistados si conocían o no una serie de servicios públicos, los resultados obtenidos fueron los que se muestran en el gráfico 2.8.

Así, si bien la práctica totalidad de personas mayores de 65 años conocía la existencia de residencias, la atención domiciliaria era un recurso desconocido para casi el 25% de la población. En el caso de los dos servicios más novedosos, los centros de día y las estancias temporales, más de la mitad de los entrevistados declararon no saber de su existencia.

Gráfico 2.8

## CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE DISTINTOS SERVICIOS PÚBLICOS. 1998



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

Lógicamente, ante esta situación, parece conveniente tratar de analizar cuáles son los factores que explican por qué algunos individuos conocen los servicios públicos y otros no. En este sentido, por ejemplo, resulta de especial relevancia determinar si el hecho de ser dependiente se encuentra entre esos factores, pues al fin y al cabo las personas dependientes constituyen el colectivo al que van dirigidos los distintos servicios públicos referidos.

Así pues, para tratar de determinar cuáles son los factores que influyen sobre el grado de conocimiento de la oferta pública de cuidados de larga duración, se ha realizado un análisis estadístico cuyos pormenores pueden consultarse en el anexo. Los resultados obtenidos indican que son tres las variables que explican el distinto grado de conocimiento que de los servicios públicos tienen los sujetos. En primer lugar, cuanto mayor es el nivel educativo de los entrevistados, mayor la probabilidad de que éstos conozcan cada uno de los tres servicios considerados. En segundo lugar, se constata que son las personas mayores más jóvenes las que tienen una mayor probabilidad de conocer los servicios públicos. Finalmente, en cuanto al grado de dependencia, los resultados indican que de las personas dependientes, únicamente las

severas tienen una probabilidad mayor que las personas autónomas de saber que existe una oferta pública de cuidados de larga duración.

Estos resultados permiten extraer algunas conclusiones interesantes sobre cómo son las personas que, en principio, pueden decidirse a solicitar la ayuda de la Administración porque conocen de su existencia. En primer lugar, si suponemos que el grado de dependencia constituye un criterio atractivo a la hora de determinar los beneficiarios de los servicios públicos, nuestros resultados invitan al optimismo: comparado con el resto, las personas dependientes severas son las que más conocen de la existencia de los servicios públicos.

Sin embargo, este optimismo debe ser matizado a la luz de otro de los efectos detectados: a igual nivel de dependencia, se observa que las personas más educadas tienen una mayor probabilidad de conocer la existencia de los servicios públicos y, por ello, puede que soliciten utilizarlos en una proporción mayor que el resto de individuos. Debido a ello, puesto que parece razonable pensar que las personas más educadas pertenecerán a familias con mayores recursos económicos, quizás sean estas personas las que acaben realizando una mayor utilización de unos servicios que, teóricamente, están destinados a sujetos con pocos recursos económicos.

De hecho, puesto que es muy probable que los ingresos del individuo y los recursos económicos de su familia estén fuertemente correlacionados, los distintos coeficientes estimados para la variable «ingresos del individuo» parecen reforzar el argumento anterior. Así, excepto en el caso de la atención domiciliaria, se observa que el grupo de sujetos con un menor nivel de ingresos personales (menos de 50.000 pesetas), tienen una probabilidad menor de conocer de la existencia de los centros de día y de las estancias temporales que las personas pertenecientes a los otras dos categorías de ingresos más elevados.

En cualquier caso, más que como un punto de llegada, los resultados obtenidos en este apartado deben interpretarse como un punto de partida para futuros análisis. En este sentido, resulta sorprendente la poca atención prestada por los investigadores al estudio de los factores que determinan las diferencias observadas en el conocimiento de los servicios públicos, y de cómo éstas inciden sobre la utilización que de los mismos realizan los individuos. Si dispusiéramos de información sobre estas cuestiones, la Adminis-

tracción no sólo podría diseñar campañas publicitarias que diseminarán de un modo más efectivo la información entre las personas mayores, sino que tendría una mayor garantía de que los servicios de cuidados de larga duración financiados públicamente son utilizados por aquellos colectivos a los que supuestamente van dirigidos.

## El papel de la familia

### Principales características del apoyo informal en España

Ya hemos visto que el apoyo informal representa la fuente de ayuda más frecuente entre las personas mayores dependientes no institucionalizadas. Sin embargo, el apoyo informal no constituye una modalidad de ayuda totalmente homogénea. Así, al analizar en detalle la información contenida en la ya conocida ESPM, aparecen diferencias importantes.<sup>(28)</sup>

En primer lugar, como pone de manifiesto el gráfico 2.9, la práctica totalidad del apoyo informal tiene su origen en los cuidados que proporcionan miembros de la familia de la persona dependiente. Así, sólo en un 2,6% de los casos, el cuidador principal es una persona que no tiene vínculos familiares con el sujeto que recibe los cuidados. En términos cuantitativos, por tanto, la importancia de los cuidados informales «comunitarios» (amigos, vecinos...) resulta totalmente residual.

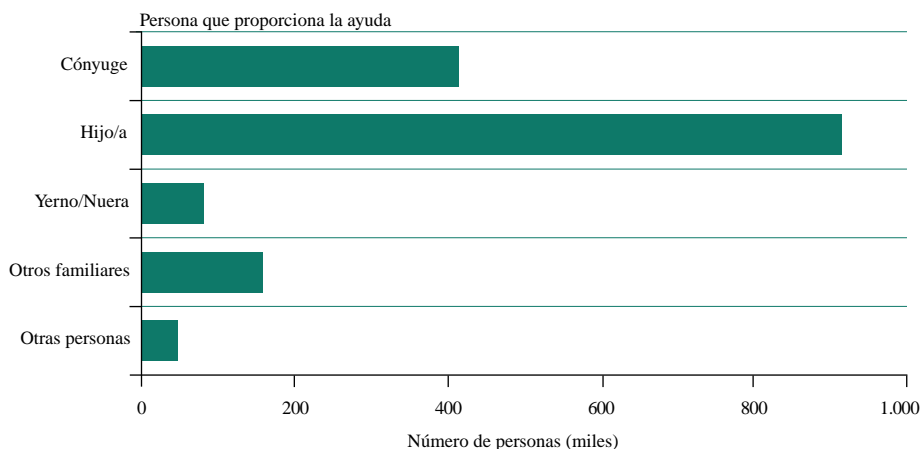
En cuanto a la ayuda familiar, se constata que son los hijos e hijas de las personas dependientes las que en mayor medida proporcionan los cuidados (57%). De hecho, si al papel desempeñado por los descendientes directos añadimos los cuidados procurados por yernos y nueras, un 62% de toda la ayuda familiar proviene de este colectivo «ampliado» de hijos e hijas. Tras éste, el segundo colectivo de cuidadores familiares más importante viene representado por los cónyuges de las personas dependientes, que son la principal fuente de ayuda en casi el 26% de los casos. Finalmente, en el 10% de los casos, son otros familiares (hermanos/as, sobrinos/as...) los encargados de proporcionar los cuidados requeridos por la persona dependiente.

(28) Todos los resultados que se ofrecen en las páginas que siguen tienen una interpretación poblacional, es decir, han sido obtenidos tras aplicar a los resultados muestrales los coeficientes de elevación correspondientes.



Gráfico 2.9

## ORIGEN DEL APOYO INFORMAL. 1998

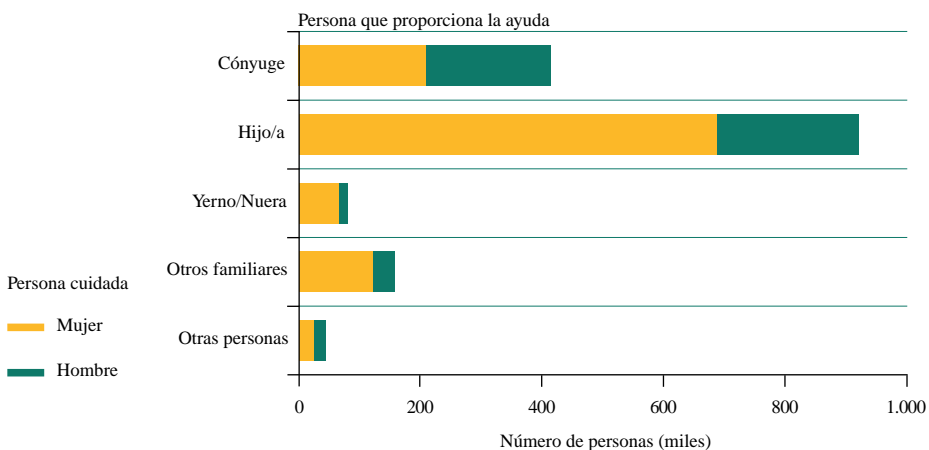


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

Por otro lado, como puede apreciarse en el gráfico 2.10, el sexo de la persona dependiente influye decisivamente sobre cuál de las anteriores fuentes de ayuda resulta más utilizada.

Gráfico 2.10

## SEXO DE LA PERSONA CUIDADA Y TIPO DE CUIDADOR. 1998



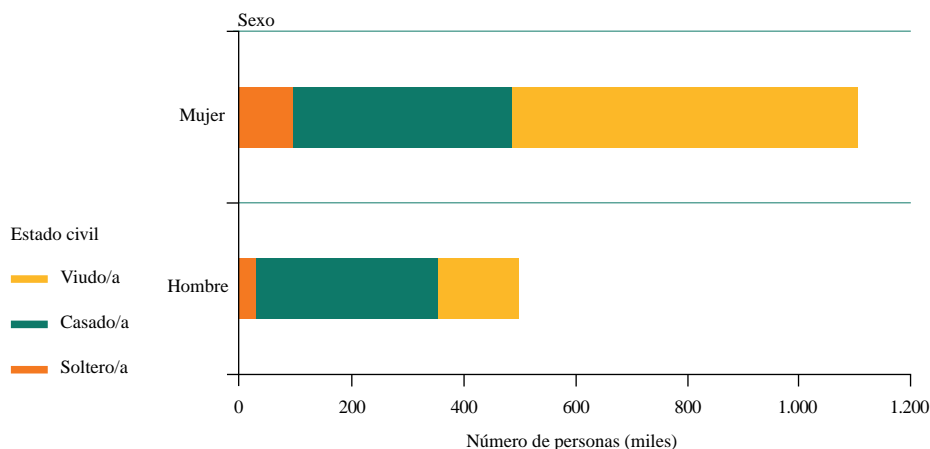
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

Así, centrándonos en las dos fuentes de ayuda más importantes (cónyuges e hijos/as), si la persona dependiente es un hombre, ambas resultan prácticamente igual de frecuentes: un 41% y un 45% respectivamente. Por el contrario, si la persona dependiente es una mujer, la frecuencia de la ayuda conyugal (19%) es muy inferior a la proporcionada por los descendientes (62%). Obviamente, como ponen de manifiesto los dos gráficos siguientes, estas diferencias son el resultado del efecto combinado de dos fenómenos: por un lado, las tasas de viudedad son muy superiores entre las mujeres<sup>(29)</sup> (gráfico 2.11) y, por otro lado, entre las personas viudas, casi el 85% de los cuidados los proporcionan los descendientes (gráfico 2.12).

Tras esta caracterización general del apoyo informal en nuestro país, en los próximos dos apartados analizaremos sendas cuestiones que su por especial importancia merecen un tratamiento diferenciado. En primer lugar, veremos cómo las personas dependientes que reciben apoyo informal se dife-

Gráfico 2.11

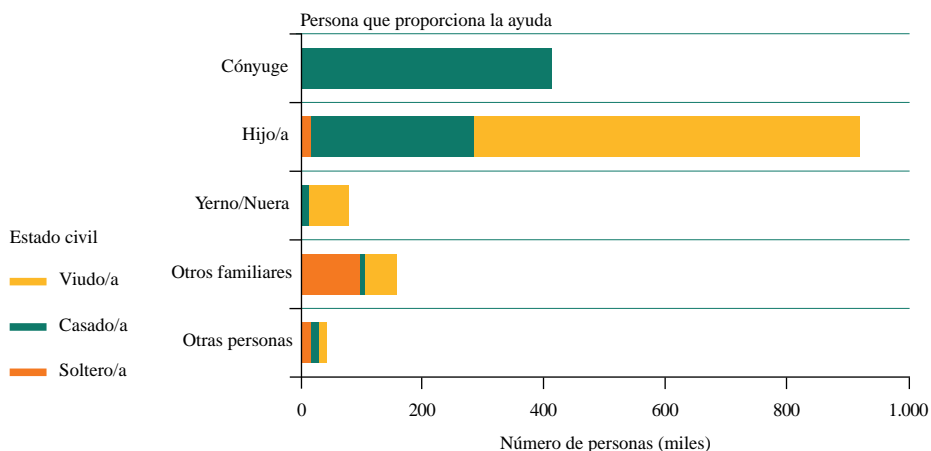
### SEXO Y ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. 1998



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

(29) No sólo por ser más longevas que los hombres, sino también por las diferencias en la edad a la que los hombres y las mujeres contraen matrimonio. Sobre este último aspecto, la ESPM demuestra que en las parejas en las que los dos cónyuges siguen vivos, las mujeres tienen una edad media tres años inferior a la de los hombres.

## ESTADO CIVIL Y TIPO DE AYUDA INFORMAL RECIBIDA. 1998



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

rencian, además de por los factores ya señalados, por el tipo de relación de convivencia que se establece entre ellos y la persona que les cuida. En segundo lugar, discutiremos cuáles son las principales características de los descendientes que asumen el papel de cuidadores, analizando distintas cuestiones relacionadas con el sexo, la edad y la situación laboral de estas personas.

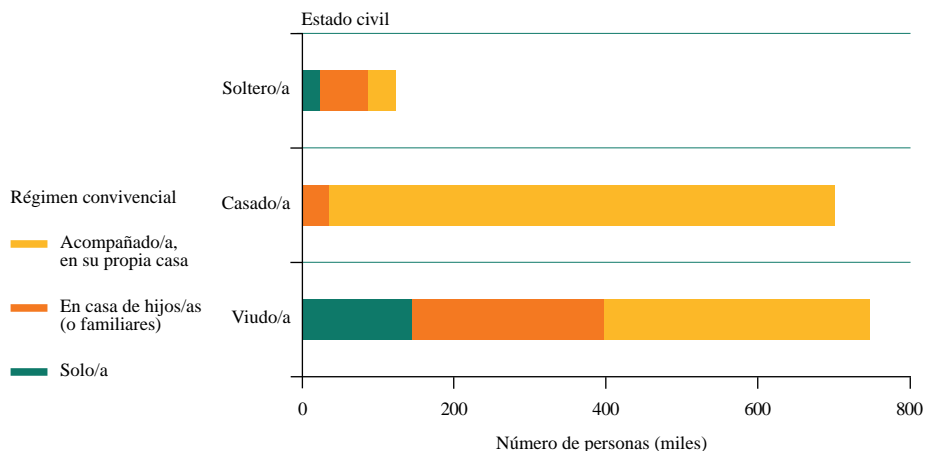
### La importancia del régimen convivencial

Veámos en el apartado anterior en qué medida se relacionan el estado civil del sujeto dependiente y el tipo de persona que le proporciona la ayuda (cónyuge, hijos/as...). Sin embargo, éste no es el único aspecto en el que el estado civil resulta una variable importante. Así, como puede observarse en el gráfico 2.13, el régimen convivencial de la persona dependiente también varía sustancialmente en función de su estado civil.

De los datos anteriores, un primer elemento que llama la atención es, sin lugar a dudas, el elevado porcentaje de personas dependientes que han perdido su autonomía domiciliar: así, un 22% de estas personas no viven en su propia casa, sino que lo hacen en la vivienda de algún familiar (hijos,

Gráfico 2.13

## ESTADO CIVIL Y RÉGIMEN CONVIVENCIAL DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES. 1998



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

sobrinos, hermanos...). No obstante, como también puede apreciarse en el gráfico, este fenómeno tiene una importancia distinta según sea el estado civil de la persona. En el caso de los casados y casadas, sólo un 4% vive en otro sitio que no es su propia casa. Por el contrario, entre las personas solteras y viudas, la pérdida de la autonomía domiciliar se produce, respectivamente, en un 51% y un 34% de los casos. También el vivir solo, como era de esperar, es una opción mucho más frecuente entre las personas solteras (20%) y viudas (19%).

Conocidos estos datos, la cuestión realmente interesante es tratar de comprender cuáles son los factores que determinan que algunos sujetos pierdan su autonomía domiciliar y otros no. A este respecto, el primer elemento que nos viene a la cabeza es el grado de dependencia: si éste es elevado, la persona mayor requerirá de ayuda con bastante frecuencia y, por tanto, la alternativa de que ésta y su ciudador compartan techo gana puntos. Aunque trataremos de contrastar empíricamente esta hipótesis más adelante, una primera aproximación a esta cuestión puede realizarse comparando los regímenes convivenciales de los sujetos dependientes (que aparecían en el gráfico

anterior) con el de los individuos totalmente autónomos (que se muestran en el gráfico 2.14).

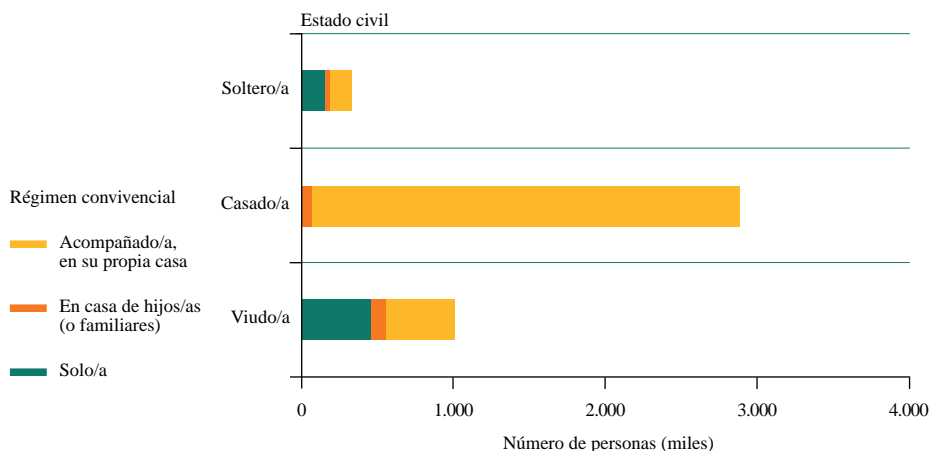
Así pues, se observa claramente cómo la pérdida de la autonomía domiciliar es un fenómeno muy poco frecuente entre las personas mayores no dependientes, pues sólo aparece en un 4,8% del total de casos. Asimismo, cuando se distingue a los sujetos por su estado civil, ese porcentaje apenas alcanza el 2% en el caso de los casados, y es ligeramente superior al 10% en los viudos y separados. En cualquier caso, se trata de porcentajes muy alejados de los que se observaban en el gráfico 2.14.

Por otro lado, de la comparación de los datos contenidos en los dos gráficos anteriores, surge otro resultado que merece la pena señalar. Aunque en términos porcentuales las personas viudas y separadas que viven solas son más o menos las mismas en los dos casos, el hecho de que haya muchas más personas mayores independientes que dependientes motiva que el número total de personas que vivan solas sean en su mayoría sujetos independientes. Así, de las 775.000 personas mayores de 65 años que vivían solas en 1998, únicamente 169.000 (un 21,8%) tenían problemas de dependencia. Volveremos sobre este punto más adelante.

Los resultados anteriores permiten extraer importantes conclusiones acerca del modo en que la familia proporciona los cuidados de larga duración. En primer lugar, hemos visto que cuando una persona casada tiene problemas de dependencia, su cónyuge suele ser el encargado de proporcionarle, en el domicilio que ambos comparten, los cuidados requeridos. En segundo lugar, cuando aparecen problemas de dependencia, si quien los padece es una persona viuda o soltera, la familia de ésta actúa como un resorte que proporciona los cuidados. Asimismo, si el nivel de dependencia de estas personas que carecen de cónyuges es elevado, la solución habitual es que la persona se vaya a vivir a casa de alguno de sus familiares, aunque también puede darse el caso de que ésta siga viviendo en su propio hogar acompañada de algún miembro más joven de su familia. Esta segunda opción, como se ha señalado anteriormente, resulta tanto más probable cuanto menor sea la edad de la persona dependiente. El gráfico 2.15, en el que se aporta información sobre el régimen convivencial de las personas dependientes sin cónyuges, ilustra a la perfección la intensidad de estos fenómenos.

Gráfico 2.14

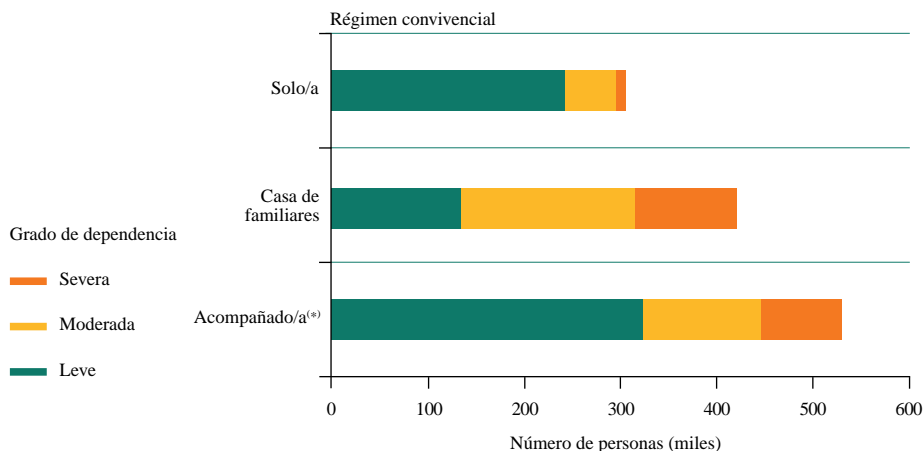
## ESTADO CIVIL Y RÉGIMEN CONVIVENCIAL DE LAS PERSONAS INDEPENDIENTES. 1998



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

Gráfico 2.15

## RÉGIMEN CONVIVENCIAL DE LAS PERSONAS VIUDAS Y SEPARADAS, SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA. 1998



(\*) En su propia casa.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

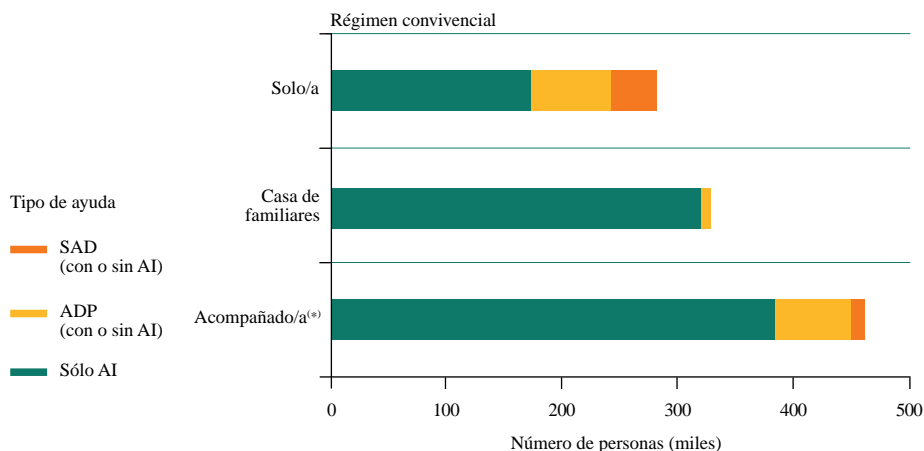
Así pues, de las personas sin cónyuges que tienen un grado de dependencia severo, son muy pocas las que viven solas (5%). Asimismo, aunque este porcentaje resulta más elevado en el caso de los individuos con un grado de dependencia moderado, la cifra sigue siendo modesta (14%). De todos modos, aun en el caso de que las personas dependientes vivan solas, esto no significa que no reciban la ayuda que necesitan. De hecho, como pone de manifiesto el gráfico 2.16, son precisamente estas personas las que en mayor medida utilizan las otras dos fuentes de ayuda disponibles: los servicios públicos de ayuda a domicilio y la atención domiciliaria privada. Asimismo, como también puede observarse en el gráfico, el hecho de vivir solo no implica, necesariamente, que no puedan recibirse cuidados informales por parte de algún miembro de la familia.

A la luz de los resultados obtenidos a lo largo de este apartado, y como corolario de los mismos, quisiéramos concluir con unas breves reflexiones sobre el futuro. A menudo, cuando se discute sobre los cuidados de larga duración, se suele señalar que el previsible incremento del número de personas mayores que viven solas constituye, junto a otros factores, uno de los principales motivos que convierten la cuestión de los cuidados de larga duración en un problema acuciante. Sin embargo, en nuestra opinión, este planteamiento resulta poco acertado si no va acompañado de dos observaciones adicionales.

En primer lugar, creemos que el incremento observado en los últimos años en el número de personas que viven solas constituye, en sí mismo, un dato positivo. Y es positivo porque ha estado motivado, entre otras cosas, por el aumento en el poder adquisitivo de muchas personas mayores. Así, estamos convencidos de que la universalización de las pensiones asistenciales, sobre todo en el caso de las mujeres viudas, ha constituido uno de los factores que en mayor medida han hecho posible que muchas de ellas siguieran viviendo en su propio hogar. De hecho, como ya hemos indicado anteriormente, más del 80% de las personas mayores que viven solas son totalmente independientes. Evidentemente, esta nueva realidad que está surgiendo puede plantear problemas en algunos casos (la soledad, por ejemplo). No obstante, estos problemas no nos pueden hacer perder de vista los que existían con anterioridad. Antes, cuando alguien se quedaba viudo y tenía pocos ingresos, estaba obligado o a irse a vivir con otras personas, y muy probablemente sentirse una carga para ellas, o ingresar en una residencia, y quizás

Gráfico 2.16

## RÉGIMEN CONVIVENCIAL DE LAS PERSONAS VIUDAS Y SEPARADAS, SEGÚN TIPO DE AYUDA RECIBIDA. 1998



(\*) En su propia casa.

Nota: AI: Apoyo informal. SAD: Atención domiciliaria pública. ADP: Servicios públicos de ayuda a domicilio.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

padecer las consecuencias negativas de verse separada del que había sido su entorno habitual (el barrio, el pueblo...). Por ello, frente a estas alternativas, vivir solo en un medio conocido puede ser una alternativa preferida por muchas personas mayores independientes.

No obstante, y esta es la segunda observación que cabe realizar, el vivir solo puede convertirse en un problema si, cuando surgen problemas de dependencia, la persona no puede recurrir al apoyo formal o informal en su propio hogar, ni tampoco irse a vivir a casa de algún familiar. Así pues, desde esta perspectiva, la cuestión relevante a la hora de discutir sobre los efectos futuros del incremento del número de personas mayores solas es la siguiente: ¿existen razones para pensar que esas alternativas asistenciales puedan resultar menos viables en los próximos años? En el caso de los servicios formales, puede que no: bien porque la Administración continúe expandiendo sus niveles de oferta, bien porque las personas mayores del futuro vean aumentados sus ingresos y puedan comprar más atención domiciliaria privada. En el caso del apoyo informal, puedan aparecer problemas si la



familia tiene una menor capacidad de respuesta. Al análisis de esta cuestión, precisamente, dedicamos el próximo apartado.

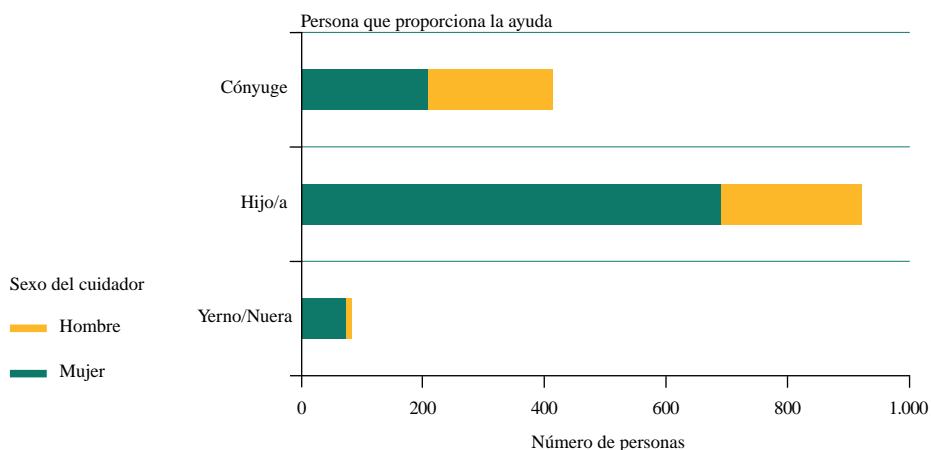
### **Las bajas tasas de actividad femeninas: motor del apoyo informal**

En páginas anteriores, cuando analizamos las características generales del apoyo informal en nuestro país, ya tuvimos ocasión de comprobar que los principales proveedores de esta modalidad de asistencia son los descendientes de las personas mayores dependientes. En concreto, cuando al papel desempeñado por los descendientes directos añadíamos los cuidados procurados por yernos y nueras, la ESPM señalaba que un 62% de toda la ayuda familiar provenía de este colectivo «ampliado» de hijos e hijas. Así pues, puesto que nuestro principal objetivo es tratar de discutir cuál puede ser la evolución futura del apoyo informal, resulta evidente que primero deberemos analizar cuáles son las principales características de este importante grupo de cuidadores. Para ello, sin embargo, la ESPM no resulta una fuente de información adecuada: debido a que los sujetos que componen la muestra de esta encuesta son las personas mayores dependientes, y no sus cuidadores, es muy poca la información que se proporciona acerca de éstos últimos.

Afortunadamente, para analizar las principales características de las personas que proporcionan cuidados informales en nuestro país, contamos con una fuente de datos alternativa: la Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores, 2ª fase (EAI-2) (CIS, 1994). Dicha encuesta contiene información sobre 1.700 personas de más de 18 años que, en 1994, proporcionaban cuidados informales (no remunerados) a otras tantas personas mayores dependientes de todo el país.

A pesar de haber sido realizada cuatro años antes, una primera explotación de los datos contenidos en la EAI-2 (1994) arroja unos resultados muy parecidos a los que obtuvimos al analizar la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (1998). En concreto, como puede observarse en el gráfico 2.17, los descendientes de las personas dependientes continúan siendo los principales proveedores de ayuda familiar. No obstante, un dato novedoso, que también aparece en el gráfico, es el relativo al sexo de los cuidadores: en un 76% de los casos, los descendientes encargados de proporcionar los cuidados son mujeres.

## RELACIÓN DEL CUIDADOR CON LA PERSONA CUIDADA, POR SEXOS. 1998



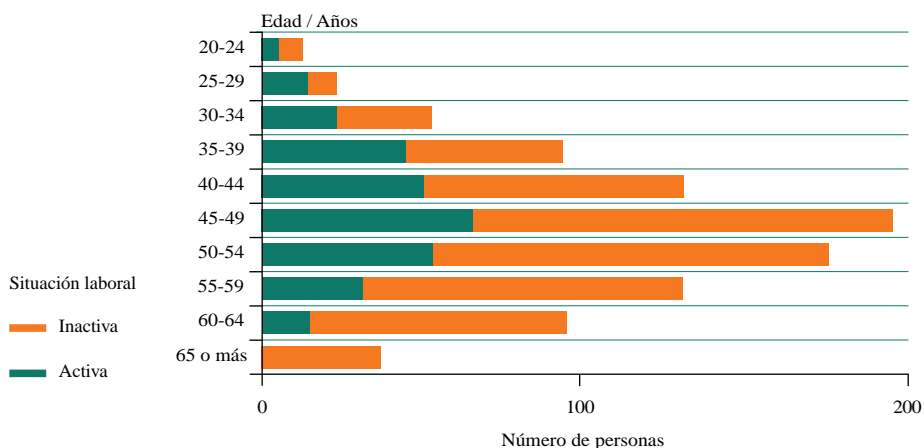
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores, 2ª fase (CIS, 1994).

Según estos datos, por tanto, parece claro que son las hijas y las nueras las que actualmente proporcionan el grueso de los cuidados informales. Este hecho, como pone de manifiesto el gráfico 2.18, está íntimamente relacionado con el perfil de edad de esas mujeres cuidadoras y, más concretamente, con las bajas tasas de actividad asociadas a dicho perfil.

De los datos que aparecen en el gráfico anterior, un primer elemento que llama la atención es el relativo a la edad de las mujeres cuidadoras: un 81% tiene más de 40 años. De hecho, sólo las mujeres de entre 45 y 54 años representan ya cerca del 40% del total de cuidadoras. Evidentemente, este hecho constituye el reflejo directo de algo que ya sabemos: las personas mayores dependientes son, en su mayoría, sujetos de más de 80 años. No es extraño, por tanto, que el perfil de edad de las descendientes que los cuidan sea el que acabamos de señalar. Asimismo, como también se observa en el gráfico, la situación laboral que en mayor medida caracteriza a las mujeres cuidadoras es la inactividad.

No obstante, puesto que atender a una persona mayor dependiente puede absorber muchas horas, podría pensarse que, en realidad, las bajas

## EDAD Y SITUACIÓN LABORAL DE LAS HIJAS Y NUERAS QUE PROPORCIONABAN CUIDADOS INFORMALES EN 1994



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores, 2ª fase (CIS, 1994).

tasas de actividad observadas vienen motivadas por el hecho de que las cuidadoras se han visto obligadas a abandonar el mercado de trabajo. Sin embargo, cuando se pregunta a las entrevistadas si han tenido que dejar de trabajar, únicamente el 10% responde afirmativamente. Asimismo, hemos comparado las tasas de actividad de estas mujeres y las de la población general en 1994 (Fernández Cordon, 1996), y no se aprecian diferencias significativas. En otras palabras, son aún pocas las mujeres que se encuentran en la tesitura de tener que decidir entre seguir trabajando o cuidar a un familiar dependiente, por la sencilla razón de que la inmensa mayoría de mujeres cuidadoras (70%) estaban inactivas cuando empezaron a actuar como tales. Son estos datos los que, de hecho, justifican el título de este epígrafe: hasta la fecha, las bajas tasas de actividad de las mujeres que tienen familiares mayores dependientes, han sido el principal factor que ha hecho posible que estas personas pudieran ver cubiertas de un modo «familiar» sus necesidades de cuidados.

No obstante, como veremos más adelante, las previsiones indican que las tasas de actividad femenina experimentarán un crecimiento notable en los próximos años. Por ello, en contraposición a la situación actual, lo que

cabe esperar para el futuro es que más mujeres se vean obligadas a tener que decidir, si un familiar próximo tiene problemas de dependencia, cómo compaginar su actividad laboral y los cuidados que pueda precisar esa persona mayor. En este sentido, aunque no sean aún muchas las mujeres que se encuentran en esa tesitura, el análisis de su comportamiento puede proporcionarnos pistas interesantes acerca de lo que puede ocurrir en el futuro. Por ello, en el próximo apartado, abordamos esa cuestión utilizando parte de la información contenida en la Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores. 2ª fase (EAI-2).

### **El tiempo: un recurso escaso**

Obviamente, cuando alguien se ocupa de atender a una persona dependiente, el tiempo disponible para realizar otras actividades se ve reducido. Así, en el caso de que el cuidador no estuviera trabajando antes de asumir su nuevo rol, ayudar a la persona dependiente le obliga a disfrutar de menos ocio y/o a dedicar menos tiempo a las responsabilidades que hubiera asumido previamente (por ejemplo, las tareas del hogar). Por su parte, en el caso de aquellas personas que se encontraban trabajando, además de los sacrificios que acabamos de mencionar, aparece la cuestión de si seguir trabajando o no, y si es que sí, cuántas horas. En cualquier caso, y esto es lo importante, si un familiar precisa de ayuda, sus descendientes deben tomar decisiones acerca de cómo asignar un recurso escaso, su propio tiempo, entre esa nueva tarea y el resto de actividades que vinieran realizando (ocio, trabajo y tareas del hogar).<sup>(30)</sup>

Adoptando este enfoque, y utilizando la información contenida en la EAI-2, hemos planteado un modelo estadístico que permite analizar cómo han reaccionado aquellas mujeres que trabajaban ante la responsabilidad de tener que cuidar a una persona mayor dependiente.<sup>(31)</sup> Los resultados obtenidos indican que existen dos factores fundamentales que explican por qué algunas mujeres, cuando tienen que proporcionar cuidados a un familiar dependiente, se deciden a abandonar el mercado de trabajo. En primer lugar,

(30) Este modo de analizar los comportamientos familiares, utilizando conceptos propios de la teoría económica, arrancó a finales de los años sesenta, siendo su principal impulsor el economista norteamericano y premio Nobel, Gary Becker (1981).

(31) El lector interesado puede consultar los detalles de este modelo en el anexo.

la probabilidad de abandono es muy superior entre las mujeres con menor nivel de formación. En concreto, comparado con aquellas personas que tienen estudios secundarios y superiores, tanto las mujeres sin estudios como las que sólo tienen estudios primarios, muestran una mayor propensión a dejar de trabajar para poder ocuparse de la persona mayor dependiente a la que cuidan. Este fenómeno, sin embargo, no debe resultarnos sorprendente: al ser los ingresos salariales de las mujeres más formadas superiores, es lógico que éstas abandonen relativamente menos el mercado de trabajo, pues el coste monetario que supone esta decisión es superior para ellas que para las mujeres con menor formación.

Por otro lado, la segunda variable que influye sobre la decisión de dejar o no el trabajo es la relativa al grado de dependencia de la persona mayor a la que se cuida. En efecto, cuanto mayor es el número de AVDs en las que el sujeto precisa de ayuda, mayor la probabilidad de que la mujer encargada de cuidarle se decida a abandonar el mercado de trabajo. De nuevo, este resultado tiene una fácil explicación: un mayor nivel de dependencia implica, lógicamente, que el número de horas durante las que hay que proporcionar cuidados sea superior. Por ello, cuando el nivel de dependencia es elevado, resulta más complicado poder compaginar adecuadamente un trabajo remunerado con las tareas de cuidadora.

Ahora que ya conocemos los factores que influyen sobre el comportamiento laboral de las mujeres que han decidido asumir el cuidado de un familiar dependiente, hay una segunda cuestión que merece ser analizada: aquellas mujeres que deciden seguir en el mercado laboral, ¿dedican menos horas a proporcionar cuidados que las que deciden abandonarlo?

Lamentablemente, la Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores. 2ª fase (EAI-2), que es la única encuesta que se ha realizado en nuestro país sobre el apoyo informal, no contiene la información necesaria para poder analizar la cuestión anterior. De hecho, a nivel internacional, sólo se conoce la existencia de un trabajo cuyos resultados permitan extraer alguna luz sobre la cuestión que nos preocupa (Boaz, 1996). En dicho estudio, tras analizar una amplia encuesta realizada en EE.UU. sobre el apoyo informal, su autora concluía que de las personas que se encargaban de proporcionar cuidados a un anciano dependiente, sólo aquellas que trabajaban a tiem-

po completo dedicaban un número de horas significativamente menor que el resto a sus tareas de cuidador. Por el contrario, en el caso de los trabajadores a tiempo parcial, éstos proporcionaban la misma cantidad de cuidados que las personas que no tenían un empleo remunerado. Así pues, a la luz de estos resultados, parece que el efecto de no abandonar el mercado de trabajo sobre el número de horas de cuidados va a depender, en última instancia, de cuál sea el tipo de jornada de trabajo por la que se opte.

De hecho, en muchos casos, puede que las mujeres consideren más alternativas que sólo las de seguir o no trabajando. En concreto, como han puesto de manifiesto diversos estudios,<sup>(32)</sup> es probable que algunas de ellas decidan simplemente reducir su jornada de trabajo y, de ese modo, lograr compaginar su actividad laboral con sus tareas de cuidador.<sup>(33)</sup>

No obstante, ya sea trabajando a tiempo completo o a tiempo parcial, es evidente que las mujeres cuidadoras que decidan mantenerse en el mercado laboral van a tener que realizar sacrificios, siendo quizás el más importante el relativo a la pérdida de tiempo de ocio (relaciones sociales, hobbies...). Es probable, por tanto, que algunas de esas mujeres traten de aminorar estos efectos negativos recurriendo a los servicios domiciliarios formales.<sup>(34)</sup> De hecho, según los datos contenidos en la EAI-2, el apoyo que proporcionan un 10% de las cuidadoras que trabajan a tiempo completo se ve complementado con atención domiciliaria. Por el contrario, en el caso de las mujeres que trabajan a tiempo parcial, este porcentaje es del 7%, y únicamente del 0,5% entre aquellas mujeres que no trabajan.

### **La transición laboral de las mujeres españolas**

Ya hemos visto que actualmente la mayoría de mujeres que proporcionan ayuda a un ascendiente con problemas de dependencia son personas inactivas. Este hecho, como hemos señalado anteriormente, está relacionado con el perfil etario de estas mujeres: en general, son personas de entre 45 y

(32) Stern (1990), Ettner (1995), y Wolf y Soldo (1995).

(33) Evidentemente, también existe la alternativa de no proporcionar ni una sola hora de cuidados. No obstante, ni la EAI-2 ni ninguna otra encuesta nacional o internacional, permite estimar cuántos descendientes se inclinan por esta opción. Pensamos, sin embargo, que su número no debe de ser muy alto.

(34) Por otro lado, hay que añadir que en muchas ocasiones las cuidadoras principales, trabajen o no, cuentan con el apoyo de otros miembros de su familia a la hora de proporcionar los cuidados a la persona dependiente. Así, casi un 60% de las mujeres que proporcionan ayuda a un ascendiente reciben apoyo de otras personas.

65 años, con un bajo nivel formativo, que abandonaron el mercado de trabajo al contraer matrimonio para asumir el cuidado de sus hijos y ocuparse de las tareas del hogar. En definitiva, constituyen el reflejo de un modo de organización familiar, al que nos referíamos al comienzo de este capítulo, en el que los hombres se han ocupado de generar ingresos para la unidad familiar y las mujeres se han encargado de proporcionar servicios domésticos. Por ello, en este tipo de familias, cuando algún ascendiente tenía problemas de dependencia y había enviudado, alguna de sus hijas o nueras se convertía en la candidata natural para proporcionar los cuidados que esa persona mayor pudiera necesitar.

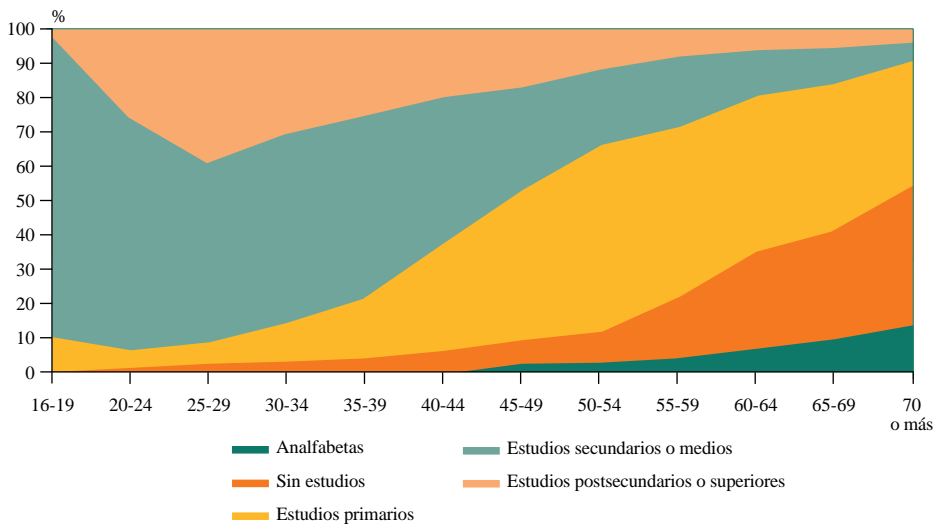
Sin embargo, las mujeres que en los próximos años se verán en la tesitura de tener que cuidar a alguno de sus padres, se parecen poco a las mujeres que hoy en día se ocupan de proporcionar ese tipo de cuidados. Comparado con éstas, aquéllas no sólo tienen unos niveles formativos muy superiores, sino que su comportamiento laboral es sustancialmente distinto. En cuanto a lo primero, las cifras que se muestran en el gráfico 2.19 no pueden ser más elocuentes.

Las nuevas generaciones de mujeres se caracterizan, pues, por haber alcanzado unos niveles de formación muy superiores a los de sus predecesoras. Asimismo, puesto que un mayor nivel educativo suele ir acompañado de más y mejores oportunidades de empleo, durante las últimas dos décadas las tasas de empleo de las sucesivas cohortes de mujeres de entre 25 y 45 años han experimentado un incremento espectacular. La intensidad de este fenómeno, al que se ha dado el oportuno nombre de «transición laboral femenina» en un reciente informe del Consejo Económico y Social (CES, 2000), puede apreciarse claramente en el gráfico 2.20.

Las protagonistas de esta transición laboral, según señala el citado informe del CES, han sido las sucesivas generaciones de mujeres que nacieron al empezar el «baby boom» que, como apuntábamos en el capítulo I, tuvo su origen en nuestro país en 1955. En general, estas mujeres, que ahora tienen entre 30 y 45 años, están siguiendo trayectorias vitales muy distintas a las de sus madres: no sólo tienen menos hijos, sino que cuando los tienen, que es más tarde, la mayoría de ellas no abandona por ello el mercado de trabajo (Alba, 2000). En suma, buena parte de las nuevas generaciones de

Gráfico 2.19

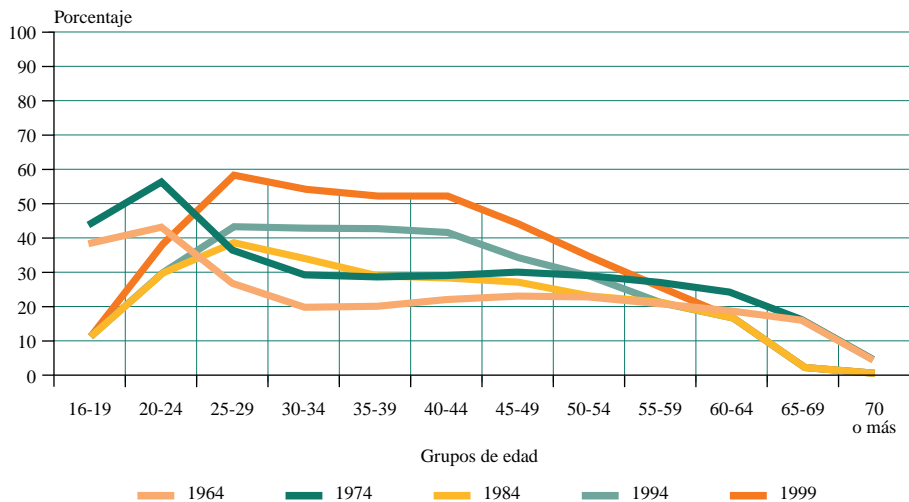
## MUJERES POR EDAD Y ESTUDIOS TERMINADOS. 1999



Fuente: CES (2000).

Gráfico 2.20

## TASAS DE EMPLEO FEMENINAS POR EDAD. 1964-1999



Fuente: CES (2000).



mujeres han optado por un modelo de familia más reducido, en el que tanto ellas como sus cónyuges se encargan de aportar ingresos al hogar. Así las cosas, puesto que en los próximos años las personas mayores dependientes van a ser precisamente los padres de estas mujeres y de sus maridos, está claro cuál es la pregunta que cabe formular: ¿podrán los descendientes de las personas mayores de mañana seguir proporcionando apoyo informal en un grado similar al actual?

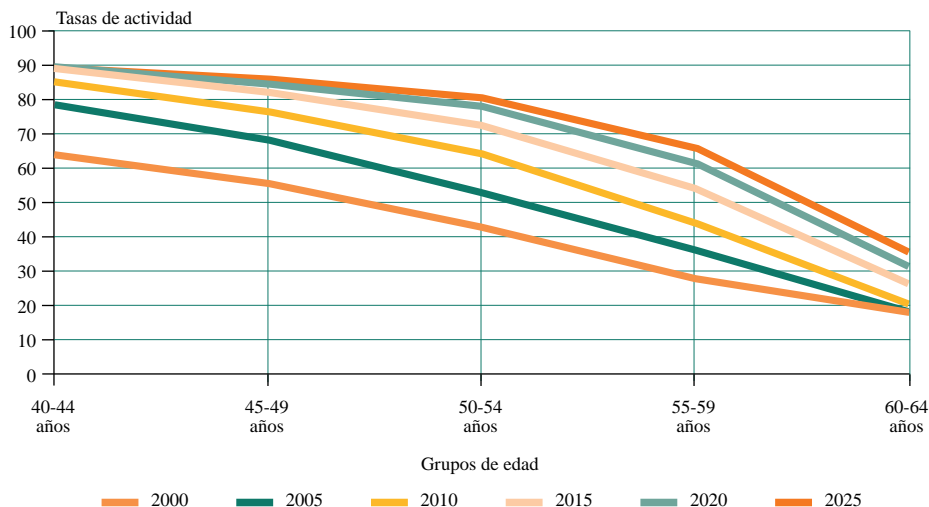
### **¿Crisis futura del apoyo informal?**

El futuro, como ya tuvimos ocasión de comprobar en el capítulo I, es algo sobre lo que siempre resulta complicado pronunciarse. No obstante, en el caso que ahora nos ocupa, hay un aspecto que está fuera de toda duda, y éste es el relativo a la edad de las personas que en los próximos años tendrán un ascendiente aquejado de problemas de dependencia. Así, extrapolando las cifras actuales, cerca del 80% de esas personas tendrán entre 40 y 65 años. También podemos estar seguros de que de esas personas, tal como sucede hoy, aproximadamente un 50% serán hombres y un 50% mujeres. Sin embargo, el porcentaje de estas últimas que estará trabajando cuando su ascendiente empiece a tener problemas de dependencia será muy distinto al actual, por una sencilla razón: en los próximos años, se prevé que las tasas de actividad femeninas sigan aumentando para todas las cohortes de edad comprendidas entre los 40 y los 65 años (Fernández Córdón, 1996). A este respecto, el gráfico 2.21 resulta bastante ilustrativo.

Así pues, en los próximos veinticinco años, cuando en una familia alguno de sus miembros de más edad empiece a padecer problemas de dependencia, las descendientes de esa persona se caracterizarán por el hecho de que en la mayoría de los casos o tendrán un empleo, o lo estarán buscando. En contraposición a la situación actual, por tanto, será muy elevado el porcentaje de potenciales cuidadoras que se verá en la tesitura de tener que decidir acerca de cuántas horas de cuidados proporcionar, y cómo combinar esta labor con su empleo remunerado. De hecho, según los resultados que obteníamos anteriormente, cabe suponer que serán pocas las que decidan abandonar totalmente el mercado laboral, pues gracias a su mayor nivel educativo ocuparán puestos de trabajo mejor remunerados que los de sus predecesoras.

Gráfico 2.21

## TASAS FEMENINAS DE ACTIVIDAD EN ESPAÑA. 2000-2025



Fuente: Elaboración propia a partir de Fernández Cordón (1996).

Por todo ello, en los próximos años, más que una crisis del apoyo informal, lo que creemos que va a producirse es una transformación del mismo. Por un lado, debido a la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo, lo que probablemente ocurra es que no sólo ellas, sino también sus cónyuges, acaben responsabilizándose de proporcionar los cuidados que el padre o la madre de uno de ellos pueda necesitar. Por otro lado, puesto que previsiblemente esas parejas seguirán trabajando a pesar de actuar como cuidadores, quizás muchas de ellas traten de buscar un complemento a sus cuidados en la atención domiciliaria. En cualquier caso, para que estos nuevos modos de actuación familiar puedan llegar a producirse, sí parece evidente que tanto el sector público como el privado están llamados a desempeñar un papel más importante que en la actualidad. Precisamente, el análisis de este posible reequilibrio futuro de fuerzas entre la familia, el sector privado y la Administración, constituye el objetivo del próximo capítulo.