

Colección Estudios Sociales

Núm. 6

# Vejez, dependencia y cuidados de larga duración

## Situación actual y perspectivas de futuro

---

David Casado Marín

Guillem López i Casasnovas



Fundación "la Caixa"

El título de este volumen de la Colección de Estudios Sociales contiene tres conceptos, vejez, dependencia y cuidados de larga duración, cuya reunión parece presuponer que entre ellos existe una relación muy estrecha derivada de que se mueven en el mismo sentido. La tasa de envejecimiento de la población ha crecido de forma importante, como consecuencia, a la vez, del alargamiento de la vida y de la reducción de la fecundidad. Con ella ha aumentado la proporción de personas que son dependientes para poder realizar las actividades corrientes de la vida diaria, lo cual conlleva que necesiten de cuidados que evidentemente tendrán una larga duración.

El propósito de esta obra en relación con este tema es doble. Por una parte, establecer cuál es la situación actual de la dependencia y de los cuidados de larga duración, valorando el papel que juegan cada una de las tres fuentes de provisión de los mismos, la familia, el sector público y el mercado.

La segunda finalidad del estudio es analizar las perspectivas en términos del coste futuro de los cuidados de larga duración. De la estimación del coste futuro de los cuidados de larga duración, los autores pasan a considerar las posibles formas de atender a su financiación, presentando la experiencia internacional y su posible traslación a nuestro país.



Colección Estudios Sociales

---

Núm. 6

# Vejez, dependencia y cuidados de larga duración

Situación actual  
y perspectivas de futuro

David Casado Marín  
Guillem López i Casasnovas



Fundación "la Caixa"

© David Casado Marín, Guillem López i Casasnovas  
© Fundación "la Caixa", 2001

La responsabilidad de las opiniones emitidas en los documentos de esta colección corresponde exclusivamente a sus autores. La Fundació "la Caixa" no se identifica necesariamente con sus opiniones.

---

Edita

Fundación "la Caixa"

Av. Diagonal, 621  
08028 Barcelona

---

Patronato de la Fundación "la Caixa"

Presidente

José Vilarasau Salat

Vicepresidentes

José Juan Pintó Ruiz

Enrique Alcántara-García Irazoqui

Alejandro Plasencia García

Patronos

Joan Antolí Segura

Francisco Bové Tarragó

Antonio Brufau Niubó

Marta Corachán Cuyás

Luis Elías Viñeta

Isidro Fainé Casas

Ramón Fàbrega Sala

José Ramón Forcada Fornés

María Isabel Gabarró Miquel

Salvador Gabarró Serra

Manuel García Biel

Javier Godó, Conde de Godó

María del Carmen Gomà Raich

Federico Mayor Zaragoza

Jorge Mercader Miró

Julio Miralles Balagué

Miguel Noguera Planas

Mateu Puigròs Sureda

María Assumpció Rafart Serra

Manuel Raventós Negra

María Pilar Riart Gil

Luis Rojas Marcos

Juan Vilalta Boix

Secretario

Ricardo Fornesa Ribó

Vicesecretario

Alejandro García-Bragado Dalmau

Director General

Luis Monreal Agustí

---

Colección Estudios Sociales

Director

Josep M. Carrau

---

# ÍNDICE

	<u>PÁG.</u>
PRESENTACIÓN	7
<hr/>	
INTRODUCCIÓN	9
El envejecimiento demográfico y la adaptación de las políticas sociales a las nuevas necesidades	9
<hr/>	
I. LA DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES	24
1. Vejez y dependencia	24
2. La dinámica poblacional de la dependencia	26
El envejecimiento demográfico: ¿héroe o villano?	26
Longevidad y problemas de dependencia: teorías	29
Evolución dinámica de los problemas de dependencia: la evidencia empírica internacional	31
Proyecciones del número de personas mayores dependientes en el futuro	35
3. La situación en España	37
El envejecimiento demográfico: una realidad presente y futura	37
La prevalencia de la dependencia en España: evidencia empírica	42
Nuevos datos sobre la dependencia en España	52
A modo de conclusión	67
<hr/>	
II. EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	68
1. ¿Una responsabilidad individual o colectiva?	68
2. Breve panorámica internacional de los cuidados de larga duración	76
Características de un modelo de cuidados de larga duración	76

	<u>PAG.</u>
Provisión	82
Servicios públicos: criterios de acceso y mecanismos de financiación	93
El gasto en cuidados de larga duración de los países desarrollados	100
3. Análisis de la situación actual de los cuidados de larga duración en España	105
Las grandes cifras de nuestro modelo de cuidados de larga duración	106
Los servicios formales de cuidados de larga duración	112
El papel de la familia	123
<hr/>	
III. EL COSTE FUTURO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN	142
1. Introducción	142
2. Metodología	144
Proyecciones sobre el coste futuro de los cuidados de larga duración	144
Marco de análisis: factores determinantes del coste total de los cuidados de larga duración	145
Un modelo de simulación del coste futuro de los cuidados de larga duración	146
3. Los datos de partida del modelo	156
Variables de demanda	156
Variables de oferta	162
4. Características de los escenarios simulados: hipótesis sobre la evolución futura de los factores determinantes	164
5. Limitaciones y ventajas del modelo de simulación propuesto	169
Limitaciones	169
Ventajas	170
6. Resultados del modelo	171
Evolución del número de usuarios de los distintos servicios	172

	<u>PAG.</u>
Una estimación del coste actual de los cuidados de larga duración	179
El coste futuro de los cuidados de larga duración en España: 1999-2026	181
7. La financiación futura de los cuidados de larga duración	187
Ayudas a las familias	188
Seguros privados de dependencia: alcance y limitaciones	190
Creación de un seguro social de dependencia	195
<hr/>	
CONCLUSIONES	205
Retos para la política social ante unas necesidades emergentes	205
<hr/>	
ANEXOS	214
<hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	235
<hr/>	

## Presentación

*El título de este nuevo volumen de la Colección de Estudios Sociales contiene tres conceptos, vejez, dependencia y cuidados de larga duración, cuya reunión parece presuponer que entre ellos existe una relación muy estrecha derivada de que se mueven en el mismo sentido. La tasa de envejecimiento de la población ha crecido de forma importante, como consecuencia, a la vez, del alargamiento de la vida y de la reducción de la fecundidad. Con ella ha aumentado la proporción de personas que son dependientes para poder realizar las actividades corrientes de la vida diaria, lo cual conlleva que necesiten de cuidados que evidentemente tendrán una larga duración. Los autores de este trabajo señalan que no es cierto que la dependencia sea función sólo de la edad, sino que otros factores inciden en ella, como la educación, la cultura, la salud, la trayectoria vital. Ahora bien, aunque el porcentaje de dependencia pueda reducirse, no lo va a hacer la tasa de envejecimiento, ni la necesidad de proporcionar cuidados de larga duración a un número posiblemente creciente de personas dependientes.*

*El propósito de esta obra en relación con este tema es doble, tal como se indica en su título. Por una parte, establecer cuál es la situación actual en España de la dependencia y de los cuidados de larga duración, valorando el papel que juegan cada una de las tres fuentes de provisión de los mismos, la familia, el sector público y el mercado. La aportación de la familia es absolutamente predominante, aunque con perspectivas de clara disminución de peso por los cambios en la estructura familiar y en el papel de la mujer en*

*la sociedad, mientras que España destaca por la escasa presencia de la provisión pública en los cuidados de larga duración.*

*La segunda finalidad del estudio es analizar las perspectivas en términos del coste futuro de los cuidados de larga duración, para lo cual se ha debido hacer una simulación sobre la previsible evolución de todas las variables hasta ahora mencionadas, es decir, las tasas de envejecimiento y de dependencia y la distribución tanto entre las diversas modalidades de cuidados como entre los tres proveedores de los mismos. De la estimación del coste futuro de los cuidados de larga duración, los autores pasan a considerar las posibles formas de atender a su financiación, presentando la experiencia internacional y su posible traslación a nuestro país.*

*La realización del estudio ha ido a cargo de David Casado Marín y Guillem López i Casanovas, profesor asociado y catedrático respectivamente del Departamento de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, ambos con amplia dedicación y publicaciones sobre el tema de la economía de la salud.*

*Con la publicación de esta obra la Fundación "la Caixa" desea contribuir al conocimiento de un tema poco estudiado hasta ahora y al debate sobre la mejor manera de atender a la solución de una necesidad de la sociedad, cuya importancia se anticipa que será creciente.*

**Alejandro Plasencia**

Vicepresidente

Fundación "la Caixa"

Barcelona, junio de 2001

# Introducción

El envejecimiento relativo de la población española, como es bien sabido, ha venido motivado por la concurrencia de dos fenómenos diferenciados: 1) el aumento de la esperanza de vida de los españoles, y 2) la importante bajada de la fecundidad que, al menos hasta cierto punto, constituye el reflejo de una transición demográfica coherente con el grado de desarrollo alcanzado por nuestro país.

No obstante, mientras no cabe duda de que al primero hay que saludarlo con parabienes, especialmente si conseguimos garantizar que el aumento de la expectativa de vida se produzca libre de incapacidad, al descenso de la fecundidad las sociedades lo han recibido con sentimientos contrapuestos. En cualquier caso, este descenso refleja un problema de «escalón» (retraso de la maternidad) que no se espera permanente: así, una vez completada la transición, lo previsible es que las tasas de fecundidad vuelvan a unos niveles acordes con los de un país desarrollado. De hecho, según los datos disponibles, en España sólo se empieza a producir una reducción drástica de la fecundidad a partir de 1975, pasándose de un valor cercano a los 3 hijos por mujer en edad fértil a poco menos de 1,5 en la década de los noventa. No obstante, en la medida en que el retraso en la maternidad ya parece haber tocado techo, y si se opta por desarrollar políticas familiares y laborales de acompañamiento adecuadas, el Observatorio Europeo para las políticas de protección a las familias ve posible que las tasas de fecundidad españolas se estabilicen en sus actuales valores o, incluso, que mejoren leve-

mente y se aproximen a la media europea (1,5). En este sentido, la experiencia sueca durante el último quinquenio resulta esperanzadora.<sup>(1)</sup>

De ese modo, si finalmente las tasas de fecundidad acaban mejorando, no queda sino valorar positivamente el aumento de la esperanza de vida de los españoles referido anteriormente. Un fenómeno que ha tenido consecuencias demográficas espectaculares: así, si mientras entre 1900 y 1960 únicamente un millón de personas pasaron a engrosar el colectivo de individuos de más de 65 años, entre 1960 y 1998 la cifra correspondiente fue de casi 3 millones de individuos, lo que provocó que el porcentaje representado por las personas de más de 65 años sobre el total de población prácticamente se doblara durante ese período (del 8,2% en 1960 se pasó al 16,3% en 1998).

En cuanto al futuro, según apunta Fernández Cordón (1998),<sup>(2)</sup> en los próximos 25 años cabe esperar un aumento de otros 3 millones en la cifra de personas mayores de 65 años, de tal forma que el porcentaje representado por este colectivo sobre el total poblacional pasará a ser de un 22% en el año 2025. Aunque ciertamente dichas proyecciones están sujetas a incertidumbres, esta tendencia al envejecimiento demográfico parece bien fundada y, como señalan Gruber y Wise (2001),<sup>(3)</sup> resulta común a la mayoría de países occidentales. Asimismo, según estos autores, España es uno de los países que previsiblemente registrará unos incrementos mayores, especialmente en las proyecciones que apuntan al año 2050. Así, del 0,25 actual, el ratio de población con 65 años o más sobre la población de entre 20 y 64 años pasaría nada menos que al 0,6 en el año 2050, una cifra sólo comparable a la de países como Italia y Japón que, sin embargo, experimentarán crecimientos relativos menores al contar ambos con poblaciones de partida más envejecidas que la española. Por su parte, países como Suecia, Holanda, Canadá y Estados Unidos se estabilizarían en ratios inferiores al 0,4, mientras que Alemania, Francia y Bélgica lo harían en cifras del 0,5 (Gruber y Wise, ob. cit.).

(1) Véase E.M. Bernhardt «Las mujeres suecas entre la participación en la vida laboral y la maternidad». Centro de Estudios para la Mujer. Universidad de Estocolmo, 2001. Existe traducción al castellano en «Jornadas de Política Familiar. Concertación Social y Armonización de la Vida Familiar y Laboral». Universidad Pública de Navarra. Febrero 2001.

(2) Fernández Cordón, J.A. (1998): «Proyección de la población española». FEDEA, Documento de trabajo 98-11.

(3) Gruber, J. y Wise, D. (2001): «An international perspective on policies for an aging society». NBER, Working Paper, nº 8.103.

Ante esta perspectiva de futuro, por tanto, resulta obligado iniciar una reflexión serena acerca de las posibles presiones que el envejecimiento demográfico puede ejercer sobre el gasto social. Hasta el momento, la discusión se ha centrado casi exclusivamente en el gasto en pensiones, estando también presente aunque en menor medida el gasto sanitario, y prestándose escasa o nula atención a los cuidados de larga duración. No obstante, desde un punto de vista económico, parece adecuado recuperar una perspectiva global acerca de los potenciales efectos del envejecimiento sobre el gasto social, habida cuenta del elevado grado de interrelación que existe entre las distintas partidas que lo componen.

Una perspectiva global que, entre otras, nos debería permitir valorar las siguientes cuestiones: a) dado un nivel de gasto social, ¿cómo se orientan las políticas sociales de atención a nuestros mayores (cuidados de larga duración, ayuda a los familiares, pensiones contributivas y asistenciales, atención sanitaria y sociosanitaria...); b) dentro del gasto destinado a los cuidados de larga duración, ¿es adecuado el balance asistencial entre servicios residenciales y domiciliarios? ¿Y entre éstos últimos y el apoyo informal? ¿Entre público y privado (en instituciones proveedoras y en financiación)?; c) en el supuesto de crecimiento relativo de un monto de gasto social determinado, ¿cuál es el mejor destino en términos de los objetivos a alcanzar (el bienestar de los usuarios a un coste social asumible)?, y finalmente d) dicho gasto social, ¿debiera ser universal o selectivo, monetario o en especie, con provisión pública acompañada con provisión privada, financiada total o sólo parcialmente por parte de las administraciones públicas?

En las páginas que siguen, con el ánimo de ofrecer algunas respuestas tentativas al respecto, analizaremos las cifras de gasto social en nuestro país bajo el doble prisma del envejecimiento demográfico actual y futuro.

## Envejecimiento y gasto sanitario público

Como es bien sabido, España gasta en asistencia sanitaria aproximadamente 7,5 puntos porcentuales de su producto interior bruto. Un 77% de dicho gasto resulta de la provisión pública (5,6) y el resto se financia priva-

damente (pagos directos por servicios, medicamentos, prótesis y primas de seguro privado).

Existe abundante evidencia de que utilización sanitaria y edad se mueven a la par. Así lo corroboran, sin duda, los datos sobre utilización hospitalaria por grupos de edad y sexo. Dicha utilización muestra una forma de U muy achatada: en concreto, comparado con los valores mínimos de utilización, que corresponden a las cohortes de individuos de entre 5 y 54 años, tanto los niños de 0 a 4 años como el colectivo de personas de entre 55 y 64 años tienen tasas de utilización hospitalaria 3 veces superiores, cifra que se eleva a 4,5 veces para las personas de entre 65 y 74 años, y hasta algo más de 6 veces para el colectivo de individuos con 75 años o más. Asimismo, en el caso de estas dos últimas cohortes, son los hombres los que registran unas mayores tasas de utilización.

También en el caso de la atención primaria, aunque siguiendo una pauta más errática, se constata una relación evidente entre utilización y edad: así, a la vista de las consultas declaradas por los usuarios según grupo de edad y sexo, se observa cómo los colectivos de mayor edad realizan una utilización de la atención primaria que, en términos relativos, llega a doblar la efectuada por los jóvenes de entre 10 y 14 años.

Finalmente, en cuanto a los productos farmacéuticos, las cifras indican que el colectivo de pensionistas realiza un consumo 10 veces superior al del resto de la población (Farmaindustria, 2000). En este caso, sin embargo, además de la edad, la cifra anterior es el resultado de otros dos fenómenos que no hay que olvidar: la ausencia de copago farmacéutico para los pensionistas y la existencia de un nivel de fraude importante (el conocido, pero difícilmente cuantificable, trasvase de recetas de activos a pensionistas).

En conjunto, según estimaciones de Alonso y Herce (1998),<sup>(4)</sup> si se toma como referente el gasto sanitario público medio de la cohorte de entre 35 y 44 años, que asciende a unas 120.000 pesetas anuales, las personas de entre 65 y 74 años gastan cuatro veces más, cifra que llega hasta las seis veces en el caso de los individuos de más de 75 años.

(4) Alonso, J. y Herce, J.A. (1998): «El gasto sanitario en España: Evolución reciente y perspectivas de futuro». FEDEA; Documento de trabajo 98-01.

Esta pauta de comportamiento del gasto sanitario la comparten, en mayor o menor grado, todos los países occidentales. Así, si asignamos un valor igual a 100 a la media del gasto sanitario realizado por las personas de hasta 65 años en los países de la Unión Europea, la media de gasto para el grupo de personas de entre 65 y 74 años es de 227, y de 393 para el colectivo de 75 años o más. Asimismo, si se reproducen los cálculos anteriores utilizando una muestra de 13 países de la OCDE, los valores respectivos se elevan a 250 y 476, debido a la influencia del gasto correspondiente a Japón y Estados Unidos en esta segunda muestra. Por su parte, en el caso de este último país, un reciente estudio de Cutler y Meara (1999)<sup>(5)</sup> ha vuelto a confirmar el mayor gasto relativo de las personas mayores. En concreto, si se toma como referente el gasto medio realizado por la cohorte de individuos de entre 35 y 44 años, las personas de entre 65 y 74 años gastaban 3,3 veces más, cifra que aumentaba hasta 4,5 veces en el caso de los individuos de entre 75 y 84 años, y a 5,5 en las personas de más de 84 años.

Conviene señalar, por último, que pese a que los datos anteriores parecen sugerir una relación entre gasto sanitario y edad que se produce a intervalos discontinuos, la realidad muestra que se trata de un continuo. Así lo indican, por ejemplo, los datos de los pocos países que disponen de información sobre el gasto sanitario realizado a lo largo de su ciclo vital por muestras de individuos representativas a nivel poblacional. De hecho, los estudios que han analizado la información contenida en dichas bases de datos individuales [Zweifel *et al.* (1999);<sup>(6)</sup> Lubitz y Riley (1995)<sup>(7)</sup>], coinciden en señalar que la mayor parte del gasto sanitario realizado por una persona a lo largo de su vida se concentra en los meses que preceden a su muerte. Un fenómeno que, según estos autores, confirma un hecho que no debería sorprendernos: no es la edad cronológica *per se* de los individuos, sino su estado de salud, lo que mueve el gasto sanitario.

En cualquier caso, a la luz del conjunto de datos presentados, no cabe duda de que el envejecimiento relativo de la población influye sobre el gasto

(5) Cutler, D. y Meara, E. (1999): «The concentration of medical spending: an update». NBER, Working Paper n° 7.279.

(6) Zweifel, P.; Elder, S. y Meiers M. (1999): «Aging of population and health care expenditure: a red herring?». *Health Economics* 1999; 8:485-496.

(7) Lubitz, J.D. y Riley, G.F. (1995): «Population aging and the growth of health expenditures». *Journal of Gerontology and Social Sciences*, 1995. Suppl. 47:S98-S104.

sanitario. En este sentido, con el propósito de que sirva de referente en la discusión posterior, supondremos que en torno a un 50% del gasto sanitario público realizado por nuestro país (o lo que es lo mismo, un 3% del PIB) va destinado a cubrir las necesidades asistenciales del colectivo de personas de más de 65 años.

No obstante, a efectos de discutir el posible impacto del envejecimiento de la población sobre el gasto sanitario futuro, debe quedar claro que la influencia del «factor demográfico» no es el único aspecto a considerar. Además de éste, existen otros dos factores igualmente decisivos: por un lado, resulta evidente que la evolución en los próximos años del estado de salud de los individuos, y muy especialmente el de las personas mayores, va a tener consecuencias importantes sobre el comportamiento futuro del gasto sanitario («factor epidemiológico»); por otro lado, está claro que la evolución de la prestación sanitaria real media, que como veremos comprende distintos elementos relacionados con las intervenciones sanitarias disponibles y la intensidad con que éstas se utilizan, también va a tener importantes efectos sobre el gasto sanitario futuro («factor asistencial»). Analicemos con más detalle la posible influencia de ambos tipos de factores.

A diferencia del factor demográfico, la influencia del factor epidemiológico resulta más difícil de analizar porque éste incluye varios elementos cuya dinámica no es en absoluto obvia: a) las pautas generales de morbilidad, b) el carácter crónico de las patologías, y c) el tiempo de aparición de los problemas de salud.

Respecto a la morbilidad, puede postularse a priori tanto una prevalencia mórbida más elevada como inferior. En efecto, por un lado, los que sobreviven –antes fallecían– son previsiblemente los pacientes inframarginales: esto es, por ejemplo, aquellos que con un buen tratamiento superan el ictus, la cardiopatía isquémica o una diabetes crónica. Pero por otro lado, la prevalencia de enfermedades puede disminuir si alcanzar los 65 años con buen estado de salud resulta transversal o común a las distintas patologías. Por tanto, la morbilidad de quienes sobreviven tanto parece en principio que puede expansionarse como comprimirse. A este respecto, la evidencia empírica internacional apunta, por el momento, que una longevidad más alta no

ha ido acompañada de reducciones paralelas en los estados de salud incrementales. Desde un punto de vista individual, de ciclo vital, la mayor longevidad en términos medios sin duda parece «valor de pena». Pero para concluir en igual sentido año a año, en el tramo de vida incrementado, se necesitan posiblemente más y mejores estudios de los que hoy disponemos.

Por otro lado, la supervivencia puede quedar vinculada a una mayor cronicidad (o la misma que antes, pero afectando a un mayor número de personas). La calidad de vida (ponderando por ejemplo por sus capacidades funcionales) que se puede disfrutar con el crecimiento de la esperanza de vida puede, por ello, resentirse.

Y, finalmente, el tiempo de aparición de los factores anteriores (morbilidad y cronicidad) puede también tener efectos importantísimos. Más supervivientes en la cohorte de los 85 años, pero con un retraso en la aparición de enfermedades como Parkinson o Alzheimer, ciertamente puede suponer un impacto importantísimo en la futura evolución del gasto sanitario.

En cuanto al factor asistencial, como hemos puesto de manifiesto en otros trabajos (López y Casado, 1998),<sup>(8)</sup> todo indica que la prestación sanitaria real media constituye el factor que en mayor medida ha determinado el crecimiento del gasto sanitario observado durante los últimos años. Por ello, de cara al futuro, cabe seguir esperando este empuje de la prestación sanitaria real media sobre el gasto, especialmente bajo dos escenarios: en ausencia de políticas de priorización explícita de prestaciones, y en supuestos en los que sean objeto de financiación pública tanto los extremos asistenciales objetivables con criterios de coste-efectividad como los subjetivos que tengan que ver con cuidado general, calidad o confort.

Aunque ya hemos señalado que resulta extremadamente difícil aislar la influencia de cada uno de los tres factores indicados (demográficos, epidemiológicos y asistenciales) sobre el gasto sanitario, sí parece detectarse una corriente de fondo en la que confluyen distintos elementos: *i*) un incremento en la utilización de los servicios sanitarios motivada fundamentalmente por las mejoras en los niveles de renta y educación de la población, y también por el efecto positivo de una mayor equidad en el acceso a dichos

(8) López Casasnovas, G. y Casado, D. (1998): «La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal». *Presupuesto y Gasto Público*, 1998; 20/1996: 123-152.

servicios; *ii*) unas mayores expectativas sociales sobre la capacidad resolutive de los sistemas sanitarios («todo es tratable», lo que equivale a una mayor «medicalización social»), atribuibles sobre todo al desarrollo económico y social de los últimos años; y *iii*) la presión ejercida por los grupos corporativos sanitarios (profesionales, industrias de suministros, responsables políticos, etc.), los cuales concentran no pocos esfuerzos en la dirección de expandir las prestaciones sanitarias medias: reaparecen fuertemente las cuestiones de «cuidado», de medicamentos de estilo de vida («viagras», «ralenzas»...), y una exigencia diagnóstica que se canaliza hacia equipamientos de alta tecnología, de acceso y sobreutilización que pueden guardar escasa relación con su efectividad clínica y coste mínimo por escala de producción.

¿Cuál es, en resumen, el balance de lo que está «comparando» este 3% del PIB en gasto sanitario que dedicamos a nuestros mayores? Nuestra respuesta es que en este terreno el saldo es ligeramente favorable a los mayores por dos razones.

En primer lugar, porque en nuestro país la financiación del gasto sanitario público ha transitado por caminos en los que las necesarias políticas de racionalización han estado totalmente ausentes. No obstante, en caso de que éstas se aplicaran, tanto por razones de eficiencia como de equidad social, no hay duda de que la priorización tendería a penalizar al colectivo de personas de mayor edad. Así, desde el punto de vista de la eficiencia, esa penalización vendría motivada por el hecho de que las personas mayores tienen una menor capacidad de generar años de vida ajustados por calidad (AVACs) que las personas jóvenes. Por su parte, si la priorización hubiera de ser sensible a las nociones de equidad compartidas por la sociedad, no cabe duda de que, a igual ganancia en términos de AVACs, los mayores nunca deberían ser prioritarios frente a los jóvenes habida cuenta de que los primeros habrían disfrutado en mayor medida que los segundos de la alícuota de esperanza de vida que a toda persona corresponde vivir (Williams, 1997).<sup>(9)</sup> No hace falta abrir ahora y aquí la argumentación acerca de ambos supuestos dado que, en la práctica, dicha discusión es una puerta cerrada que por sus implicaciones sociales, electorales, etc. los políticos no parece deseen abrir.

(9) Williams, A. (1997): «Intergenerational equity: an exploration of the fair innings argument». *Health Economics*, 1997; 6:117-132.

En segundo lugar, el sesgo a favor de los mayores de 65 años en nuestro gasto sanitario público es favorable en razón a que, como hemos señalado en otros trabajos (G. López, FEDEA, 2000), España tiene un gasto público no menor al que corresponde a nuestro nivel de desarrollo. Ello resulta de contabilizar apropiadamente los términos de comparación (muestras internacionales de sistemas sanitarios públicos, tipo *National Health Service*, y ajustar por la elasticidad renta con la que evoluciona el gasto sanitario), y en la financiación de éste, los mayores soportan menos que la media los (escasos) copagos existentes.

## Envejecimiento y gasto en pensiones

A diferencia del caso anterior, el impacto del envejecimiento demográfico sobre el sistema de reparto de pensiones públicas ha sido objeto de numerosos estudios, lo cual constituye un claro reflejo no sólo de su importancia económica (el 8,6% del PIB), sino también de la trascendencia de las acciones políticas tomadas (Pacto de Toledo, 1995).

En este terreno, todo apunta a que el actual superávit entre cotizaciones y pensiones no va a poder mantenerse. Así, el previsible incremento en los próximos años del número de pensionistas beneficiarios del sistema público, cuya cifra actual ronda los 7 millones de personas, generará dos efectos paralelos (Herce y Meseguer, 2000):<sup>(10)</sup> por un lado, la disminución a la mitad de la relación afiliados/pensionistas (del 2 a 1 actual se pasaría a una relación de 1 a 1 en el año 2050) y, por otro lado, un deterioro del equilibrio del sistema de reparto ya que, en ausencia de medidas correctoras, su financiación a mediados del siglo XXI exigiría absorber 6 puntos adicionales del PIB.

Vale la pena destacar, en todo caso, que la magnitud de los anteriores efectos únicamente empezaría a ser significativa a partir del 2020. Hasta ese año, bajo distintas hipótesis consideradas plausibles por diversos autores, el ratio afiliados/pensionistas se mantendría en valores cercanos a los actuales (2), aunque progresivamente esta cifra iría disminuyendo hasta situarse en el

(10) Herce, J.A. y Meseguer, J. (2000). *La reforma de las pensiones ante la revisión del Pacto de Toledo*. Colección de Estudios e Informe, nº 4, Servicio de Estudios de "la Caixa".

1,5, hacia el año 2030, y en valores próximos a la unidad hacia mediados de siglo. Vemos, por tanto, que sólo en el caso de que nuestros representantes políticos valoren suficientemente el futuro, el problema que plantea el envejecimiento demográfico sobre la sostenibilidad de las pensiones podrá ser abordado con la responsabilidad social necesaria.

Por otro lado, con respecto a las predicciones sobre el desequilibrio entre cotizaciones y pensiones, señalar que las hipótesis a partir de las que éstas han sido calculadas resultan cruciales. A este respecto, aunque parece existir un elevado consenso entre los distintos estudios publicados, no estará de más recordar aquí algunos de los factores que pueden acabar determinando que el desequilibrio del sistema de reparto sea de una magnitud u otra.

Un primer factor es el relativo a las políticas activas de creación de empleo que se acaben llevando a término. En este sentido, con el propósito de incrementar el número de afiliados, debería constituir un objetivo prioritario la mejora de la contratación a tiempo parcial, un objetivo que podría conseguirse disminuyendo los impuestos sobre el trabajo (con un buen tratamiento fiscal para las «segundas rentas») y eliminando frenos a la contratación (costes de despido). Es probable, igualmente, que la mayor longevidad pueda acompañarse de un retraso en la edad de jubilación. Los efectos de dicha política resultan contradictorios con el favorecimiento de la jubilación forzosa a efectos de permitir la entrada de trabajadores más jóvenes y productivos (en algunos sectores), o con las propuestas que asocian calidad de vida a la reducción de jornada de trabajo y a la anticipación de la jubilación. De todos modos, como apuntan Gruber y Wise (2001), conviene destacar que en España se ofrece una salida anticipada del mercado de trabajo poco penalizada (dados los salarios de restitución medios), y que los tipos marginales efectivos de retraso de la edad de jubilación (a la vista de pensiones y fiscalidad por rentas adicionales generadas) son relativamente favorables a dicho proceso.

Asimismo, otros factores que pueden alterar el balance futuro entre cotizaciones y pensiones son las variaciones en la productividad, las tasas de incorporación de la mano de obra femenina al mercado de trabajo, que cuenta aún con un importante trecho por recorrer, y lo que resulte, apuntan algu-

nos, de las políticas de inmigración. Sobre este último aspecto, no obstante, quisiéramos realizar algunas observaciones que se nos antojan polémicas. Así, como apunta Wildasin (2000),<sup>(11)</sup> la inmigración genera tres tipos de efectos distintos sobre la política fiscal y social del país de acogida y, como se explica a continuación, no está claro que el resultado global vaya a ser positivo desde el punto de vista del equilibrio de las finanzas públicas.

En primer lugar, la inmigración favorece la presión competitiva por puestos de trabajo relativamente poco cualificados, lo que puede tender a deprimir aún más a esa capa de población autóctona que, por encontrarse ya hoy en una situación precaria, resulta dependiente del gasto social. Por ello, aunque la inmigración podría tener efectos positivos sobre el número de afiliaciones, también podría provocar un aumento paralelo del gasto social (fuera del sistema de la Seguridad Social) si los efectos sobre el mercado de trabajo anteriormente referidos acabaran produciéndose. En segundo lugar, siendo las tasas internas de rendimiento de la relación entre cotizaciones y pensiones, favorables a las rentas inferiores, el mayor peso de los cotizantes procedentes de la inmigración en este tramo agravará los efectos redistributivos de las pensiones. Ello puede suponer efectos «sustitución» en las TIRs (tasas internas de rendimiento) generales de otros grupos de rentas, o afectar al gasto redistributivo en su conjunto. Finalmente, el devengo de pensiones de estos colectivos se desplaza en el tipo, no eliminándose en ningún caso.

Por lo demás, proyectar para los próximos cincuenta años las actuales cifras de crecimiento económico se nos antoja excesivamente optimista. En este sentido, por ejemplo, no se puede descartar que la inmigración y las mayores tasas de ocupación femenina no vayan acompañadas de unas cifras superiores de paro general.

La consideración general que puede realizarse del gasto en pensiones como eje del gasto social es que éste tiende, de acuerdo con diferentes estándares, a ser relativamente favorable a nuestras personas mayores. Parámetros tales como la relación entre pensión y salario sustituido, entre renta media de los pensionistas y renta media general de la economía o las propias tasas

(11) Wildasin, D.E. (2000): «Factor mobility and fiscal policy in the EU: policy issues and analytical approaches». CESifo Working Paper Series; WP, nº 344.

internas de rendimiento relativamente altas –y favorables en todo caso a las generaciones de pensionistas actuales muy por encima de las generaciones futuras, avalaría dicho diagnóstico.

Por otro lado, añadir que el gasto social que realiza nuestro país en los dos componentes de gasto social considerados hasta el momento, sanidad y pensiones, sitúan a España, con un 12% del PIB, en la banda alta de países occidentales (la media de la OCDE se mueve entre el 8% y el 10%). Nótese que éste puede ser el caso pese a que las cuantías absolutas de las pensiones aún continúen siendo bajas (del mismo modo que quizás sea discutible su balance entre sus distintas modalidades –vida/viudedad/orfandad–), comparando mal con países europeos de nuestro entorno. Recuérdese que la comparación aquí realizada se ha referido siempre considerando los niveles de desarrollo de España, que se computaban en los distintos ratios de referencia. Visto desde esta óptica, en su participación dentro del total del gasto público, el gasto social español sólo se sitúa por debajo del de Italia, mientras que de acuerdo con su participación en renta aparecía tan sólo Francia y Alemania (con una cifra un 20% superior), por encima de nuestros niveles.

Asimismo, quizás convenga remarcar los resultados a este respecto de Gruber y Wise (2001), que tras analizar una muestra comparativa cercana de países, concluyen: *i*) que el crecimiento del gasto social ha tendido a presionar al conjunto del gasto público, en un proceso de sustitución o «crowding-out» que en su globalidad afecta al 42% (el 58% restante sería incremento neto), y *ii*) que la elasticidad del aumento de un punto porcentual en el peso relativo de la población mayor de 65 años supone un crecimiento de gasto social ligado al envejecimiento del 0,47. Cifras todas ellas que muestran que para los países analizados,<sup>(12)</sup> se ha producido en etapas pasadas una relativa sostenibilidad de dichos crecimientos del gasto social en el conjunto de las finanzas públicas. Todo apunta, sin embargo, que el aumento del peso de la población mayor de 65 años va a otorgar a este grupo un elemento de preeminencia en los procesos de elección social. Así pues, es poco probable que los partidos políticos con vocación de gobierno, ante el «voto decisivo» de las personas mayores, resistan las presiones en favor de crecimientos lineales

(12) Australia, Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Italia, Japón, Holanda, Suecia, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos y España.

en las distintas partidas de gasto social directamente relacionadas con el envejecimiento. Además, la «unidimensionalidad» del voto de nuestros mayores, con un vector de preferencias sociales menos diverso que el del resto de votantes, les permite aparecer como un grupo altamente cohesionado y, de ese modo, hacer valer su peso entre el electorado.

Dada la predicción global de un crecimiento de un 50% (entorno a los 6 puntos) en el gasto social derivado de la perspectiva de envejecimiento demográfica, no es rechazable que incluso dicha predicción haya de revisarse al alza en la medida que desaparezcan los efectos de sustitución del gasto social en el conjunto del gasto público anteriormente comentados.

Por todo ello, resulta necesario, como apuntábamos al principio, asegurar un balance correcto entre prestaciones económicas y en especie, entre gasto sanitario y sociosanitario, y entre financiación pública y privada. A este respecto, conviene señalar que la relación entre pobreza y vejez, considerada globalmente, tiende a ser tenue en los países desarrollados. En general, los mayores tienen poca renta relativa (su pensión y unos pocos ahorros), pero vivienda en propiedad (sustitutiva de los gastos de alquiler) y unas necesidades de gasto primarias (educación, salud, transporte...) menores a la media, por lo que en términos reales sus ingresos les capacitan en mayor medida que a otros sectores de la población: familias monoparentales, desestructuradas, jóvenes que nunca han podido acceder al mercado de trabajo, exclusión social en las grandes conurbaciones urbanas (paro de larga duración entre personas de más de 40 años), etc., entre los que sí encontramos el espectro más duro de la pobreza española.

Por lo demás, el importante crecimiento en la financiación privada de pensiones complementarias (con más de 3,5 millones de partícipes y un patrimonio cercano al 5% del PIB), así como el desarrollo del mercado de seguros vitalicios, deberían poder ayudar a descomprimir los crecimientos futuros de pensiones. No tanto, o no tan sólo, para ayudar a desacelerar la presión sobre la financiación pública del gasto en pensiones, sino para dejar hueco también a nuevas modalidades de gasto social que irán en aumento, siendo quizás la más importante la referida a los cuidados de larga duración que se analizan en este trabajo. En este terreno, una actuación pública selectiva, que se preocupe sobre todo de ayudar a las capas de población sin capa-

cidad material de satisfacer dichos cuidados ante niveles de dependencia importantes, exigirá un ajuste de partidas mejor orientadas al bienestar del colectivo de nuestros mayores.

## Envejecimiento y cuidados de larga duración

Finalmente, tal como comentamos al principio, la cuestión de cómo afrontar la asistencia que precisan las personas mayores dependientes, se plantea como el reto más decisivo de cara al futuro. En España, según las encuestas disponibles, de los seis millones y medio de mayores, 775.000 viven solos, y de éstos, nada menos que 170.000 se reconocen como incapaces en distintos grados. Asimismo, con relación a otros países europeos, España destaca por la escasa presencia de provisión pública tanto en atención domiciliaria (tan sólo un 4% del total de la oferta de cuidados) como en residencias institucionales (donde únicamente el 40% son de financiación pública). Globalmente, la financiación pública actual de los cuidados de larga duración apenas supone un 30% del gasto total; un gasto total (0,6% del PIB) que, por otro lado, apenas alcanza a ser la mitad del observado en la mayoría de países occidentales. Todo apunta, sin embargo, a un importantísimo crecimiento futuro.

Así pues, las previsiones para los próximos veinticinco años (UNESPA, 2001),<sup>(13)</sup> señalan un crecimiento del 25% en el número de «dependientes», una cifra que podría ser incluso superior de acuerdo a cuál sea el concepto de dependencia o incapacidad elegido (para actividades de la vida diaria individual, discapacidades funcionales para la vida social, entorno, etc.) y el grado en que incluyamos en las prestaciones consideraciones subjetivas (individuales o de utilidad) en su valoración. Por otro lado, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, hace pronosticable una importante sustitución futura entre cuidado familiar informal (discriminatorio, en la práctica, por género) y atención formal. A su vez, los costes de oportunidad de las retribuciones o «segundas rentas» en términos de la carga del cuidado de los ancianos, puede obligar a que sean las clases menos favo-

(13) UNESPA (2001). «Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro», (mimeo).

recidas quienes se vean obligados a renunciar a dicha posibilidad (el gasto en cuidados personales supone en si mismo una oportunidad de obtención de segundas rentas en el mercado de trabajo). Ello puede requerir una acción pública de igualación de oportunidades reales de la mujer, de acción pública positiva en esta dirección, aunque bajo el influjo de un objetivo redistributivo tendente a concentrar los mayores esfuerzos en aquellos colectivos más necesitados (discriminando, por tanto, según prueba de medios).

En este terreno, más quizás que en ningún otro, conviene una reflexión serena sobre los efectos perversos del «universalismo» (sin marcha atrás, poco selectivo en beneficios...), la conveniencia de vincular la atención sociosanitaria con las partidas de gasto ya existentes relativas a pensiones (públicas y privadas), y la valoración de las prestaciones quizás más por la vía de los bonos o vales (dinero) que de las prestaciones en especie (esto es, de un sector público suministrador directo de dichos servicios). Servicio que, en caso de provisión directa por parte del funcionariado público, previsiblemente no podrá resistir el influjo universalista, contará posiblemente menos con las preferencias de los usuarios y que ante una indefinición relativa entre lo sanitario y lo sociosanitario, en sus distintos niveles de dependencia, abogará por un ámbito de prestación «ilimitada» de la que sea difícil garantizar, en cualquier caso y en la práctica, el cumplimiento de los objetivos sociales últimos.

# I. La dependencia de las personas mayores

## 1. Vejez y dependencia

Aunque la introducción del término «dependiente» es relativamente nueva en nuestro país, al menos con el sentido que se describe a continuación, lo cierto es que la problemática a la que éste alude viene de antiguo. Así, si definimos a una persona dependiente como aquella que durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas (vestirse, comer, asearse...), que serán analizadas en detalle más adelante, resulta evidente que siempre han existido individuos dependientes (piénsese, por ejemplo, en todas aquellas personas que sufrían mutilaciones en tiempos de guerra).<sup>(1)</sup>

No obstante, la evidencia empírica disponible muestra, tanto en el ámbito nacional como internacional, la estrecha relación existente entre dependencia y edad: esto es, el porcentaje de individuos que soportan limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos cohortes poblacionales de mayor edad. Asimismo, como tendremos ocasión de comprobar al analizar los distintos estudios realizados hasta el momento, ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos etarios no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente. Por ello, si a la irrevocabilidad de la

(1) Algunos autores suelen emplear el término «limitaciones en la capacidad funcional» para referirse a los problemas de dependencia (Béland y Zunzunegui, 1995). En el presente texto, ambas terminologías serán utilizadas de modo indistinto.

vejez le añadimos el escenario de futuro que plantean las proyecciones demográficas, caracterizado por un notable incremento en el número de personas mayores, no es extraño que el incipiente debate que ha surgido en nuestro país sobre la cuestión de la dependencia aluda a ésta como un problema acuciante, estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico. Aunque los argumentos que se utilizan para establecer dicho vínculo son discutibles, cuestión ésta sobre la que volveremos más adelante, lo que sí es cierto es que entre los individuos dependientes, las personas mayores constituyen el grupo más numeroso; pero, ¿por qué?

A medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso global de senescencia (Manton *et al.*, 1997). En el primer caso, por ejemplo, cabría situar a todos aquellos individuos cuya incapacidad funcional deriva de procesos crónicos fuertemente asociados a la edad: enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc. El segundo motivo, por su parte, tiene que ver con la pérdida de vitalidad que experimentan la mayoría de organismos con la edad.

No obstante, independientemente de que el origen de la incapacidad funcional de un individuo concreto sea uno u otro, lo importante es comprender que ambos tipos de motivos (enfermedades crónicas y proceso de senescencia) sólo aparecen y provocan problemas de dependencia en algunas personas de edad avanzada. El porqué de este fenómeno reside en el hecho de que existen una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos), que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en las que los individuos difieren entre sí. Una de estas variables es, por ejemplo, la educación; así, los individuos con un mayor nivel educativo no sólo tienen una menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas al llegar a viejos (lo que fundamentalmente se explica por unos hábitos más saludables en estadios anteriores de sus vidas), sino que aun en el caso de padecer tales enfermedades, la incapacidad funcional que puede acompañar a éstas es menor (Manton *et al.*, 1997).

Nótese que los distintos elementos que acabamos de introducir (estos es, los factores desencadenantes de las dependencias y las variables que los condicionan), nos ayudan a comprender cómo y por qué algunos individuos acaban exhibiendo problemas de dependencia y otros no, es decir, nos informan acerca de la dinámica individual de la dependencia. Estas consideraciones nos han de permitir aclarar el significado que cabe conferir a los resultados, citados al principio de este apartado, que señalaban cómo las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia aumentan conforme consideramos cohortes de individuos de mayor edad. Así, puesto que las tasas de prevalencia se calculan en un momento del tiempo, constituyen el reflejo estático del modo en que los distintos factores apuntados han afectado dinámicamente a los individuos que componen dicha población en ese momento. Por ello, si la población de referencia cambia, que es lo que ocurre cuando se trata de evaluar el impacto futuro del envejecimiento demográfico sobre el número de personas dependientes, parece arriesgado suponer que las tasas de prevalencia van a permanecer inalteradas. No obstante, como analizamos en el siguiente apartado, eso es lo que se suele hacer cuando se discute sobre la dinámica poblacional de la dependencia.

## 2. La dinámica poblacional de la dependencia

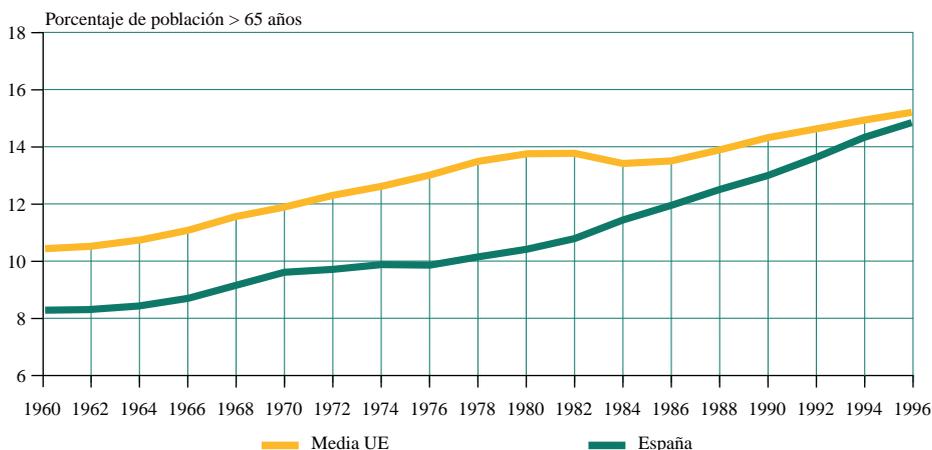
### El envejecimiento demográfico: ¿héroe o villano?

El envejecimiento demográfico constituye un fenómeno que se observa en todos los países de la OCDE. Así, si se entiende por envejecimiento demográfico un aumento en el porcentaje que representan los individuos mayores de 65 años sobre el total de la población, resulta un hecho constatable que las poblaciones de los países desarrollados llevan varios decenios «envejeciendo» (gráfico 1.1).

Las causas de ese proceso han sido ampliamente analizadas por los demógrafos, dando lugar a la denominada «Teoría de la transición demográfica». Según ésta, el envejecimiento demográfico que se observa en los países desarrollados sería el resultado final de un proceso más amplio, la transición demográfica, que ha supuesto un cambio de régimen demográfico en

Gráfico 1.1

## EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN ESPAÑA Y EUROPA. 1960-1996



Fuente: Health Data File (2000).

nuestras sociedades. Dicha transición se compone de dos fenómenos consecutivos en el tiempo [(Pérez Díaz, 1998); (Fernández Cordón, 1996)].

El primero, que en el caso de España arrancó a principios del siglo XX, consistiría en la reducción sostenida de las tasas de mortalidad (sobre todo infantil) como resultado de las mejoras propiciadas por la revolución industrial en las condiciones de vida de la población (higiene pública, mejor alimentación...). Durante esta primera fase de la transición, los individuos aún no habrían adaptado sus pautas reproductivas a ese nuevo contexto de menor mortalidad y, acostumbrados a tener que procrear masivamente para garantizar su descendencia, la baja mortalidad alcanzada coexistiría con una elevada natalidad. El resultado de la interacción de estas dos variables habría sido una población en aumento y muy rejuvenecida.

No obstante, con el paso de los años, los individuos habrían acabado adaptándose al nuevo marco de menor mortalidad, iniciándose así el segundo de los fenómenos que habría caracterizado la transición demográfica: un descenso gradual de la natalidad. Asimismo, aunque a un ritmo menor y

extendiéndose a todas las edades, la disminución en la tasa de mortalidad habría continuado produciéndose, de nuevo como resultado del efecto acumulativo de las mejores condiciones de vida y también de los importantes avances sanitarios. Al final del proceso, por tanto, la población habría llegado a un nuevo equilibrio, en el que coexistirían bajos niveles tanto de mortalidad como de fecundidad. Este nuevo equilibrio, lógicamente, no sólo significa el final del rápido crecimiento de la población registrado durante la primera fase de la transición, sino que trae consigo una estructura por edades más envejecida. Y, de hecho, ese nuevo régimen demográfico es el que caracteriza a todos los países desarrollados en nuestros días.

No obstante, pese a que las causas del actual envejecimiento demográfico son, como hemos visto, sobradamente conocidas, las preocupaciones que aparecen en todos los debates sobre este fenómeno tienen que ver, sobre todo, con las posibles consecuencias futuras que éste pueda traer consigo. Así, la intensificación a medio plazo del envejecimiento demográfico que sugieren todas las proyecciones demográficas, ha encendido las señales de alarma en cuanto a la capacidad de los distintos países para afrontar en el futuro el cuidado de las personas mayores dependientes. El argumento que se utiliza para llamar la atención sobre este extremo es sencillo: puesto que la mayor prevalencia de los problemas de dependencia entre las personas mayores constituye un dato conocido, el hecho de que cada vez el número de personas mayores sea superior (envejecimiento demográfico) supone una fuente de tensión evidente para la financiación de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes, por la sencilla razón de que el número de éstas también aumentará.

Este argumento, sin embargo, debe ser matizado por dos razones. En primer lugar, como suelen advertir los propios demógrafos, las proyecciones demográficas son ejercicios que pretenden alcanzar un objetivo difícil: predecir el futuro. En concreto, las proyecciones demográficas basan sus estimaciones en el establecimiento de hipótesis sobre el comportamiento futuro de las tres variables que determinan el tamaño de una población: la natalidad, la mortalidad y las migraciones. Lógicamente, puesto que la única forma razonable de anticipar el futuro debe partir de nuestra comprensión del pasado, los supuestos sobre la evolución futura de dichas variables se basan

en su comportamiento anterior. La mayor capacidad predictiva que se le reconoce a la demografía en relación con otras ciencias sociales tiene su origen, como señala Fernández Córdón (1996), en el elevado componente inercial que tienen los fenómenos demográficos. Esa mayor capacidad predictiva no debe confundirse, sin embargo, con el don de la adivinación. Con esto no estamos queriendo insinuar que la población no vaya a envejecer en el futuro, simplemente sugerimos que el ritmo de dicho proceso está sujeto a incertidumbre, tanto más importante cuanto mayor sea el horizonte temporal considerado.

En segundo lugar, y más importante, aun admitiendo que las proyecciones demográficas fueran totalmente correctas, el argumento que se emplea para inferir el aumento futuro del número de personas mayores dependientes resulta cuestionable. Aunque la cantidad de ancianos aumente en el futuro, que es lo único que realmente señalan las proyecciones demográficas, el que esto comporte un aumento paralelo en el número de personas mayores incapacitadas dependerá de cómo evolucione la prevalencia de la incapacidad funcional en el futuro. Admitir que ésta permanecerá inalterada, que es lo que plantea el argumento que permite extraer tan pesimistas conclusiones del envejecimiento demográfico, es sólo una hipótesis y, como tal, precisa de algún tipo de justificación.

En definitiva, si se pretende aventurar un escenario de evolución futura del número de ancianos dependientes, habrá que proponer algún argumento que explique por qué el porcentaje de ancianos del futuro con algún tipo de incapacidad funcional irá en aumento, será menor o permanecerá constante; o, como mínimo, habrá que analizar cuál ha sido la evolución temporal de los problemas de dependencia en el pasado.

### Longevidad y problemas de dependencia: teorías

Ya hemos explicado que los demógrafos realizan sus proyecciones estableciendo supuestos sobre la evolución futura de las tres variables que determinan el tamaño de una población (mortalidad, natalidad y migraciones). Hasta los años sesenta, como señala Manton (1991), las hipótesis relativas a las tasas de mortalidad que se barajaban no contemplaban ya reduc-

ción alguna de las mismas. Sin embargo, a partir de esa época, se empezó a detectar que las tasas de mortalidad en las cohortes poblacionales de mayor edad empezaban a disminuir en muchos países desarrollados. Esta disminución de la mortalidad, lógicamente, provocaba un aumento paralelo en la esperanza de vida. Los datos estadísticos, por tanto, parecían estar señalando un nuevo fenómeno: un aumento en la longevidad de los seres humanos. Desde entonces, y pese a los espectaculares avances en la investigación biomédica, la existencia o no de un límite en la longevidad humana continúa siendo un debate científico absolutamente abierto (Wilmoth, 1997).

No obstante, puesto que en última instancia lo que aquí nos interesa es analizar la posible evolución futura del número de personas mayores dependientes, la cuestión que más importancia tiene es la siguiente: la disminución observada en las tasas de mortalidad a edades avanzadas, y el correspondiente aumento en la esperanza de vida, ¿ha tenido como contrapartida negativa un aumento en la probabilidad de pasar esos años adicionales en una situación de dependencia?

Aunque la naturaleza de esta cuestión es empírica, y por ello vamos a analizar en breve las investigaciones cuantitativas realizadas al respecto, lo cierto es que suscitó una importante controversia teórica a principios de los ochenta, cuando todavía la información estadística impedía una contrastación empírica rigurosa, que aún hoy aparece en los debates. En concreto, partiendo de la ya señalada disminución en las tasas de mortalidad a edades avanzadas, aparecieron dos teorías que tenían una visión contrapuesta acerca del impacto que dicho fenómeno había tenido (e iba a tener) sobre el número de años que los ancianos podían vivir sin ver mermada su capacidad funcional.

La primera de ellas, que se conoce con el nombre de «Teoría de la compresión de la morbilidad» (Fries, 1983), postulaba que la adopción de estilos de vida más saludables y los avances en la tecnología médica no sólo provocaban una reducción en las tasas de mortalidad, sino que además permitían que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales experimentaran un proceso de «compresión» (esto es, se manifestaran durante períodos cada vez más cortos de tiempo antes de la muerte). Esta conclusión, en el esquema lógico propuesto por Fries, se derivaba del estableci-

miento de una hipótesis fundamental: la vida humana tiene un límite biológico en torno a los 85 años. Según esta teoría, por tanto, las tasas de prevalencia de las incapacidades funcionales iban a exhibir un proceso de reducción paralelo al observado en las tasas de mortalidad.

Por su parte, la otra teoría, denominada de «expansión de la morbilidad» (Kramer, 1980), si bien reconocía que se estaban produciendo cambios en los estilos de vida que propiciaban una reducción en el riesgo de padecer enfermedades mortales, sostenía, sin embargo, que tales cambios no estaban modificando el inicio o la progresión de la mayoría de enfermedades degenerativas asociadas al envejecimiento. Asimismo, en cuanto a los tratamientos médicos, se aseguraba que el principal efecto de los mismos estaba siendo el de alargar la vida de aquellos que padecían enfermedades crónicas e incapacidades funcionales, sin que ello redundara en ganancias de salud apreciables. Según esta teoría, por tanto, la consecuencia de la reducción en las tasas de mortalidad iba a ser, lamentablemente, la de prolongar el tiempo durante el cual las enfermedades crónicas y la incapacidad funcional se podrían manifestar. Así pues, a diferencia de lo sugerido por Fries, las tasas de prevalencia de las incapacidades funcionales iban a exhibir un comportamiento opuesto al observado en las tasas de mortalidad.

### Evolución dinámica de los problemas de dependencia: la evidencia empírica internacional

En los últimos veinte años, reflejando el interés creciente de los países desarrollados por la cuestión de los cuidados de larga duración, se han llevado a cabo diversas encuestas que han permitido a los investigadores profundizar en el conocimiento de los problemas de dependencia entre las personas mayores. No obstante, excepto en el caso de los EE.UU., las encuestas de ámbito nacional realizadas han sido diseñadas de tal forma que únicamente proporcionan información sobre los mismos individuos en un momento del tiempo (datos de sección cruzada). Al carecer de información sobre los cambios que experimentan los mismos individuos a lo largo del tiempo, limitación ésta que no exhiben las encuestas longitudinales, las encuestas de sección cruzada constituyen un peor candidato que estas últi-

mas a la hora de caracterizar la evolución dinámica de las tasas de dependencia en una población. Por este motivo, empezaremos comentando las investigaciones realizadas en los EE.UU., para después analizar los trabajos llevados a cabo en otros países.

### **Estados Unidos**

En un reciente trabajo, Waidmann y Manton (1998) repasan críticamente no sólo el diseño de las diversas encuestas longitudinales existentes en los Estados Unidos, sino también los resultados obtenidos por las investigaciones que han analizado el contenido de las mismas. A pesar de las diferencias metodológicas observadas tanto en el diseño como en la explotación de las diversas encuestas, estos dos autores acaban concluyendo que el grueso de la evidencia empírica disponible permite afirmar que las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia entre los ancianos americanos han disminuido durante los últimos años.

Aunque ya hemos comentado que son varias las encuestas existentes, lo cierto es que hay una en concreto, la «National Long-term Care Survey»<sup>(2)</sup> (NLTC), cuya explotación, en nuestra opinión, permite obtener resultados más robustos por dos motivos fundamentales. En primer lugar, la muestra representativa que se utiliza incluye tanto a individuos que residen en sus hogares como a sujetos que han sido institucionalizados (residencias, hospitales de larga estancia...). Por ello, la NLTC, a diferencia de otras encuestas que sólo incluyen información sobre individuos no institucionalizados, permite obtener tasas de prevalencia generales que no dependen de cómo varían a lo largo del tiempo las ratios de institucionalización. En segundo lugar, es la encuesta longitudinal que abarca un período de tiempo más dilatado (1982-1994), sin que por ello se hayan producido cambios en el diseño de ninguna de las cuatro oleadas de la encuesta que se han efectuado hasta el momento (82, 84, 89 y 94).

Por ello, y con el ánimo de ilustrar la magnitud de los cambios en las tasas de prevalencia anteriormente señalados, comentamos a continuación el más reciente de los trabajos que analiza la información contenida en la

(2) Encuesta nacional sobre cuidados de larga duración.

NLTCS, debido a Manton *et al.* (1997). Estos autores, tomando los datos correspondientes a las encuestas de 1982 y 1994, calculan primero las tasas de prevalencia para todos los individuos mayores de 65 años de cinco grados distintos de incapacidad, para luego contrastar si dichas tasas han experimentado alguna variación estadísticamente significativa entre uno y otro año; en concreto, para efectuar dicha contrastación, Manton *et al.* (1997) comparan las tasas de prevalencia efectivamente observadas en 1994 con aquellas que cabría haber observado en ese mismo año si, con respecto a 1982, sólo las tasas de prevalencia hubieran permanecido en sus valores iniciales. Los resultados obtenidos se reproducen en el cuadro 1.1.

Cuadro 1.1

### TASAS DE PREVALENCIA DE DEPENDENCIA EN EE.UU. 1994

Capacidad funcional	Tasa de dependencia (mayores de 65 años) de 1994 calculada a partir de			
	1982	1994	Diferencia	t-valor
Dificultad en AIVDs	5,6	4,3	-1,3	-5,9
Dificultad en 1 ó 2 AVDs	6,6	5,9	-0,7	-3,0
Dificultad en 3 ó 4 AVDs	2,9	3,2	0,3	1,6
Dificultad en 5 ó 6 AVDs	3,6	2,8	-0,8	-4,3
Institucionalizados <sup>(*)</sup>	6,3	5,2	-1,1	-4,5
<b>Total dependientes</b>	<b>24,9</b>	<b>21,3</b>	<b>-3,6</b>	<b>-8,5</b>

(\*) Viven en residencias.

AVDs: Actividades de la vida diaria (como por ejemplo comer o asearse).

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria (como por ejemplo comprar o preparar la comida).

Fuente: Manton *et al.* (1997).

Así pues, a la luz de estos resultados, parece claro que en los EE.UU. ha tenido lugar en los últimos años una reducción sostenida en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia. Asimismo, como adicionalmente contrasta el trabajo de Manton *et al.* (1997), esta disminución habría sido especialmente importante en las cohortes de mayor edad y para los niveles de dependencia que suponen una mayor incapacidad.

Este trabajo, además de realizar el análisis empírico que acabamos de comentar, ofrece interesantes reflexiones sobre cuáles pueden haber sido los fenómenos causantes de la tendencia observada en las tasas de prevalencia. Según estos autores, la principal explicación a la disminución en la prevalen-

cia de los problemas de dependencia cabe buscarla en la reducción que, paralelamente, han experimentado las tasas de prevalencia de diversas enfermedades crónicas, como por ejemplo las cardiovasculares, cuya evolución suele provocar en quienes las padecen problemas de dependencia asociados. Asimismo, el retroceso de dichas enfermedades crónicas vendría provocado por dos fenómenos.

En primer lugar, distintos cambios acontecidos, sobre todo en la primera mitad del siglo XX, en lo que genéricamente podríamos denominar condiciones de vida de la población; así, bajo esta etiqueta, cabría colocar aspectos bien diversos: mejoras en la higiene pública (por ejemplo, saneamiento de las aguas o regulaciones más estrictas sobre el almacenamiento y manipulación de los alimentos), mejoras nutricionales (durante el tiempo de gestación, por ejemplo, lo que habría prevenido la aparición en la edad adulta de diversas condiciones crónicas), adopción de estilos de vida más saludables (entre 1960 y 1990, por ejemplo, se detectaron cambios favorables en cuanto a los niveles de colesterol o al hábito tabáquico entre las personas mayores de 65 años), etc.

Por otro lado, la segunda causa responsable de la disminución observada en distintas enfermedades crónicas hay que buscarla, en opinión de Manton, en diversas innovaciones terapéuticas aparecidas más recientemente. No obstante, su novedad impide en la mayoría de los casos valorar el efecto que dichas intervenciones pueden haber tenido. A este respecto, por ejemplo, cabe citar la extensión que en los últimos años han experimentado los tratamientos con estrógenos de los síndromes postmenopáusicos, cuyo principal efecto positivo pudo haber sido el de reducir entre las mujeres mayores la prevalencia de dos condiciones crónicas generadoras de dependencia: la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular.

### **Otros países**

En general, como ya hemos señalado anteriormente, la práctica totalidad de encuestas de ámbito nacional que se han efectuado fuera de los EE.UU., y que incorporan información sobre los problemas de dependencia, son de sección cruzada. Hay que añadir, sin embargo, que en bastantes países tales encuestas han sido realizadas en repetidas ocasiones y, por ello,

resulta posible tratar de analizar si se han producido o no cambios en las tasas de prevalencia a lo largo del tiempo (aunque de un modo menos robusto que si se tratara de encuestas longitudinales).

Precisamente, con la intención de llevar a cabo dichos análisis desde una perspectiva internacional, y con la voluntad de que la metodología empleada fuera lo más homogénea posible, en 1989 se creó la International Healthy Life Expectancy Network.<sup>(3)</sup> Algunos de sus miembros, en un reciente trabajo auspiciado por la OCDE (Jacobzone *et al.*, 1999), han tratado de analizar empíricamente el comportamiento durante los últimos años de las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia en ocho países (además de EE.UU., país sobre el que ya hemos hablado): Australia, Canadá, Francia, Alemania, Japón, Holanda, Suecia y el Reino Unido. La elección de estos países responde al criterio de inclusión definido por los autores del estudio: para incluir a un país, éste debía disponer de, como mínimo, dos encuestas realizadas con cinco años de separación.

Jacobzone *et al.* (1999), tras analizar toda la información disponible aplicando una metodología homogénea, concluyen que los países, atendiendo a la evolución registrada en sus tasas de dependencia, pueden ser clasificados en tres grupos: *i*) aquellos en los que se aprecian reducciones significativas (Alemania, Francia, Japón, EE.UU., y, aunque menos intensas, Suecia), *ii*) aquellos en los que no existen reducciones, o éstas son muy moderadas –produciéndose en unas cohortes de edad y en otras no– (Australia y el Reino Unido), y *iii*) aquellos en los que no se aprecia ninguna tendencia clara (Canadá y Holanda).

### Proyecciones del número de personas mayores dependientes en el futuro

A la luz de los resultados de los estudios comentados en la sección anterior, parece posible afirmar que el grueso de la evidencia empírica disponible tiende a apuntar en la dirección señalada por la teoría de la comprensión de la morbilidad; o, cambiando la perspectiva, no parecen existir indicios que apoyen empíricamente la teoría de la expansión de la morbilidad.

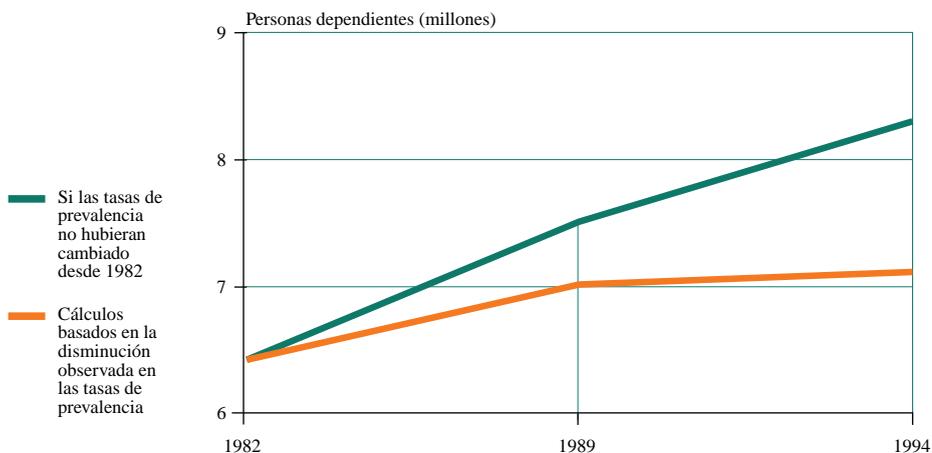
(3) Red internacional sobre la esperanza de vida saludable.

Hay que señalar, sin embargo, que los resultados obtenidos en las distintas investigaciones hacen referencia a la evolución que los problemas de dependencia han experimentado en el pasado. Dicha evolución, como veíamos al comentar el artículo de Manton *et al.* (1997), es el resultado de la interacción de múltiples factores, cuya comprensión cabal dista mucho de estar clara.

No obstante, a pesar de nuestro aún reducido conocimiento sobre el comportamiento de dichos factores en el pasado y, sobre todo, de la incertidumbre inherente al comportamiento de los mismos en el futuro, lo que sí parece evidente es que cualquier intento de proyectar el número de personas mayores dependientes en el futuro no puede realizarse a espaldas de la mejor evidencia empírica disponible, y ésta señala claramente que la prevalencia no sólo no ha aumentado en los últimos años, sino que lo más probable es que ésta haya disminuido.

Por ello, todas aquellas proyecciones que asuman que las tasas de prevalencia no van a cambiar en el futuro, sin justificar adecuadamente el porqué de esta hipótesis, corren el riesgo de incurrir en errores importantes. A este respecto, y para ilustrar que la magnitud de estos errores puede no ser pequeña, merece la pena comentar el ejercicio realizado por Manton *et al.* (1997) en el mismo artículo que discutíamos anteriormente. En concreto, tras advertir las diferencias existentes en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia entre los años 1982 y 1994, los autores comparan el número total de personas mayores dependientes que hubiera arrojado una proyección basada en las tasas de prevalencia de 1982 con el número total de incapacitados funcionales efectivamente observado durante el período analizado (gráfico 1.2). La proyección para el año 1994, como puede observarse en el gráfico, habría sobrestimado en cerca de un 20% el número de personas mayores dependientes realmente existente.

## NÚMERO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN EE.UU. 1982-1994



Fuente: Manton *et al.* (1997).

### 3. La situación en España

#### El envejecimiento demográfico: una realidad presente y futura

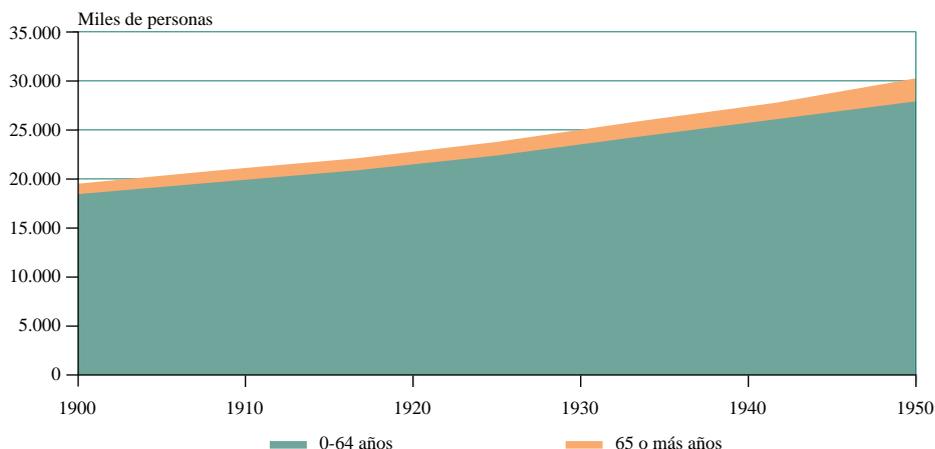
Aunque ya hemos argumentado que el envejecimiento demográfico, por sí solo, no tiene por qué provocar un aumento automático del número de personas mayores dependientes, es un factor que juega (y jugará) un importante papel al respecto. En este apartado, por tanto, trataremos de caracterizar el proceso de envejecimiento demográfico que ha experimentado nuestro país, así como la previsible evolución que éste puede seguir en el futuro.

La transición demográfica, que recordemos era el proceso responsable de una parte importante del envejecimiento demográfico actual, tuvo en el caso de España un tiempo de evolución distinto al observado en la mayoría de países de su entorno (Fernández Cordón, 1996). Así, las reducciones en las tasas de mortalidad ordinaria (no epidémica) no se producen en nuestro país hasta después de la Primera Guerra Mundial, es decir, casi un siglo después que en otros países europeos. Lógicamente, la caída de la fecundi-

dad, que recordemos constituye la segunda fase de la transición, también se produjo en España con retraso (unos años antes de la Guerra Civil). El principal efecto de todo ello, como pone de manifiesto el gráfico 1.3, fue el propiciar un aumento considerable de la población, gracias sobre todo al descenso de la mortalidad infantil, aunque hacia el final del período se observa ya un ligero proceso de envejecimiento demográfico.

Gráfico 1.3

### POBLACIÓN ESPAÑOLA. 1900-1950



Fuente: <http://www.ine.es>

El «baby-boom», sobre el que cabe decir que fue un fenómeno totalmente inesperado desde un punto de vista demográfico, se inicia en España en 1955, diez años después que en el resto de Europa, debido a la larga posguerra que vivió nuestro país. Este aumento de la fecundidad supuso, lógicamente, un freno al proceso de envejecimiento que ya se empezaba a observar.

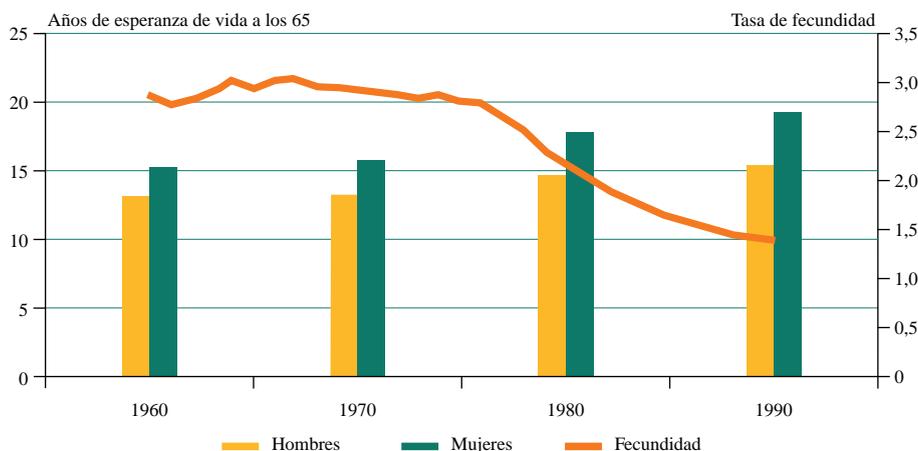
También el inicio de la caída de la fecundidad que siguió al «baby-boom», que parcialmente hay que interpretar como un retorno a la normalidad, aconteció en España con retraso.<sup>(4)</sup> Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido con la fecundidad, las tasas de mortalidad sí que han seguido un

(4) No obstante, a diferencia de lo que está aconteciendo en algunos países europeos, esta caída de la fecundidad no parece aún haber tocado fondo en el nuestro (INE, 1999).

comportamiento paralelo al observado en otros países europeos; esto es, reducciones sostenidas, especialmente importantes entre los grupos de mayor edad, desde mediados de los años sesenta. El gráfico 1.4 muestra la evolución reciente en España de la mortalidad entre las personas mayores, medida por la esperanza de vida a los 65 años, y también de la fecundidad.

Gráfico 1.4

### ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS Y TASAS DE FECUNDIDAD. 1960-1990



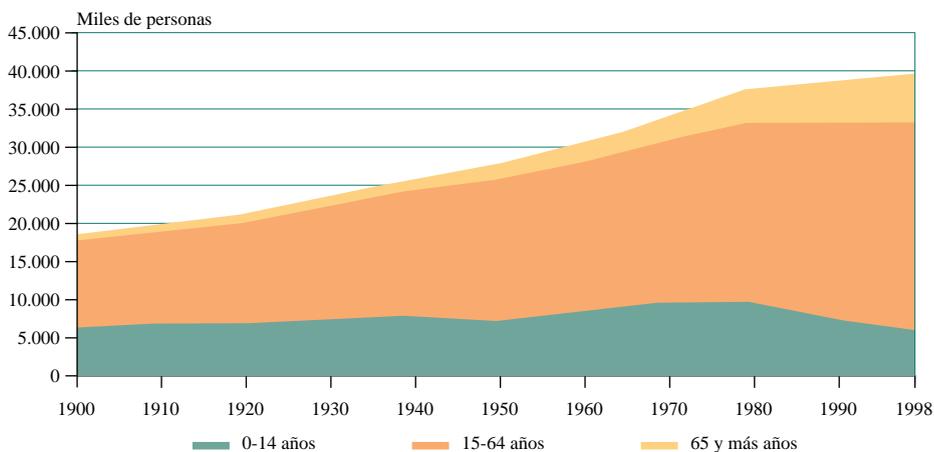
Fuente: Health Data File 2000.

El envejecimiento demográfico de la población española es, por tanto, un proceso que exhibe su mayor dinamismo a partir de finales de la década de los setenta, como pone de manifiesto el gráfico 1.5, a consecuencia de la acción combinada de los dos fenómenos que acabamos de señalar: disminución de la fecundidad y aumento de la esperanza de vida a edades avanzadas. No obstante, a pesar de que esta aceleración nos ha aproximado a los índices de envejecimiento observados en el resto de países europeos, la población española aún sigue siendo ligeramente más joven que la media de la Unión Europea.

En cuanto al futuro, como ya hemos indicado anteriormente, todas las proyecciones coinciden en señalar que el proceso de envejecimiento

Gráfico 1.5

## EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA POR GRUPOS DE EDAD. 1900-1998



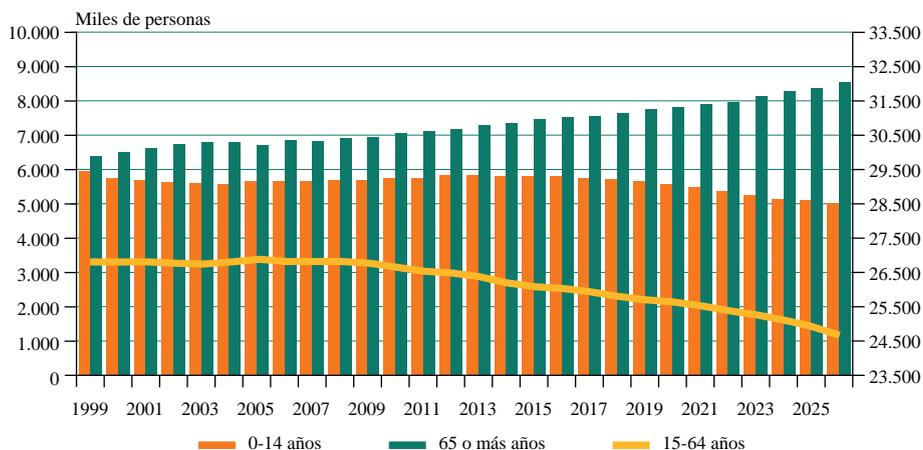
Fuente: <http://www.ine.es>

demográfico no ha hecho más que empezar en los países desarrollados (Jacobzone *et al.*, 1999). En el caso de España, como apunta un reciente trabajo de Fernández Cordón (1998), la situación no parece que vaya a ser distinta. A continuación (gráfico 1.6), para dar una idea de la magnitud de este fenómeno, se reproducen los resultados que se desprenden de una de las diversas variantes de proyección que baraja este autor; en concreto, aquella (variante B) que supone valores intermedios para los tres parámetros demográficos (mortalidad, fecundidad e inmigración).

Resulta evidente que el colectivo que va a experimentar un mayor crecimiento en las próximas tres décadas va a ser el de las personas mayores de 65 años. No obstante, como también se aprecia en el gráfico, este crecimiento no va a ser uniforme. Así, al aumento sostenido que se espera en el futuro más inmediato (hasta 2002), seguirá un período de relativo estancamiento que se prolongará durante cerca de diez años, atribuible al descenso de la fecundidad que tuvo lugar durante la Guerra Civil y la primera postguerra («generaciones huecas»). A partir de 2011, sin embargo, se producirá un aumento

Gráfico 1.6

## PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA POR GRUPOS DE EDAD. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia a partir de Fernández Cordón (1998).

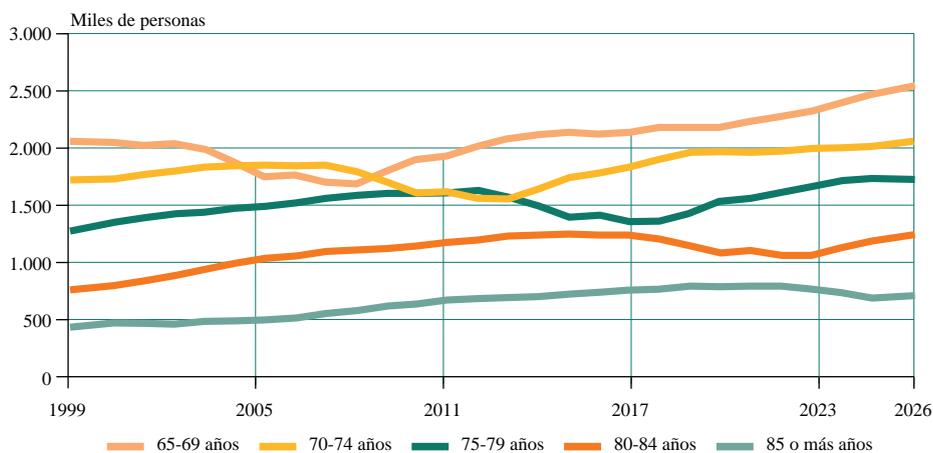
ininterrumpido del número de personas mayores, que se acelerará en el año 2020 con la llegada de las primeras generaciones del «baby-boom» a la edad de jubilación.

No obstante, puesto que los problemas de dependencia afectan sobre todo a los individuos de mayor edad dentro del colectivo de personas mayores, conviene comentar qué comportamiento específico se espera para esas cohortes (gráfico 1.7).

Cuando se analiza la evolución de las dos cohortes de mayor edad, a diferencia de lo que ocurría al considerar toda la población mayor, no se vislumbra ningún período de estancamiento hasta dentro de veinte años. De hecho, la cohorte 80-84 experimentará un fuerte crecimiento durante el próximo decenio; un aumento que, aunque lógicamente amortiguado, se transmitirá a la cohorte de mayor edad (85 o más) durante el decenio siguiente. Así pues, si consideramos únicamente su componente demográfico, parece claro que el reto social que supone el envejecimiento demográfico resulta más acuciante en el caso que nos ocupa, los cuidados de larga duración, que

Gráfico 1.7

## PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE MÁS DE 65 AÑOS, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia a partir de Fernández Cordón (1998).

en otros aspectos del bienestar sobre los que también se viene debatiendo (por ejemplo, el sistema público de pensiones).<sup>(5)</sup>

### La prevalencia de la dependencia en España: evidencia empírica

A pesar del creciente interés que parece existir en nuestro país por la cuestión de la dependencia, lo cierto es que son pocos los trabajos empíricos realizados hasta la fecha sobre este tema. Atendiendo al ámbito territorial objeto de estudio, las investigaciones existentes son de dos tipos. Por un lado, hay un conjunto de trabajos que utilizan información procedente de diversas encuestas representativas a nivel estatal,<sup>(6)</sup> que fueron elaboradas para cuantificar otros aspectos además de la incapacidad funcional (salud, condiciones materiales de vida, etc.). Por otro lado, existen diversas investi-

(5) Véase, para una discusión acerca del efecto del envejecimiento demográfico sobre el sistema público de pensiones, Herce *et al.* (2000).

(6) Éstas son, por orden cronológico, la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías (INE, 1987), la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (MSC, 1993), y la Encuesta sobre el Apoyo Informal (CIS, 1993).

gaciones, cuya información de base procede de encuestas realizadas con el propósito específico de valorar la incapacidad funcional, que analizan esta cuestión en distintos municipios del país.<sup>(7)</sup>

No obstante, antes de pasar a analizar los resultados obtenidos en estas investigaciones, nos parece más adecuado tratar de discutir primero qué objetivos generales persiguen estos trabajos y, sobre todo, comentar cuáles son las cuestiones metodológicas implicadas y cómo han sido resueltas en cada caso.

El principal objetivo que persiguen todos los trabajos es obtener estimaciones sobre cuántas personas mayores en una población, ya sea ésta la española o la barcelonesa, exhiben problemas de dependencia. Además de esto, algunas investigaciones también buscan identificar cuáles son los perfiles sociodemográficos que distinguen a las personas dependientes del resto. Sin embargo, como discutimos a continuación, ninguna de estas dos tareas es sencilla.

## **Cuestiones metodológicas**

### **a) ¿Cuándo es dependiente un sujeto?**

Una persona dependiente, decíamos al empezar este capítulo, es aquella que durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda de otra persona para realizar ciertas actividades cotidianas. A este respecto, desde los trabajos pioneros de Katz *et al.* (1963) y Lawton y Brody (1969), los investigadores suelen distinguir entre dos grupos de actividades: por un lado, las orientadas al cuidado personal, que en terminología anglosajona reciben la denominación de «actividades de la vida diaria» (AVDs), como por ejemplo comer o asearse; y, por otro lado, aquellas cuyo propósito es mantener el medio ambiente de la persona, las denominadas «actividades instrumentales de la vida diaria» (AIVDs), como por ejemplo comprar o preparar la comida.

Así pues, a la hora de determinar cuál es el número de personas dependientes en una población, bastaría con saber qué sujetos precisan de ayuda para realizar ciertas AVDs y determinadas AIVDs. En este punto, no

(7) Barcelona (Ruigómez y Alonso, 1996), Leganés (Béland y Zunzunegui, 1995), Vigo (Eiroa *et al.*, 1996) y Córdoba (Martínez *et al.*, 1997).

obstante, las investigaciones no siempre siguen el mismo camino. En concreto, éstas difieren en cuanto a la elección de las AVDs y las AIVDs a considerar. Lamentablemente, este hecho provoca que los resultados de prevalencia obtenidos por los diferentes estudios sean poco comparables entre sí; esto es, resulta imposible determinar hasta qué punto las diferencias observadas en los resultados son reales o, por el contrario, responden a una distinta elección en cuanto a las actividades sobre las que preguntar a los sujetos.

### **b) ¿Cuán dependiente es un sujeto?**

Además del porcentaje de personas mayores que exhiben problemas de dependencia en una determinada población, una segunda cuestión que preocupa a los investigadores es conocer el grado de incapacidad funcional que padecen los distintos individuos dependientes. El porqué de este interés resulta obvio: desde una perspectiva social, el reto asistencial que plantea un individuo con incapacidad funcional es directamente proporcional a su nivel de dependencia. A este respecto, las propuestas metodológicas son de tres tipos:

1) *Clasificar a los individuos según el número y naturaleza de las actividades en las que éstos precisan de ayuda.* En general, cuando se opta por esta vía, los investigadores suelen establecer una primera categoría que incluye a aquellos sujetos que exhiben problemas sólo en las AIVDs.<sup>(8)</sup> Asimismo, los individuos que tienen problemas con algunas AVDs, independientemente de que tengan también dificultades con las AIVDs, son clasificados en categorías distintas atendiendo al número total de AVDs en las que tienen problemas. De nuevo, tanto el rango de las categorías como el número de éstas varía de unas investigaciones a otras (véase cuadro 1.2), reflejando el carácter «ad hoc» que, en nuestra opinión, subyace a este tipo de metodologías. Cabe añadir, sin embargo, que algunas de estas aproximaciones han demostrado su potencial para capturar la distinta capacidad funcional de los individuos dependientes.<sup>(9)</sup>

2) *Utilizar escalas de capacidad funcional.* Desde los trabajos pioneros de Katz *et al.* (1963) y Lawton y Brody (1969), a los que ya hemos

(8) Obviamente, se considera que las AIVDs, por sí solas, generan un nivel de dependencia menor.

(9) Ruigómez y Alonso (1996), por ejemplo, pese a establecer sólo unas pocas categorías atendiendo al número de AVDs en las que los individuos tienen dificultades, contrastan empíricamente cómo los sujetos que pertenecen a tales categorías exhiben tasas de mortalidad significativamente más altas que el resto.

hecho alusión, se han desarrollado diversas metodologías cuyo objetivo común es conseguir un «índice» que permita medir (en unidades) el distinto grado de dependencia que, sin duda, existe entre los individuos funcionalmente incapaces. De hecho, las distintas escalas existentes no sólo buscan obtener una «métrica» de la dependencia, sino que también tratan de proponer un conjunto limitado de categorías, obtenidos a partir del índice elaborado, que ayuden a clasificar a los individuos dependientes.

Frente a las propuestas metodológicas que considerábamos en el apartado anterior, el principal atractivo de las escalas de capacidad funcional es que acostumbran a ser el resultado de un proceso de elaboración científico más o menos riguroso (se estudia, por ejemplo, si efectivamente mayores puntuaciones en el índice se corresponden o no con una mayor utilización de cuidados de larga duración). No obstante, como señalan Ruigómez y Alonso (1996), buena parte de estas escalas han sido diseñadas con el propósito de que la valoración funcional que de los individuos realizan sea de utilidad en el ámbito clínico (que sirvan, por ejemplo, para evaluar la progresión de los pacientes). Por ello, su desarrollo exige realizar encuestas que deben contener mucha información y, en algunos casos, ser administradas por personal cualificado. Sin embargo, pese a que esto condiciona su aplicabilidad en ámbitos territoriales grandes, ya existen algunos estudios de este tipo en nuestro país [Martínez *et al.* (1997); Eiroa *et al.* (1996)].

3) *Clasificaciones basadas en la utilización de técnicas de análisis multivariante.* Las propuestas de este tipo, aunque comparten con las demás el objetivo de establecer categorías de individuos dependientes, se caracterizan por el hecho de que tales categorías se obtienen sin necesidad de presuponer nada a priori sobre el número y el contenido de las mismas. En concreto, al estar basadas en la utilización de técnicas de análisis multivariante,<sup>(10)</sup> es el contenido de los datos el que acaba determinando qué categorías deben considerarse.

Así, por ejemplo, en el único estudio que ha seguido esta orientación en nuestro país (Béland y Zunzunegui, 1995), se emplea una técnica multivariante, el análisis de correspondencia (AC), para analizar la información

(10) Manton *et al.* (1997).

contenida en la encuesta «Envejecer en Leganés». Entre otras cosas, el AC permite a las autoras clasificar, de un modo empíricamente riguroso, a los individuos con problemas en las AVDs en tres grandes grupos: *i*) aquellos que necesitan ayuda para realizar tareas que implican desplazamiento (por ejemplo, ir al lavabo), *ii*) aquellos que necesitan ayuda en tareas que suponen movimientos sin desplazamiento (por ejemplo, comer), y *iii*) los que son incapaces de realizar ambos tipos de tareas.

### **c) Otras fuentes de variación en los resultados**

Además de las cuestiones que hemos considerado hasta el momento, existen otros dos factores que hacen difícil comparar los resultados obtenidos por los distintos estudios. Por un lado, puesto que las investigaciones analizan encuestas de poblaciones que suelen diferir en cuanto a sus características sociodemográficas, en la medida en que tales factores sean responsables de la distinta probabilidad individual de exhibir dependencias, los resultados de prevalencia diferirán entre unos estudios y otros. Por otro lado, puesto que ninguna de las encuestas realizadas en España incluye en su muestra a la población que reside en instituciones, una parte (indeterminada) de las diferencias observadas en las tasas de prevalencia es atribuible al distinto grado de institucionalización existente en las poblaciones estudiadas.

## **Resultados**

Los cuadros 1.2 y 1.3 tratan de sintetizar los resultados obtenidos por los distintos estudios sobre dependencias realizados en nuestro país. En el primero de ellos, los trabajos que aparecen son aquellos que han analizado la cuestión de la dependencia a escala local. El segundo cuadro, por su parte, ofrece una síntesis de los estudios de ámbito estatal. Comentaremos unos y otros por separado.

En cuanto a los trabajos de ámbito local, hay tres aspectos que merecen ser destacados. En primer lugar, la existencia de diferencias metodológicas entre los distintos estudios, como ya hemos señalado anteriormente, dificulta la comparabilidad de los resultados obtenidos en cada uno de ellos. Más concretamente, en la medida en que las categorías de dependencia varían de unos estudios a otros, comparar las tasas de prevalencia resulta un ejercicio

carente de sentido. Por ello, tanto si se pretende obtener una estimación de la prevalencia a nivel nacional, como si se intenta contrastar la existencia de diferencias territoriales a este respecto, los resultados de los trabajos de ámbito local no constituyen una fuente de información que pueda ser utilizada con tales propósitos.

Sin embargo, y éste es el segundo aspecto a destacar, nada de lo anterior cuestiona la utilidad de los trabajos revisados, por la sencilla razón de que el objetivo que persiguen sus autores no es el de proporcionar una instantánea parcial de los problemas de dependencia en España. Por el contrario, su principal propósito es ofrecer una instantánea completa de cuál es la prevalencia de la incapacidad funcional en una determinada localidad. Y este objetivo, como pone de manifiesto el cuadro 1.2, es alcanzado por los diferentes trabajos, aunque empleando metodologías distintas en cada caso.

Por último, a diferencia de lo que ocurre con las tasas de prevalencia, cuando los distintos estudios tratan de identificar las características socio-demográficas que distinguen a las personas dependientes del resto, los resultados alcanzados sí pueden ser discutidos desde una perspectiva más general, pues parece razonable pensar que los factores asociados a la dependencia deben de ser los mismos independientemente del ámbito territorial que se considere.

A este respecto, sin embargo, la relevancia de los resultados obtenidos es diversa. Excepto en el estudio de Béland y Zunzunegui (1995), el resto de trabajos se limitan a computar, por separado, si las diferencias en las tasas de prevalencia entre las distintas categorías (por ejemplo, hombre/mujer) de una misma variable (por ejemplo, sexo), son estadísticamente significativas o no; en otras palabras, cuando se establece la asociación entre una variable y el hecho de ser dependiente, no se controla por el efecto de otras variables. Por el contrario, el trabajo de Béland y Zunzunegui (1995), en la medida en que realiza un análisis de regresión logística multivariante, sí tiene en cuenta ese extremo. No es extraño, por tanto, que los resultados de este trabajo sean sustancialmente distintos de los del resto: aunque la edad avanzada conserva su significatividad, ésta desaparece en el caso de la variable sexo. Asimismo, el análisis de regresión permite añadir un nuevo factor

Cuadro 1.2

## ESTUDIOS DE ÁMBITO LOCAL SOBRE DEPENDENCIAS

Estudio	Fuente de información (año)	Población de referencia (N)
Béland y Zunzunegui (1995)	Encuesta «Envejecer en Leganés» (1994)	Población no institucionalizada de 65 o más años (1.232)
Ruigómez y Alonso (1996)	Encuesta de salud de Barcelona (1986)	Población no institucionalizada de 65 o más años (1.632)
Eiroa <i>et al.</i> (1996)	Encuesta de Salud OARS-Vigo (1994)	Población no institucionalizada de 65 o más años (841)
Martínez <i>et al.</i> (1997)	Estudio Transversal en Córdoba	Población no institucionalizada de 60 o más años (1.103)

Nota: N: Tamaño muestral.

AVDs: Actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer o asearse).

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, comprar o prepararse la comida).

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en los distintos trabajos referenciados.

que comporta una mayor probabilidad relativa de ser dependiente: el bajo nivel de ingresos.<sup>(11)</sup>

Por su parte, como pone de manifiesto el cuadro 1.3, son muy pocos los trabajos que hayan tratado de analizar la prevalencia de los problemas de dependencia utilizando la información contenida en las distintas encuestas realizadas a nivel nacional. De hecho, dos de esas encuestas, la ENS-95 y la ENS-97, no han sido explotadas más que por los responsables de su elaboración (MSC, 1997 y 1999), siendo los resultados publicados al respecto excesivamente generales y, por ello, de muy poca utilidad.

(11) En la próxima sección, donde realizamos un análisis estadístico de la recientemente aparecida Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998), tendremos ocasión de discutir más ampliamente el trabajo de Béland y Zunzunegui (1995), sin duda el más completo de los realizados en nuestro país hasta el momento.

Resultados			
Prevalencia en población de 65 años o más (%)		Factores asociados a la dependencia	
AVDs:		AIVDs:	
Pueden	84,4	Pueden	60,9
Ayuda tareas con desplazamiento	6,6	Necesitan ayuda	31,6
Ayuda tareas sin desplazamiento	6,2	No pueden	7,5
No pueden	2,7		
AVDs:			Edad
Independientes	62,8		Viudedad
Independientes con dificultad	31,0		Bajos ingresos
Dependientes	6,2		
AVDs:			Edad
Situación excelente/buena	58,0		Enfermedades crónicas
Deterioro leve/moderado	33,0		Sexo
Deterioro grave/absoluto	9,0		
AVDs:			Edad
Situación excelente/buena	48,0		Sexo
Deterioro leve/moderado	41,0		
Deterioro grave/absoluto	10,0		

El trabajo de Pérez Díaz (1999), cuyo principal objetivo es obtener proyecciones sobre el número futuro de personas mayores dependientes, emplea como punto de partida unas tasas de prevalencia calculadas a partir de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías (INE, 1987) (EDDM). Dichas tasas, señala el autor, aumentan conforme se consideran cohortes de edad más avanzada, y son mayores entre las mujeres que entre los hombres. Estas conclusiones, sin embargo, se obtienen a través de un análisis meramente descriptivo (cálculo de frecuencias). Asimismo, en la medida en que la EDDM estudia la incapacidad según una clasificación de la Organización Mundial para la Salud que no es específica para el envejecimiento (Béland y Zunzunegui, 1995), los resultados obtenidos son muy poco comparables con los del otro estudio de ámbito nacional existente, debido a Morán Aláez (1999).

Cuadro 1.3

## ESTUDIOS DE ÁMBITO ESTATAL SOBRE DEPENDENCIAS

Estudio	Fuente de información (año)	Población de referencia (N)
Pérez Díaz (1999)	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (1986)	Hogares españoles (75.000)
MSC (1996)	Encuesta Nacional de Salud (1995)	Población española > 15 años (6.400 individuos)
	Encuesta Nacional de Salud (1993)	Población española > 15 años (6.400 individuos)
Morán Aláez (1999)		
	Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores (1993)	Población española > 65 años (2.500 individuos)

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en los distintos trabajos referenciados.

Este último autor se aproxima a la cuantificación de los problemas de dependencia en España utilizando dos fuentes complementarias de información: la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (MSC, 1993) (ENS) y la Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores. 1ª fase (CIS, 1993) (EAI). Tras proponer una clasificación de los sujetos dependientes basada en el recuento del número de actividades en las que éstos precisan de ayuda en tres grandes áreas (cuidados personales, tareas domésticas y asuntos propios), el autor calcula las tasas de prevalencia en cada una de las distintas categorías barajadas, empleando para ello tanto la ENS como la EAI (véase cuadro 1.2). A pesar de las diferencias existentes entre los resultados de ambas encuestas, éstas no son en general estadísticamente significativas (Morán Aláez, 1999).

Al comparar las tasas de prevalencia entre distintos grupos de edad, este autor observa cómo el problema de la dependencia afecta más, en términos relativos, a las personas mayores de edad avanzada. Asimismo, utilizando

Prevalencia en población de 65 años o más (%)			
Problemas de «independencia física»:			
Hombres	6,4	Mujeres	8,5
No ofrece información agregada, sólo actividad a actividad. ( $N > 65 = 1.100$ )			
Alguna dependencia (1 o más) en:	ENS-93	EAI-93	
(1) Cuidados personales	19,6	18,9	
(2) Tareas domésticas	25,6	17,5	
(3) Asuntos propios	27,1	20,3	
(2) ó (3)	34,5	32,9	
(1) y (2) y (3)	5,3	0,8	
Alguna dependencia grave (3 o más) en:	ENS-93	EAI-93	
(1) Cuidados personales	3,0	5,9	
(2) Tareas domésticas	9,8	5,7	
(3) Asuntos propios	6,5	8,1	
(2) ó (3)	11,4	11,7	
(1) y (2) y (3)	2,6	0,6	

la información contenida en la EAI sobre distintas variables sociodemográficas, Morán Aláez trata de caracterizar a la población dependiente. No obstante, al no utilizar información sobre la población no dependiente para efectuar dicha caracterización y, sobre todo, al estar basada ésta en un simple análisis descriptivo (frecuencias), los distintos resultados obtenidos no permiten extraer ninguna conclusión relevante sobre cuáles son los perfiles sociodemográficos que distinguen a las personas mayores dependientes del resto.

En el próximo apartado, a partir de la información contenida en la ya referida EAI y en la reciente Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998) (ESPM), trataremos de realizar una aportación novedosa al conjunto de trabajos que se han realizado sobre la cuestión de la dependencia en España. Además de la novedad que de por sí comporta la utilización de los microdatos de la ESPM, que aún no han sido explotados en ningún estudio, el análisis que proponemos resulta novedoso por dos motivos adicionales. En primer lugar, vamos a emplear distintas técnicas de aná-

lisis multivariante para analizar, por un lado, la prevalencia a nivel estatal de diversos grados de dependencia, y por otro, los factores sociodemográficos asociados a la aparición de dichos problemas. En segundo lugar, puesto que disponemos de datos de sección cruzada para dos momentos del tiempo, trataremos de utilizar esa información para responder tentativamente a una cuestión que aún no ha sido tratada en nuestro país: ¿se detecta una tendencia en España, al igual que ha ocurrido en otros países, hacia una reducción de las tasas de prevalencia?

## Nuevos datos sobre la dependencia en España

### Fuentes de información

Existen distintas razones que explican por qué nuestro análisis va a utilizar como información de base los datos contenidos en las dos encuestas anteriormente referidas. Un primer motivo cabe buscarlo en el hecho de que tanto la «Encuesta sobre el apoyo informal» (EAI) como la «Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (ESPM) fueron diseñadas con el objetivo expreso de caracterizar a la población anciana. Así, a diferencia de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), ambas encuestas utilizan una muestra que únicamente pretende representar a la población mayor de 65 años. Por ello, el tamaño muestral de las dos encuestas es mucho mayor que el de la ENS.<sup>(12)</sup> Asimismo, coherentemente con el hecho de que a priori los problemas de los ancianos son tanto mayores cuanto más avanzada es la edad de éstos, ambas encuestas fueron diseñadas de tal modo que las cohortes de mayor edad están sobrerrepresentadas en la muestra, algo que no sucede en el caso de la ENS y que resulta especialmente importante para analizar los problemas de dependencia.

En segundo lugar, la similitud existente entre ambas encuestas y el hecho de que una y otra estén separadas por un período de tiempo suficientemente largo (5 años), las convierte en las únicas fuentes de información que permiten abordar la cuestión de la evolución temporal de la dependencia con un mínimo de rigor.

(12) Ambas encuestas del CIS utilizan una muestra de 2.500 individuos. Por su parte, la submuestra de individuos mayores de 65 años que baraja la ENS-97 apenas supera los 1.000.

Finalmente, a diferencia de la ENS, ambas encuestas incorporan información sobre cuál es el tipo de ayuda que reciben los sujetos que exhiben problemas de dependencia (apoyo informal, atención domiciliaria, etc.). Este aspecto, como tendremos ocasión de comprobar en el capítulo II, nos permitirá analizar cuantitativamente qué factores determinan el modo en que nuestra sociedad está respondiendo al reto asistencial que suponen las personas mayores dependientes.

## **La prevalencia actual de los problemas de dependencia en España**

### **a) Una primera aproximación a los datos: categorías amplias de dependencia**

Como ya hemos señalado, la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998) (ESPM) es la encuesta más reciente que incorpora información relacionada con los problemas de dependencia en España. Así, en dicha encuesta se preguntaba a los individuos en qué medida eran capaces de realizar autónomamente doce actividades, tres de ellas relativas al cuidado personal (AVDs) y el resto al mantenimiento del medio ambiente (AIVDs). En concreto, para cada una de esas actividades, se daba la posibilidad a los sujetos de dar una de las seis posibles respuestas que aparecen en el cuadro 1.4.

Ya hemos comentado anteriormente que, en general, la mayoría de estudios señalan la necesidad de diferenciar entre aquellos individuos que exhiben sólo problemas en las «actividades instrumentales de la vida diaria» (por ejemplo, cocinar) de aquellos otros, a priori menos numerosos, que tienen también dificultades en las «actividades de la vida diaria» (por ejemplo, bañarse), por la sencilla razón de que la intensidad de los cuidados que precisan unos y otros se presupone distinta. Siguiendo este esquema, hemos calculado el porcentaje que representan sobre el total de la población mayor de 65 años estos dos grupos de individuos dependientes, adoptando para ello una definición extensiva de dependencia (esto es, se computa como dependiente tanto el que precisa un poco de ayuda, como el que precisa mucha, como el que es totalmente incapaz). Los resultados obtenidos se muestran en el gráfico 1.8.<sup>(13)</sup>

(13) 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.

Cuadro 1.4

## ENCUESTA SOBRE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES. 1998

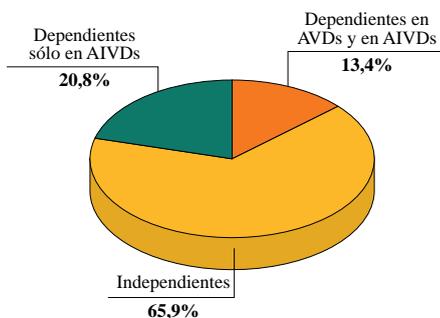
Muestra: 2.500 personas mayores de 65 años (representativa a nivel estatal)

Preguntas sobre dependencia	Respuestas posibles
Actividades de la vida diaria (3): Levantarse, vestirse y afeitarse Bañarse y/o ducharse Andar por dentro de la casa	<input type="checkbox"/> La realiza sin ayuda <input type="checkbox"/> La realiza sin ayuda, pero con dificultad <input type="checkbox"/> Necesita de una pequeña ayuda para realizarla <input type="checkbox"/> Necesita de una gran ayuda para realizarla <input type="checkbox"/> No puede realizarla aunque le ayuden <input type="checkbox"/> No la realiza porque nunca lo ha hecho
Actividades instrumentales de la vida diaria (9): Cocinar Hacer limpieza y tareas del hogar Subir y bajar las escaleras Salir y andar por la calle Utilizar el teléfono Utilizar el transporte público Ir de vacaciones Hacer papeleos, gestiones... Llevar el control del dinero	<input type="checkbox"/> La realiza sin ayuda <input type="checkbox"/> La realiza sin ayuda, pero con dificultad <input type="checkbox"/> Necesita de una pequeña ayuda para realizarla <input type="checkbox"/> Necesita de una gran ayuda para realizarla <input type="checkbox"/> No puede realizarla aunque le ayuden <input type="checkbox"/> No la realiza porque nunca lo ha hecho

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

Gráfico 1.8

## PROBLEMAS DE DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN MAYOR ESPAÑOLA. 1998



AVDs: Actividades de la vida diaria.

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria.

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

Así pues, a luz de estos resultados, parece que las personas que tienen problemas para realizar tanto las actividades de la vida diaria (AVDs) como las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs) son, efectivamente, menos numerosas que el grupo de individuos que sólo precisan de ayuda en las AIVDs. En conjunto, por tanto, esta primera fotografía nos estaría diciendo que casi un 35% de la población anciana de nuestro país necesita de ayuda para llevar a cabo al menos una de las doce actividades contempladas en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores.

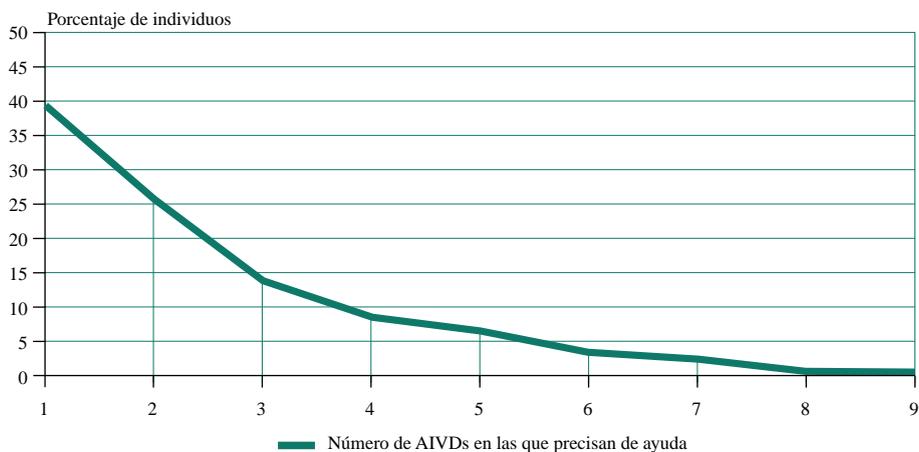
Tras estas cifras agregadas, no obstante, se esconden realidades muy diferentes. En concreto, puesto que no hemos considerado el número de actividades en las que cada individuo tiene problemas, resulta evidente que las personas que comparten una misma categoría de dependencia, ya sea una u otra de las dos definidas hasta ahora, pueden requerir de un volumen de ayuda muy distinto entre sí.

Así, en el caso del grupo de personas que precisan de ayuda sólo en las AIVDs, se constata que cerca de un 40% de las mismas únicamente necesita de alguien para realizar una de las nueve actividades consideradas. De hecho, como puede observarse en el gráfico 1.9, los individuos que dependen de otra persona para realizar cuatro o más de esas nueve actividades representan, conjuntamente, menos del 25% del total de individuos pertenecientes a la categoría «dependientes sólo en AIVDs».

También se aprecian diferencias entre los individuos pertenecientes a la otra categoría de dependencia anteriormente definida. Así, al computar el número de AIVDs en que tienen problemas los individuos que precisan de ayuda en una o más AVDs (gráfico 1.10), aparecen dos aspectos que merece la pena destacar. En primer lugar, como se observa en la última categoría del eje de abscisas, que es por cómo se ha construido el gráfico la que acumula el total de individuos con problemas en una, dos o tres AVDs, cada uno de estos tres subgrupos de individuos tiene un tamaño desigual. En concreto, los sujetos con problemas en una sola AVD son tan numerosos como aquellos que tienen problemas en las tres AVDs consideradas; por su parte, los individuos que precisan ayuda en dos de esas actividades representan un colectivo considerablemente menor de personas. En segundo lugar, también resulta destacable el modo en que se distribuyen los problemas en las AIVDs

Gráfico 1.9

## PERSONAS DEPENDIENTES SÓLO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. 1998

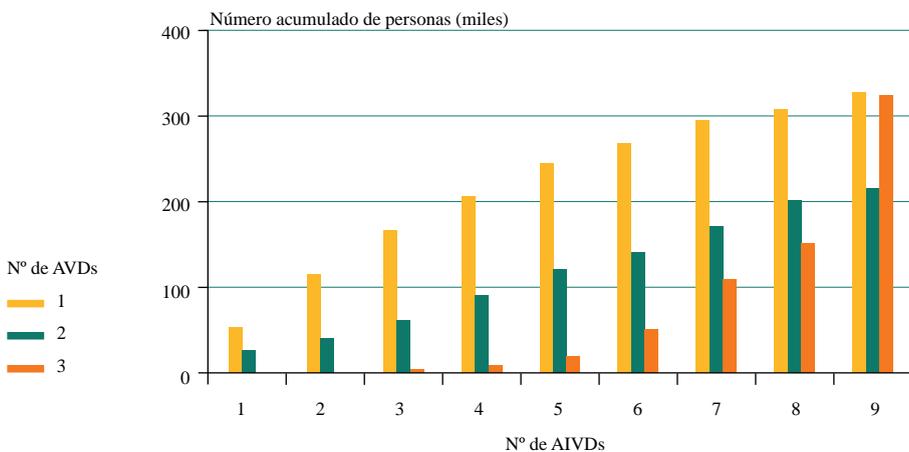


AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria.

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

Gráfico 1.10

## PERSONAS DEPENDIENTES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y EN ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. 1998



AVDs: Actividades de la vida diaria.

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria.

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

entre cada uno de los tres grupos que acabamos de mencionar. Así, leyendo el gráfico 1.10 de izquierda a derecha, se observa cómo los sujetos que sólo tienen problemas en una AVD exhiben, relativamente, un menor número de problemas en las AIVDs en comparación con aquellos otros individuos que tienen más de un problema en las AVDs (dos o tres).

En resumen, tanto en el caso de los individuos que sólo exhiben problemas en las AIVDs como en el de los sujetos que también requieren de ayuda en las AVDs, parece claro que las diferencias dentro de ambos colectivos son importantes. Así pues, resulta necesario construir nuevas categorías que nos permitan obtener una fotografía más precisa de la prevalencia de los problemas de dependencia en nuestro país. Trataremos de acometer esa tarea en el próximo apartado.

### **b) Afinando los resultados**

Idealmente, puesto que estamos interesados en analizar con detalle los problemas de dependencia en nuestro país, nos gustaría llegar a ser capaces de obtener una medida del nivel global de dependencia que padecen cada uno de los individuos que dicen tener problemas para realizar distintas actividades cotidianas. En principio, como ya hemos mencionado, parece claro que el número de actividades en las que los individuos necesitan de ayuda va a estar relacionado con ese nivel de dependencia global. Asimismo, además del número de actividades, parece claro que también el grado de ayuda requerido en cada una de las actividades va a resultar importante.

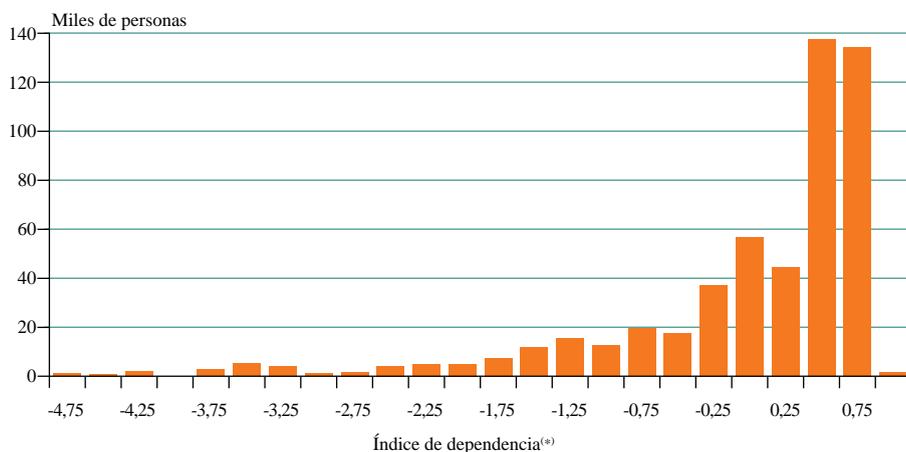
En el caso de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (ESPM), para tratar de obtener dicha medida global, contamos con información sobre 2.500 sujetos acerca del grado de ayuda que necesitan para realizar un total de doce actividades, medido en un intervalo que admite cinco posibilidades en cada actividad (véase cuadro 1.3). En este punto, la pregunta que surge de un modo espontáneo es la siguiente: ¿cómo transformar toda esa ingente cantidad de datos en una única medida de dependencia para cada sujeto?

El análisis de homogeneidad es una técnica estadística que puede ayudarnos a ofrecer una respuesta al respecto, por la sencilla razón de que su objetivo es tratar de condensar en unas pocas nuevas variables, denominadas factores, el máximo de la información contenida inicialmente en un conjunto

más amplio de variables categóricas (como son, por ejemplo, las relativas a cada una de las doce actividades que aparecen en la ESPM).<sup>(14)</sup> Así, aplicando un análisis de homogeneidad al subconjunto de individuos que sólo tienen problemas en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), se ha podido constatar que el primer factor resultante captura una parte importante de la variabilidad existente en cuanto al grado de ayuda requerido para realizar el conjunto de AIVDs consideradas (véase el gráfico 1 del anexo). Por ello, la puntuación registrada por los distintos individuos en este primer factor constituye un «índice» que nos aproxima cuantitativamente al nivel global de dependencia padecido por cada uno de ellos; en concreto, cuanto más negativo es el valor del índice, mayor el nivel global de dependencia. Los resultados obtenidos se reproducen en el gráfico 1.11.

Gráfico 1.11

### ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS PARA REALIZAR LAS AIVDs



(\*) Cuanto más negativo es el valor del índice, mayor el nivel de dependencia.

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria.

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

(14) Una excelente introducción al análisis de homogeneidad, así como a otras técnicas multivariantes de reducción de datos categóricos (análisis de correspondencia y análisis conjunto), puede encontrarse en Greenacre (1993).

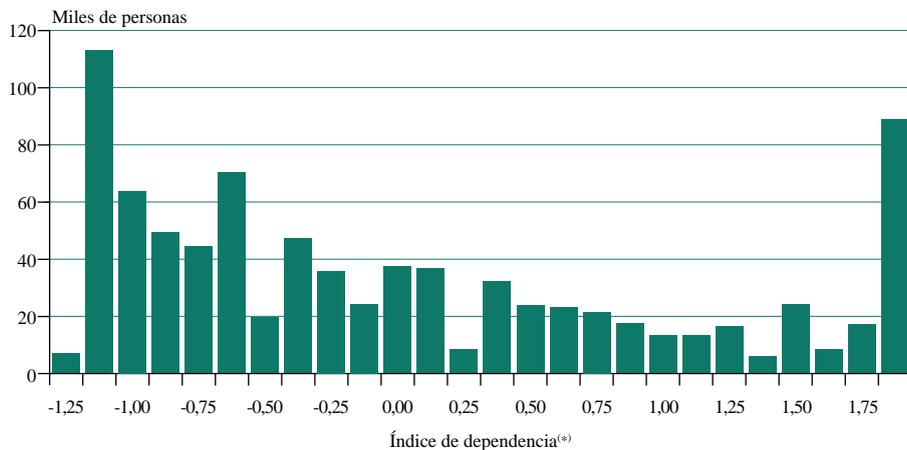
Así pues, confirmando los resultados preliminares obtenidos en el apartado anterior, parece claro que los sujetos dependientes en la AIVDs constituyen un grupo en el que el nivel global de la dependencia se distribuye de un modo desigual, siendo las personas más numerosas dentro de ese grupo aquellas que exhiben un grado de dependencia muy bajo (puntuaciones positivas). A partir de las puntuaciones obtenidas, hemos establecido tres categorías de sujetos atendiendo a su nivel global de dependencia: leve, moderada y severa. Aunque esta clasificación tiene algunas limitaciones, quizás la más importante la derivada del carácter discrecional con el que se han establecido los puntos de corte entre las categorías, creemos que ofrece una buena instantánea de cuál es la importancia poblacional de los problemas con las AIVDs. Así, dando por buena esta nueva clasificación, se comprueba que del 1.300.000 personas que declaran dificultades en las AIVDs, sólo tienen un grado de dependencia severa el 8,7% de las mismas. Asimismo, el grupo más numeroso lo constituyen los individuos con un grado global de dependencia leve (76,7%), seguido de lejos por las personas con un nivel de dependencia moderado (14,6%).

En cuanto al otro gran grupo de personas dependientes caracterizado en el apartado anterior, que recordemos estaba integrado por individuos con problemas tanto en las AIVDs como en las actividades de la vida diaria (AVDs), el análisis de homogeneidad realizado nos ha permitido extraer nuevas conclusiones. De nuevo, el primero de los factores condensa buena parte de la variabilidad existente en cuanto al grado de ayuda requerido para realizar el conjunto de las doce actividades consideradas (véase el gráfico A.2 del anexo). En este caso, no obstante, los valores del índice global de dependencia obtenidos tienen una interpretación opuesta: las puntuaciones con valores más positivos se corresponden con los individuos globalmente más dependientes, y viceversa. El gráfico 1.12 muestra los resultados obtenidos.

De nuevo, con la intención de ofrecer una instantánea más compacta del grado de dependencia global que padecen los individuos con problemas tanto en las AVDs como en las AIVDs, hemos construido tres grandes categorías de estas personas atendiendo a sus puntuaciones individuales en el primer factor del Análisis de Homogeneidad (AH). Así, sin olvidar el carácter discrecional que subyace a nuestra clasificación, podemos concluir que

Gráfico 1.12

## ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS PARA REALIZAR LAS AVDs Y LAS AIVDs



(\*) Cuanto más positivo es el valor del índice, mayor el nivel de dependencia.

AVDs: Actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer).

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, cocinar).

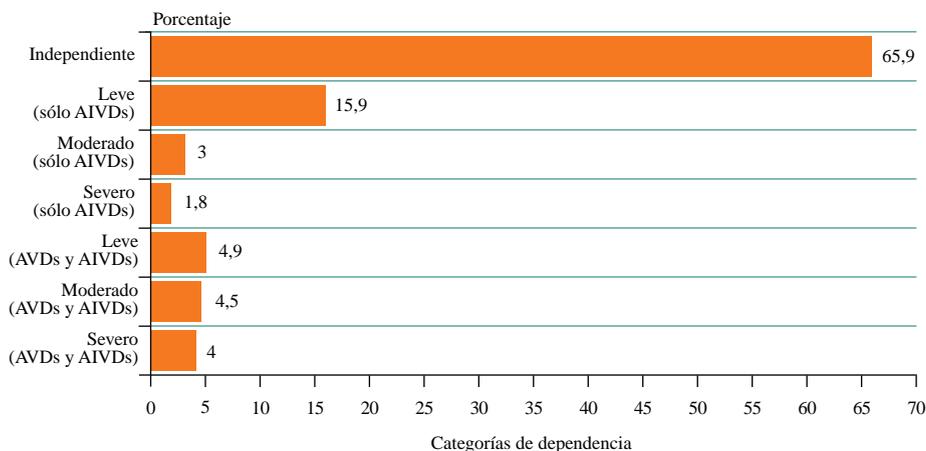
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

los dependientes leves, moderados y severos representan, respectivamente, un 36,8%, un 33,6% y un 29,6% de las cerca de 870.000 personas mayores de 65 años que veíamos anteriormente precisaban de ayuda para realizar algunas de las AVDs y de las AIVDs consideradas en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores.

Llegados a este punto, gracias a las nuevas categorías de dependencia que nos ha permitido construir el AH, estamos en condiciones de ofrecer una fotografía más precisa de la importancia poblacional que tienen los problemas de dependencia entre nuestra población mayor. Así, el gráfico 1.13 reproduce las tasas de prevalencia de las distintas categorías de dependencia que hemos ido introduciendo.

Gráfico 1.13

## PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA. 1998



AVDs: Actividades de la vida diaria.

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria.

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

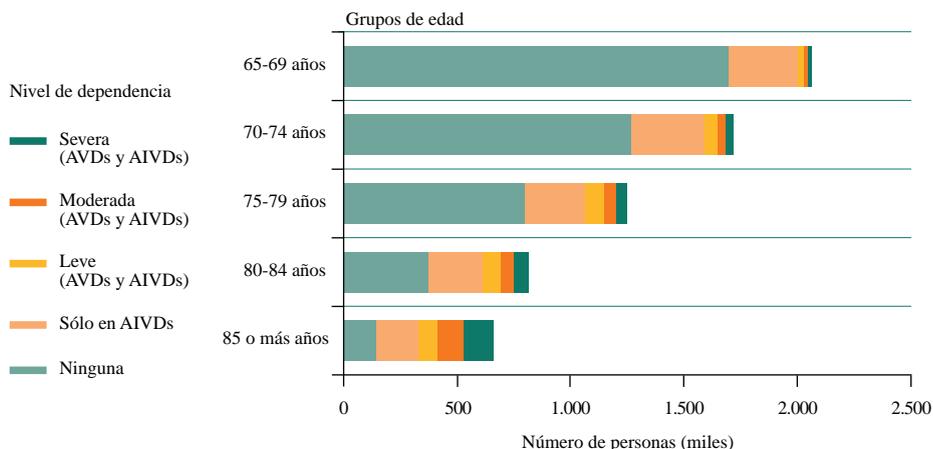
### c) Factores determinantes de la dependencia

En la sección anterior, hemos tratado de cuantificar no sólo el número de individuos que tienen dificultades para realizar autónomamente diversas actividades, sino también el distinto grado de dependencia global que éstos exhiben. Sin embargo, aunque ambos aspectos constituyen un punto de partida ineludible en la valoración de los problemas que plantea la dependencia, resulta necesario ampliar nuestro análisis y discutir qué características distinguen a las personas dependientes del resto.

A este respecto, como ya hemos enfatizado a lo largo de todo el capítulo, la edad constituye un factor determinante. Así, cuando se computa cuál es la distribución por edades de las distintas categorías de dependencia introducidas en el apartado anterior, los resultados que se obtienen no pueden ser más elocuentes (gráfico 1.14).

Gráfico 1.14

## NIVELES DE DEPENDENCIA POR GRUPOS DE EDAD. 1998



AVDs: Actividades de la vida diaria.

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria.

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

A la luz de estos resultados, parece evidente que son los individuos de más edad los que padecen mayores problemas de dependencia. Y esto es cierto no sólo en términos relativos, sino también en términos absolutos: excepto en aquella categoría que supone un menor nivel de dependencia (ayuda sólo en las actividades instrumentales de la vida diaria), para el resto de categorías la inmensa mayoría de sujetos dependientes tiene más de 80 años. Así pues, como apuntábamos en anteriores secciones, la senescencia se revela como un factor claramente determinante de la aparición de problemas de dependencia.

Sin embargo, en la medida en que no todas las personas de edad muy avanzada experimentan limitaciones en su capacidad funcional, parece claro que deben de existir otros factores, además de la edad, que expliquen por qué algunos sujetos son dependientes y otros no. A este respecto, utilizando de nuevo la información contenida en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores, se ha planteado un modelo estadístico en el que se analiza la posible influencia de distintas variables socioeconómicas sobre el hecho de

ser dependiente.<sup>(15)</sup> Los resultados obtenidos en ese modelo, además de confirmar la importancia de la edad, señalan también que el tener un pobre estado de salud y un bajo nivel educativo son dos factores fuertemente asociados al hecho de ser dependiente. De hecho, en un sentido más amplio, lo que apuntan estos resultados es que las trayectorias vitales de las personas (su alimentación, las condiciones laborales...), influyen decisivamente sobre la probabilidad que éstas tienen de que, una vez llegados a viejos, se encuentren entre los desafortunados que han perdido su autonomía funcional. Así pues, en la medida en que las trayectorias vitales de las personas mayores del futuro sean distintas a las de nuestros actuales mayores, las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia pueden experimentar modificaciones importantes. De hecho, con el ánimo de explorar retrospectivamente tales cambios, proponemos en el siguiente apartado un ejercicio que pretende analizar la evolución de los problemas de dependencia en los últimos años.

### **Evolución de la dependencia en España: un ejercicio tentativo**

No se conoce ningún estudio que haya tratado de evaluar, para el caso de nuestro país, cuál ha sido la dinámica temporal de los problemas de dependencia en los últimos años. Por ello, como tendremos ocasión de comprobar en el capítulo III, no es extraño que las pocas proyecciones que se han efectuado sobre la evolución futura del número de personas mayores dependientes basen sus cálculos en una extrapolación mecánica de las tasas de prevalencia actuales. Sin embargo, como ya hemos señalado repetidamente, todo ejercicio de proyección, si aspira a ofrecer un pronóstico verosímil sobre el futuro, debería partir de un conocimiento lo más amplio posible del pasado. Hay que añadir, pese a todo, que en el caso de nuestro país esta tarea ha resultado especialmente complicada.

Así, hasta la reciente aparición de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores, las pocas encuestas de ámbito estatal que habían incorporado alguna información sobre las AVDs (Encuesta nacional de salud y Encuesta sobre el apoyo informal), o bien habían sido realizadas en años entre los que mediaba un período de tiempo demasiado breve, o bien respondían a un

(15) El lector interesado puede consultar los pormenores del modelo utilizado en el anexo del capítulo I.

diseño que las hacía prácticamente incomparables. En cualquier caso, sea por una u otra razón, lo cierto es que hacían inviable cualquier intento de analizar la posible evolución temporal de la dependencia en España.

## Método

A partir de los datos procedentes de la Encuesta sobre el apoyo informal y de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores, relativos respectivamente a la población mayor de 65 años en 1993 y en 1998, se ha realizado un ejercicio que pretende constatar si las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia han experimentado alguna variación entre esos dos años. Para ello, siguiendo la metodología propuesta por Jacobzone *et al.* (1999) en su estudio sobre la evolución de la dependencia en algunos países de la OCDE, se ha partido de una definición muy amplia de dependencia. En concreto, hemos considerado que alguien era dependiente si precisaba de ayuda para realizar una, o más, de las cinco actividades siguientes: 1) levantarse, vestirse y asearse, 2) bañarse o ducharse, 3) andar por dentro de la casa, 4) subir y bajar escaleras, y 5) salir y andar por la calle. Se han contemplado únicamente estas actividades por la sencilla razón de que son las que aparecen, simultáneamente, tanto en la Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores como en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores. Una vez calculadas las tasas de prevalencia en cada uno de los dos años,<sup>(16)</sup> se ha contrastado la significatividad estadística de las diferencias observadas entre ellas aplicando una prueba T.

No obstante, antes de discutir cuáles han sido los resultados que hemos obtenido, conviene dejar claro que nuestro ejercicio tiene dos importantes limitaciones. En primer lugar, el intervalo de tiempo que media entre las dos encuestas, aunque importante, quizás no sea lo suficientemente grande como para capturar las variaciones que puedan producirse en la incidencia poblacional de los problemas de dependencia. Sin embargo, como se desprende de los resultados de Jacobzone *et al.* (1999), si los cambios son realmente importantes, cinco años son bastantes como para advertir su presencia. En segundo lugar, el hecho de que hayamos catalogado a un sujeto como depen-

(16) Los cálculos se han realizado ponderando cada una de las dos muestras, ambas de 2.500 individuos, por los coeficientes de elevación que permiten recuperar la representatividad poblacional tanto de la EAI como de la ESPM.

diente a partir únicamente de su capacidad para realizar cinco actividades, obviando todo el resto de información no coincidente que ambas encuestas incorporan sobre otras actividades, puede introducir sesgos en nuestros resultados. Así, puesto que el número y el contenido de esas otras actividades es distinto en una y otra encuesta, esto podría sesgar los resultados comparativos si dichas diferencias de diseño tuvieran algún efecto sobre lo que los individuos responden. Pese a ello, puesto que las actividades finalmente consideradas constituyen el núcleo duro de los problemas de dependencia (contemplan los cuidados personales), creemos que nuestros resultados merecen ser tenidos en consideración. Veamos, pues, cuáles han sido.

## **Resultados**

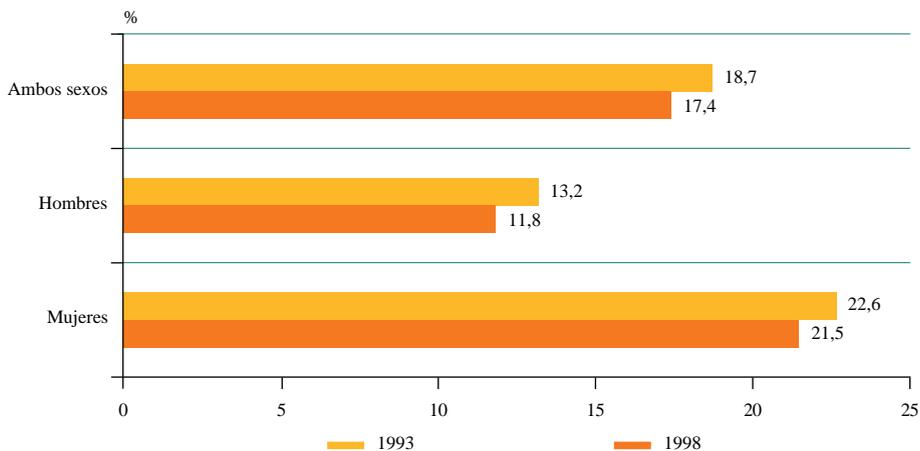
El gráfico 1.15 nos muestra qué porcentaje de la población mayor de 65 años exhibía problemas de dependencia en 1993 y en 1998. Así, entre esos dos años, la tasa de prevalencia disminuyó en 1,3 puntos porcentuales. Este descenso se produjo tanto entre los hombres como entre las mujeres. No obstante, pese a este descenso, las diferencias entre uno y otro sexo se mantuvieron en ambos años. Aunque tales diferencias resultan estadísticamente significativas, no hay que olvidar que aparecen en la medida en que no hemos considerado el efecto de aquellas otras variables que analizábamos anteriormente (educación, estado de salud...).

En cuanto a la distribución por edades de los problemas de dependencia, el gráfico 1.16 nos muestra cuál ha sido la evolución de la prevalencia en las distintas cohortes de edad entre los años 1993 y 1998. Así, excepto en el caso de los sujetos de mayor edad (85 o más) y en el de los individuos de entre 70 y 74 años, en el resto de cohortes se aprecian disminuciones que resultan estadísticamente significativas en todos los casos.

En definitiva, los resultados obtenidos, con todas las limitaciones que antes advertíamos, se sitúan dentro de las tendencias que comentábamos al analizar la evidencia empírica disponible para otros países. Así, también en el caso de España, parece que las tasas de prevalencia no sólo no han aumentado en los últimos años, sino que existe cierta evidencia de que más bien han tendido a disminuir.

Gráfico 1.15

## TASAS DE PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DE DEPENDENCIA, POR SEXOS, EN 1993 Y 1998

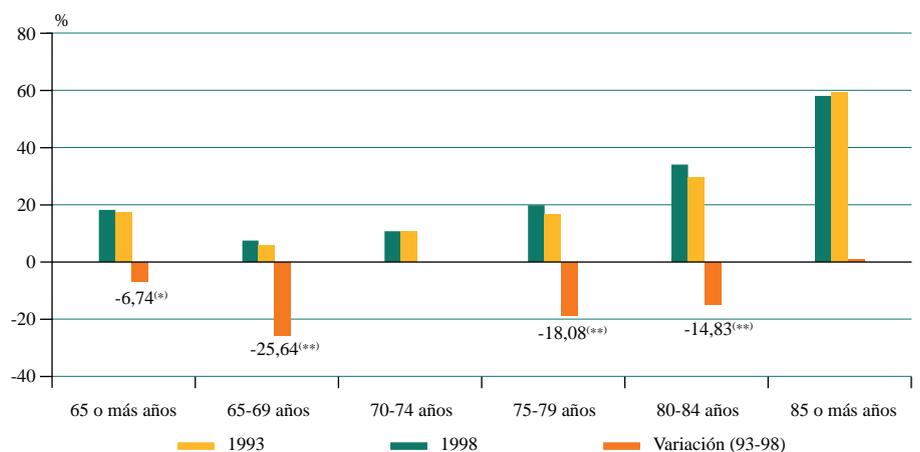


Nota: Porcentajes sobre población mayor de 65 años.

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

Gráfico 1.16

## VARIACIÓN PORCENTUAL EN LAS TASAS DE PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DE DEPENDENCIA, POR GRUPOS DE EDAD. 1993-1998



(\*) Significativa al 10%.

(\*\*) Significativa al 5%.

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

## A modo de conclusión

El envejecimiento de la población constituye ya una realidad en nuestro país y, como ponen de manifiesto todas las proyecciones demográficas, se trata de un proceso que sin duda se va a acentuar en los próximos años. Sin embargo, como hemos explicado a lo largo de este capítulo, este hecho no tiene por qué suponer necesariamente un aumento simétrico del número de ancianos españoles aquejados de problemas de dependencia. El motivo estriba en que el hecho de ser dependiente viene determinado por otros factores además de la edad, como son el nivel educativo o el estado de salud. Por ello, en la medida en que esas otras variables experimenten en el futuro un comportamiento más favorable, que es lo que parece haber sucedido en los últimos años, el número de personas dependientes puede que aumente menos de lo que sugieren algunas proyecciones catastrofistas. Así pues, resulta muy necesario empezar a abandonar el tono apocalíptico con el que suelen plantearse estas cuestiones y, frente al titular fácil, contraponer más y mejores estudios que nos ayuden a comprender en toda su complejidad la dinámica que existe entre el envejecimiento demográfico y los problemas de dependencia.

Además, independientemente de cuál vaya a ser el número de personas mayores dependientes en el futuro, ésta no es la única variable que debe hacernos reflexionar sobre el modo en que nuestro país va a encarar el reto asistencial que plantea la existencia de personas dependientes. Así, algunos de los cambios que se están produciendo en el comportamiento social, como puedan ser la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral o la mayor autonomía domiciliar de los ancianos, constituyen fenómenos que nos obligan a realizar una valoración exhaustiva de sus posibles efectos sobre la forma en que tradicionalmente nuestra sociedad ha respondido al problema de la dependencia (apoyo informal). Estas y otras cuestiones, entre las que destaca el papel que actualmente juega el sector público en la atención a las personas dependientes, serán analizadas en el próximo capítulo.

## 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)?

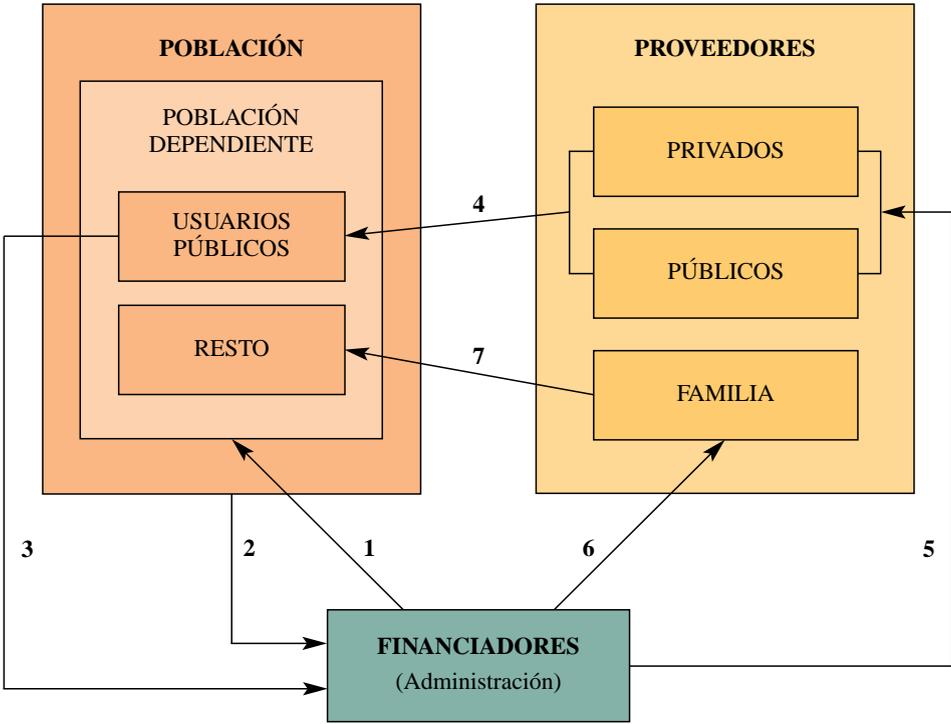
Tener que responder a estas cuestiones no es algo a lo que hayan tenido que enfrentarse únicamente las sociedades actuales. Así, si nos remontamos hasta esa época, no muy remota, en que las familias eran las únicas responsables de los cuidados de larga duración, nos damos cuenta de que dichas sociedades 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

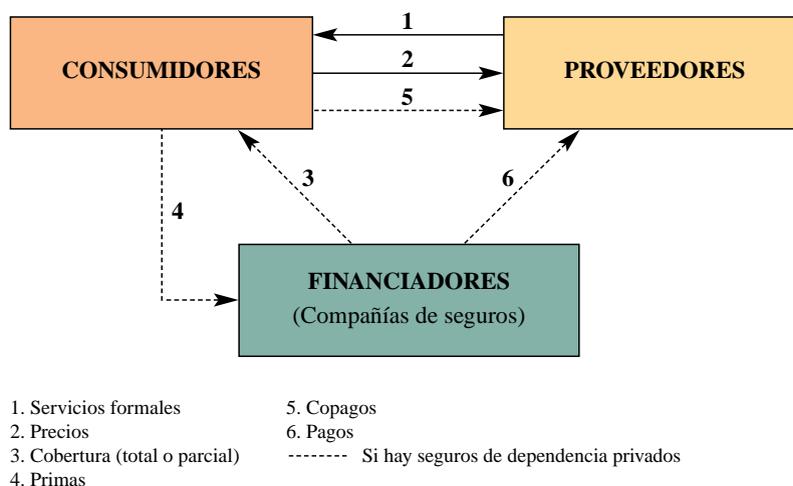
(6) Véase, para una discusión detallada sobre los sistemas de pago a los proveedores, Martínez Zahonero (2000).

(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.

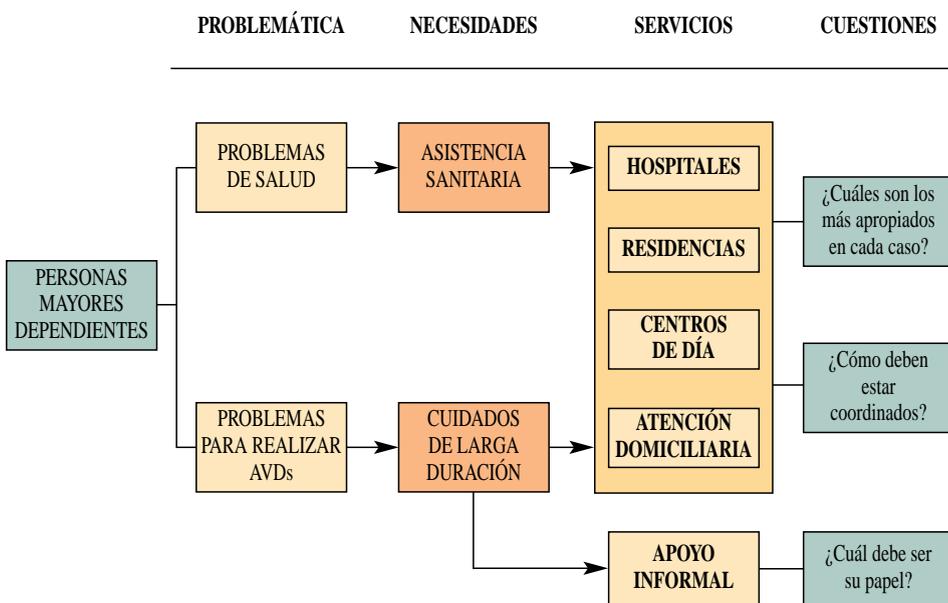
En suma, desde un punto de vista asistencial, las necesidades de las personas mayores dependientes son básicamente de dos tipos: cuidados de larga duración y asistencia sanitaria. No obstante, como se puede apreciar en el gráfico 2.3, la satisfacción de estas necesidades se lleva a cabo de múltiples 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 1992-1995 (% PIB)	Gasto público en cuidados de larga duración 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

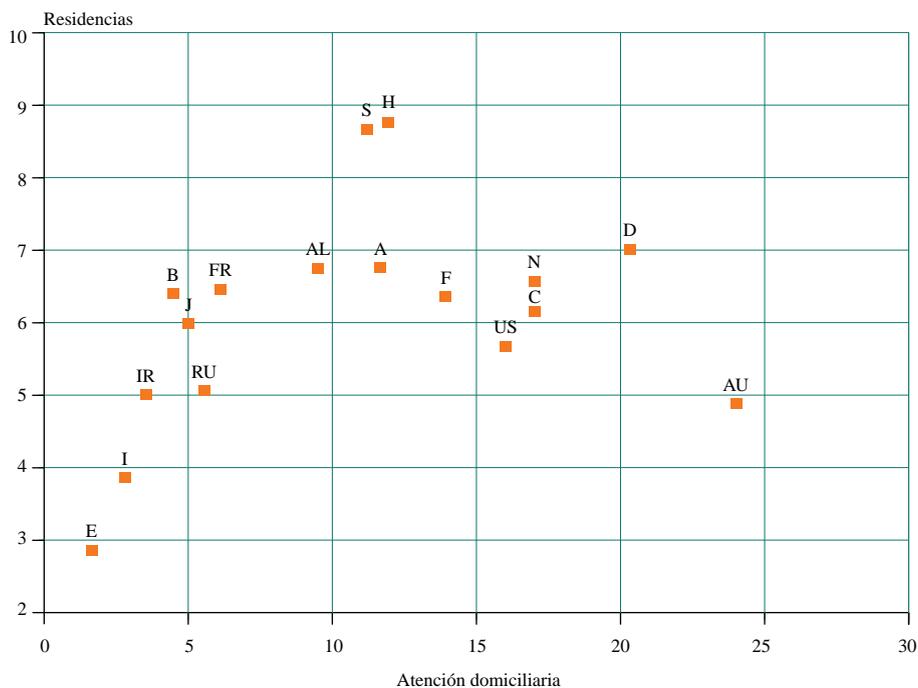
do (1992-1995) en que el seguro social de dependencia de uno y otro país aún no había sido puesto en funcionamiento. Finalmente, el resto de países que figuran en el cuadro, entre los que se encuentra España, se caracterizan por el escaso peso relativo que tienen los gastos en cuidados de larga duración. 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 domiciliar, 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.

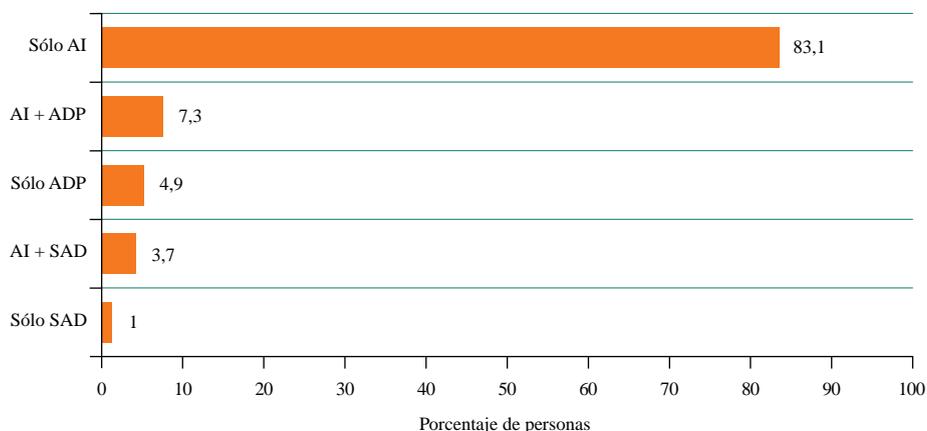
### **Ancianos dependientes no institucionalizados: modalidades de ayuda**

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).

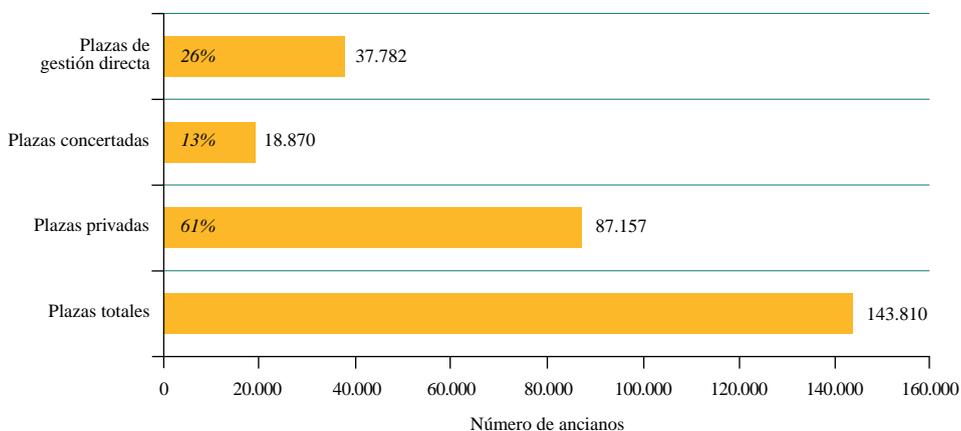
A partir de estos datos, y de la información más reciente de que se dispone sobre el número total de plazas residenciales existentes en nuestro país (Imserso, 2001), se ha estimado cuántas de las personas que actualmente viven en residencias pueden ser consideradas dependientes. Asimismo, con el objetivo 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).

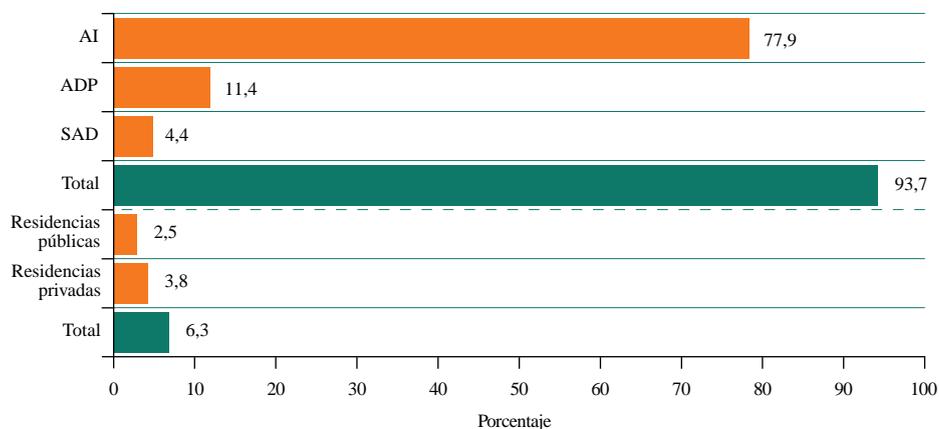
dependientes institucionalizadas. Por su parte, la Administración, ya sea a través de centros propios o concertando plazas al sector privado, se ocupa de proporcionar cuidados de larga duración al 39% restante. Hay que añadir, para evitar confusiones, que el número de plazas que aparecen en el gráfico 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?**

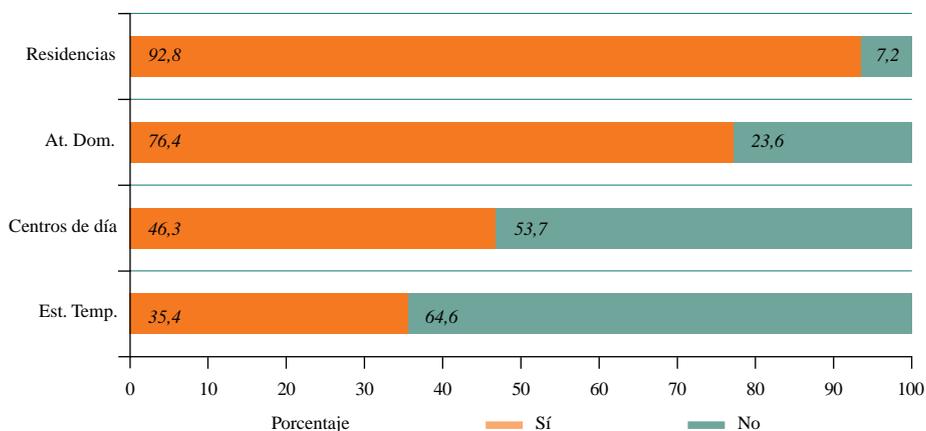
Ya nos hemos referido anteriormente al modo en que la Administración interviene en la provisión de cuidados de larga duración. Por lo que respecta a la atención domiciliaria, como ha puesto de manifiesto nuestro análisis de los datos contenidos en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores, 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>

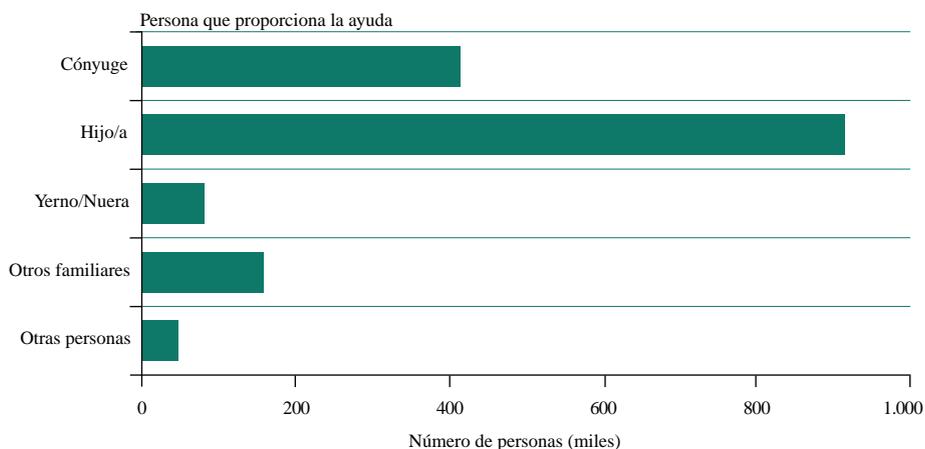
En primer lugar, como pone de manifiesto el gráfico 2.9, la práctica totalidad del apoyo informal tiene su origen en los cuidados que proporcionan miembros de la familia de la persona dependiente. Así, sólo en un 2,6% de los casos, el cuidador principal es una persona que no tiene vínculos familiares 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

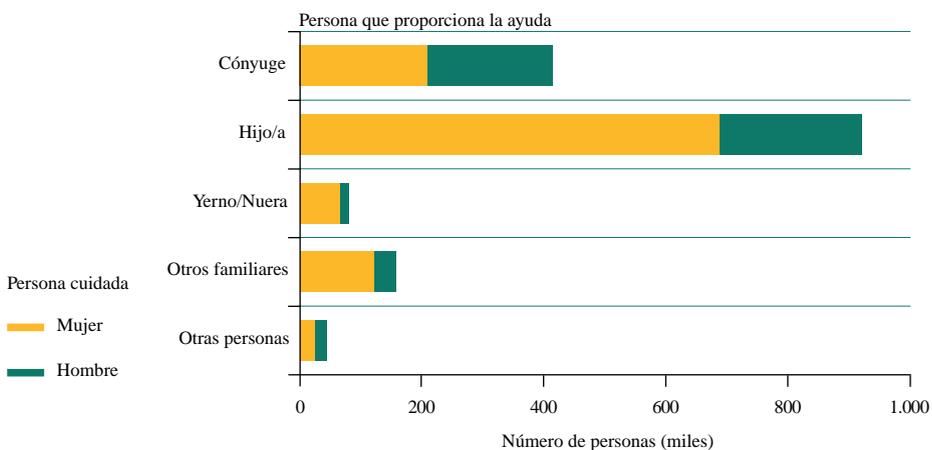


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

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



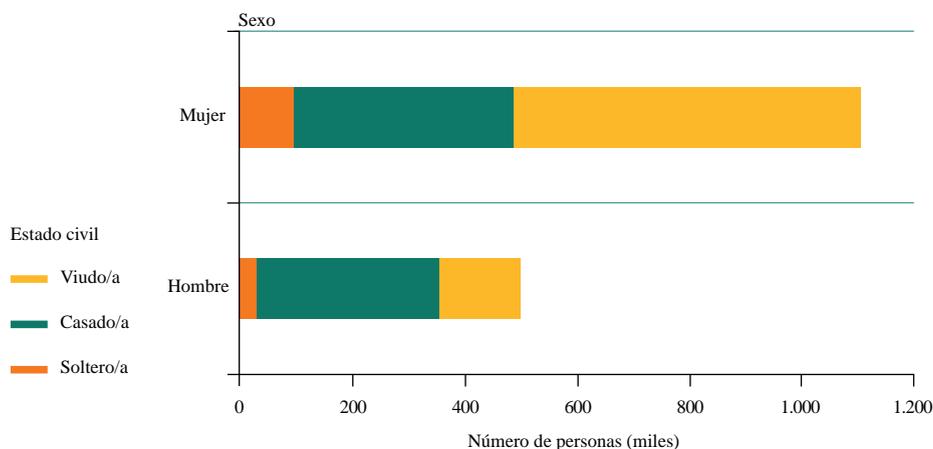
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998).

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

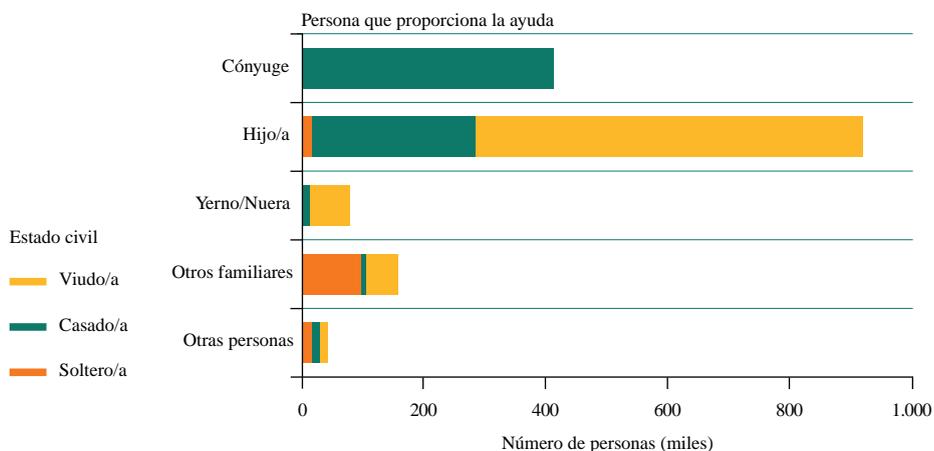
### SEXO Y ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. 1998



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).

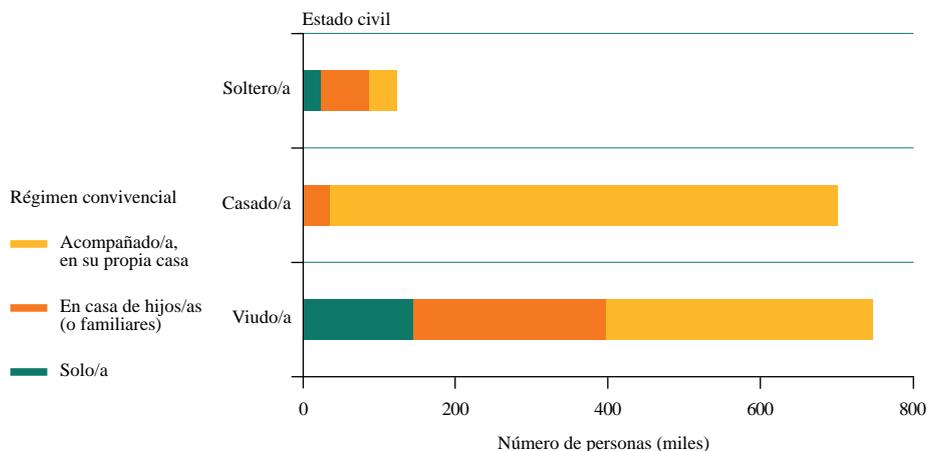
rencian, además de por los factores ya señalados, por el tipo de relación de convivencia que se establece entre ellos y la persona que les cuida. En segundo lugar, discutiremos cuáles son las principales características de los descendientes que asumen el papel de cuidadores, analizando distintas cuestiones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

## 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).

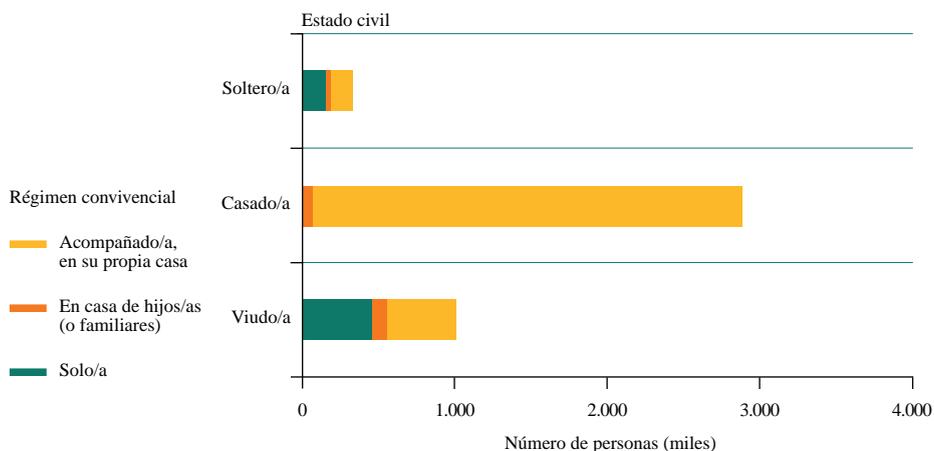
Así pues, se observa claramente cómo la pérdida de la autonomía domiciliar es un fenómeno muy poco frecuente entre las personas mayores no dependientes, pues sólo aparece en un 4,8% del total de casos. Asimismo, cuando se distingue a los sujetos por su estado civil, ese porcentaje apenas alcanza el 2% 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

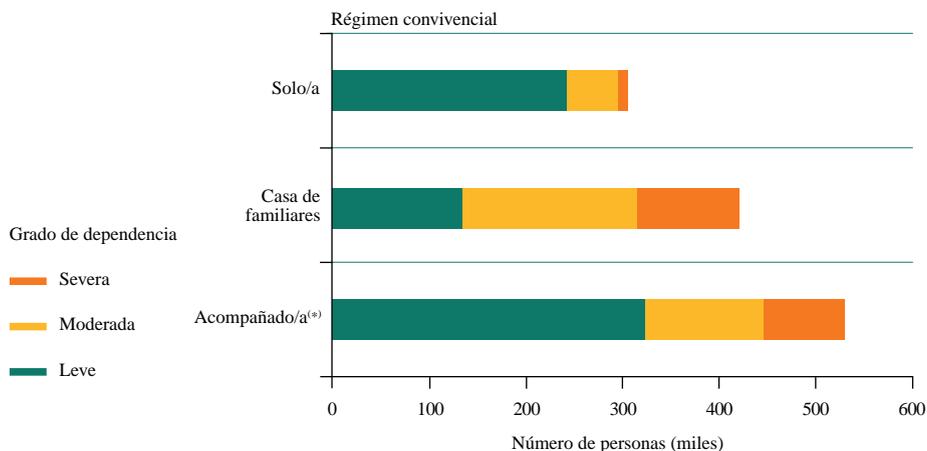
## ESTADO CIVIL Y RÉGIMEN CONVIVENCIAL DE LAS PERSONAS INDEPENDIENTES. 1998



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).

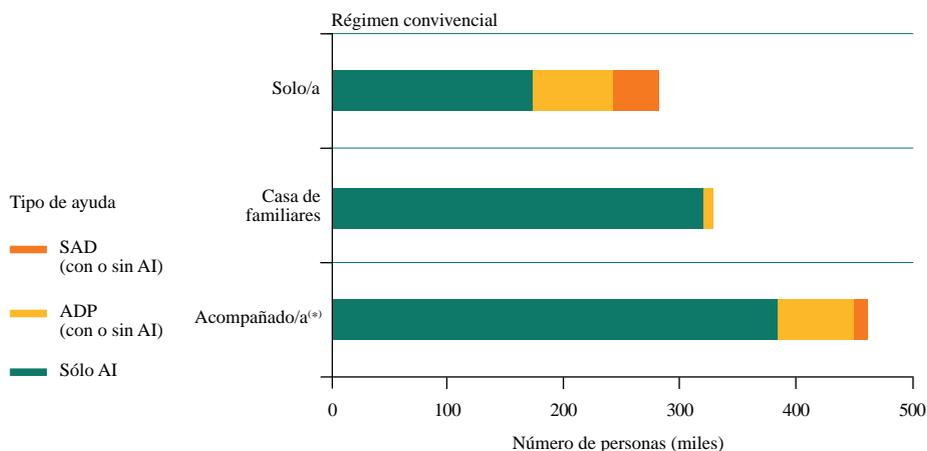
Así pues, de las personas sin cónyuges que tienen un grado de dependencia severo, son muy pocas las que viven solas (5%). Asimismo, aunque este porcentaje resulta más elevado en el caso de los individuos con un grado de dependencia moderado, la cifra sigue siendo modesta (14%). De todos modos, aun en 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.

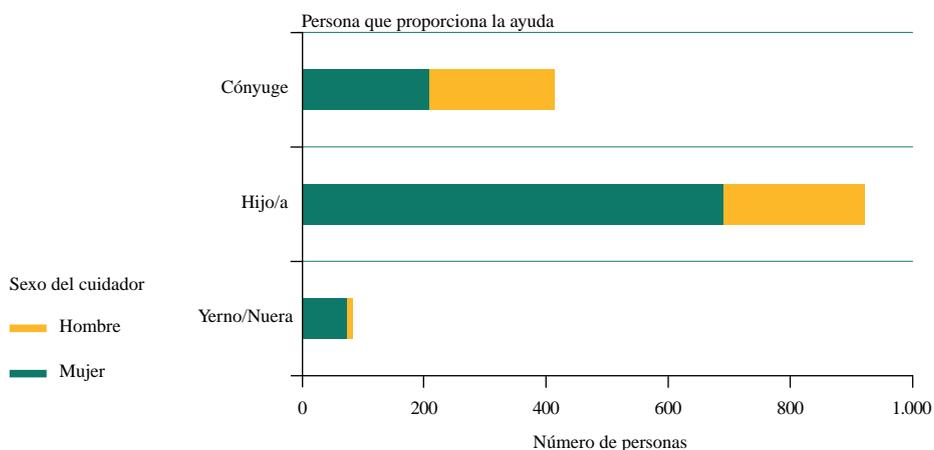
### **Las bajas tasas de actividad femeninas: motor del apoyo informal**

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



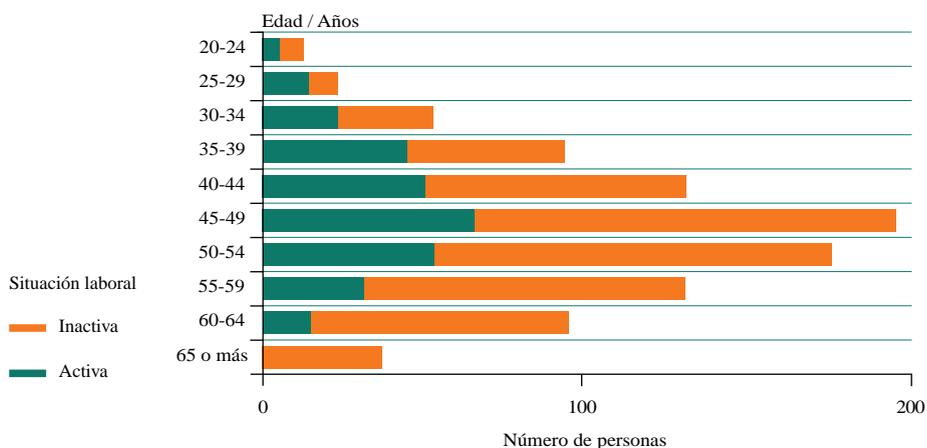
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores, 2ª fase (CIS, 1994).

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.

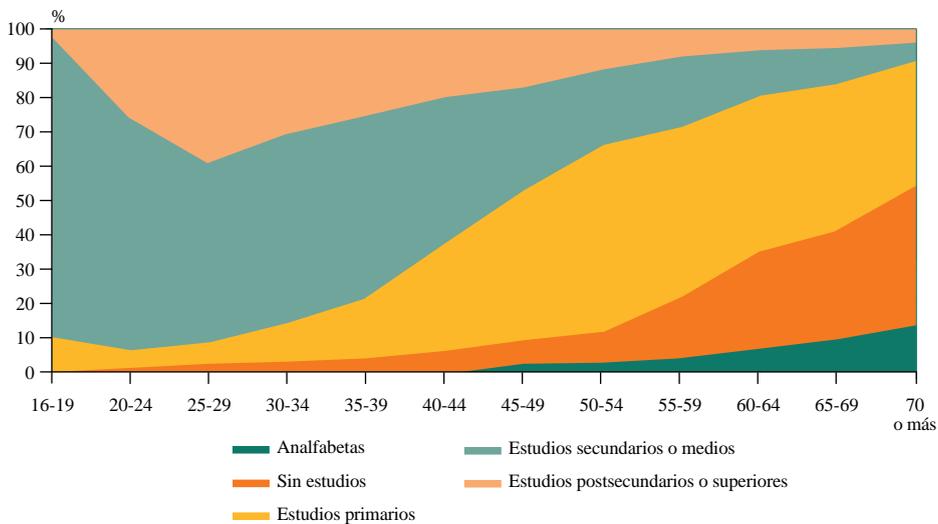
Sin embargo, las mujeres que en los próximos años se verán en la tesitura de tener que cuidar a alguno de sus padres, se parecen poco a las mujeres que hoy en día se ocupan de proporcionar ese tipo de cuidados. Comparado con éstas, aquéllas no sólo tienen unos niveles formativos muy superiores, sino 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

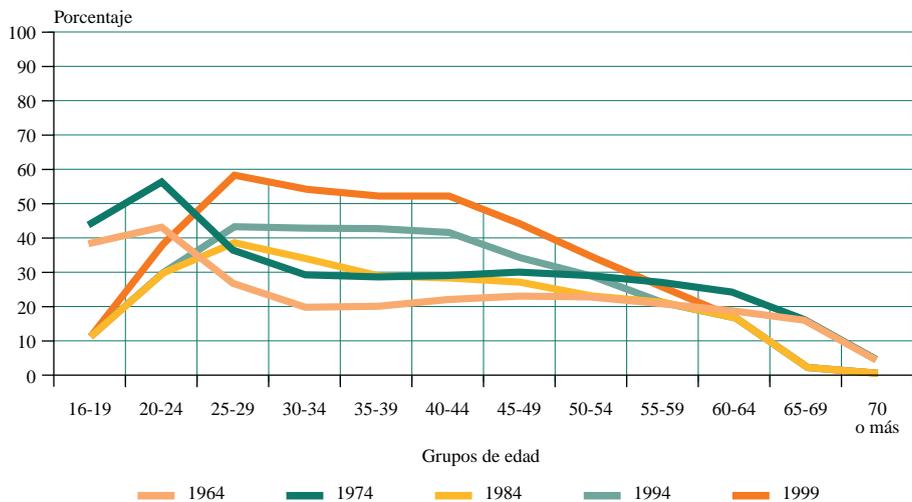
## MUJERES POR EDAD Y ESTUDIOS TERMINADOS. 1999



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?

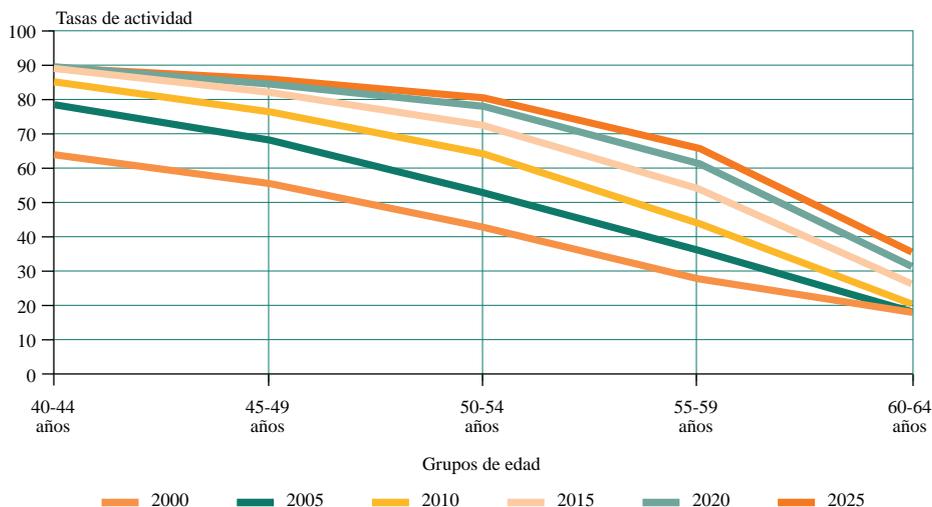
### **¿Crisis futura del apoyo informal?**

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 Cordon, 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.

### III. El coste futuro de los cuidados de larga duración

#### 1. Introducción

En las últimas décadas, las poblaciones de todos los países de nuestro entorno económico vienen experimentando un proceso de envejecimiento sin precedentes históricos. En España, el porcentaje representado por los mayores de 65 años sobre la población total se ha más que duplicado en sólo cuatro décadas y media, pasándose de un 7% en 1950 a un 16% en 1998 (INE, 2000). No obstante, a pesar del logro social que supone haber aumentado tanto el número de individuos que llegan a viejos como el número de años vividos por cada uno de ellos, el proceso de envejecimiento demográfico también ha tenido su contraparte negativa: un incremento en el número de personas mayores que pasan los últimos años de sus vidas en situaciones de dependencia, y/o aquejados de una o varias enfermedades crónicas que lleven asociadas pobres estados de salud y para las que no existen más que tratamientos paliativos (demencias, afecciones respiratorias, reumatismo, etc.).

Ante esta situación, en muchos países se ha iniciado un intenso debate acerca de las consecuencias económicas que en el futuro puede tener el previsible aumento en el número de personas mayores dependientes. En concreto, los distintos cambios que se están produciendo en las estructuras familiares (aumento en el número de personas que viven solas, creciente incorporación de la mujer al mercado laboral, familias cada vez más reducidas, etc.), ponen en cuestión la sostenibilidad futura de un «modelo» de atención a las personas mayores dependientes que hasta el momento, como veíamos en el segun-

do capítulo, se ha basado fundamentalmente en el apoyo familiar. Así pues, a la vista de las actuales proyecciones demográficas que apuntan hacia una aceleración en el proceso de envejecimiento poblacional, habrá que plantearse no sólo qué consecuencias va a tener esto sobre el volumen de recursos destinados a los cuidados de larga duración (en adelante, cuidados de larga duración), sino también quién se va a hacer responsable de su financiación (la Administración, el individuo –a través del mercado–, o la familia).

Las proyecciones sobre la evolución futura de la demanda de servicios formales de cuidados de larga duración deberían servir, a nuestro juicio, para ayudar en el proceso de toma de decisiones, ilustrando las consecuencias económicas de las distintas alternativas que se abren en materia de cuidados de larga duración (incentivar la atención domiciliaria, expandir la oferta de centros de día...). A este respecto, la experiencia del Reino Unido resulta un ejemplo de lo que nos parece el camino correcto: el Ministerio de Sanidad británico encargó a un equipo de investigación de la London School of Economics un estudio sobre la demanda y la financiación de la atención a las personas mayores dependientes (Wittenberg *et al.*, 1998). Este estudio ha producido un modelo de macrosimulación que permite proyectar la demanda de cuidados de larga duración desde hoy hasta el año 2030. El modelo ha sido extensamente utilizado por la «Royal Commission on Long-Term Care» para ilustrar las consecuencias económicas de las distintas alternativas barajadas en cuanto a cómo financiar en el futuro los cuidados de larga duración (Royal Commission, 1999). También en el caso de los EE.UU., aunque con menor repercusión política que en el Reino Unido, se han desarrollado diversos modelos que pretenden calibrar el impacto del envejecimiento demográfico sobre el gasto futuro en cuidados de larga duración [Wiener *et al.* (1994); Rivlin y Wiener (1988)].

En el caso de nuestro país, aunque ya hace algunos años que existe cierta preocupación por los posibles efectos económicos del envejecimiento demográfico sobre los cuidados de larga duración, lo cierto es que no hay ningún estudio publicado que haya tratado de realizar un ejercicio prospectivo a este respecto. Por ello, siguiendo los pasos de las investigaciones realizadas en otros países, el objetivo del presente capítulo será desarrollar un modelo de simulación que permita obtener proyecciones sobre cuáles pueden ser en España los costes futuros de los cuidados de larga duración.

## 2. Metodología

### Proyecciones sobre el coste futuro de los cuidados de larga duración

En el caso de los cuidados de larga duración, al igual que ocurrirá con otros servicios de carácter personal, la evolución futura de la cantidad de recursos necesarios para su provisión dependerá críticamente del número de personas mayores que vivan en nuestro país. Por ello, no es extraño que todos los trabajos que discuten acerca de las necesidades futuras de cuidados de larga duración, tanto en España como en otros países, empiecen siempre del mismo modo: enfatizando el creciente peso que las actuales proyecciones demográficas otorgan al colectivo de individuos mayores de 65 años.

A pesar de ello, resulta evidente que el número de personas mayores no va a ser el único factor que influya sobre los costes futuros de proporcionar cuidados de larga duración. Además de la combinación relativa de las distintas fuentes de cuidados (apoyo informal, atención domiciliaria, residencias, etc.), el estado de salud y la capacidad funcional de los ancianos del futuro serán, entre otras, variables que afectarán la cantidad de recursos necesarios para atender a las personas mayores dependientes. Por ello, todo ejercicio de proyección de costes debería aspirar a integrar en su análisis la posible evolución de esas otras variables no demográficas.

Asimismo, las proyecciones de costes no deberían incurrir en el siguiente error, muy común, de tipo inferencial: puesto que la vejez tiene en los individuos una serie de efectos indeseables (por ejemplo, la dependencia), el envejecimiento demográfico tendrá los mismos efectos en el conjunto de la sociedad. Se trata de un razonamiento erróneo en la medida en que supone implícitamente que las características de la vejez individual son fijas y conocidas, de manera que todo el mundo se comporta igual y tiene los mismos problemas cuando alcanza edades avanzadas; y en el caso de los cuidados de larga duración, tal suposición deviene especialmente problemática por dos motivos fundamentales.

En primer lugar, porque en el hecho de ser o no dependiente, como tuvimos ocasión de comprobar en el capítulo I, influyen un conjunto de fac-

tores que están experimentando procesos de cambio desde hace ya algunos años (estilos de vida, programas de prevención...). De ese modo, parece razonable suponer que las probabilidades que tendrán los ancianos del 2030 de ser dependientes (individuos que hoy tienen 45 años) no serán las mismas que las de los individuos que tenían 45 años en 1970 (y que son ancianos hoy). En segundo lugar, aun en el caso de que el riesgo de dependencia no se estuviera modificando, sí que lo estarían haciendo las variables que a nivel individual condicionan el tipo y la intensidad de los cuidados de larga duración que un sujeto dependiente recibe (estructura familiar, nivel de renta, etc.). Tanto en el caso de estas últimas variables como en el de los factores de riesgo, y ésta es la cuestión importante, no está nada claro cuál es la magnitud ni el signo de los efectos que tales cambios pueden tener sobre el coste futuro de los cuidados de larga duración.

Así pues, metodológicamente, el reto es considerable: se trataría de integrar en el análisis prospectivo el modo en que distintas variables, más allá de la simple edad cronológica, interactúan a nivel individual en la determinación del coste de los cuidados de larga duración (grado de dependencia, renta, existencia de hijos...). Puesto que el único modo de predecir el futuro de una variable (por ejemplo, el coste en cuidados de larga duración) pasa por comprender los determinantes de su evolución pasada, la consecución del objetivo planteado exigiría disponer de encuestas longitudinales que incorporaran información individual sobre el conjunto de variables mencionadas.

En el caso de nuestro país, por desgracia, aún no están disponibles encuestas de estas características. Sí existen, no obstante, algunas encuestas con datos individuales de corte transversal. Por ello, sin dejar de ser conscientes de las limitaciones que nuestro enfoque plantea, el presente análisis tratará de utilizar los datos disponibles para obtener proyecciones sobre el coste futuro de los cuidados de larga duración.

### Marco de análisis: factores determinantes del coste total de los cuidados de larga duración

Como acabamos de mencionar, si uno pretende obtener proyecciones acerca de la evolución futura del coste total de los cuidados de larga dura-

ción, parece evidente que éstas tendrán que construirse a partir de la información disponible sobre los distintos factores que determinan el coste actual de dichos cuidados. Por ello, adaptando la propuesta realizada por Cutler y Sheiner (1999) para el caso de los servicios sanitarios, se ha considerado que dichos factores son los siguientes:

a) Envejecimiento demográfico. Esto es, el número de personas mayores que actualmente viven en nuestro país.

b) Prevalencia de los problemas de dependencia. Este factor alude al porcentaje de personas mayores que, estando o no institucionalizadas, necesitan de ayuda para realizar distintas actividades cotidianas.

c) Grado de utilización de los distintos servicios. Esta variable hace referencia al modo en que se proporciona asistencia a las personas mayores dependientes (atención domiciliaria, apoyo informal, residencias, etc.).

d) Coste unitario de los servicios señalados en el punto anterior.

Así pues, estas cuatro variables, o más concretamente las variaciones a lo largo del tiempo que éstas experimenten, serán las que acaben determinando la evolución futura del coste total de los cuidados de larga duración. Por ello, partiendo de esta descomposición, en los próximos apartados se operativiza un modelo de simulación que permite obtener proyecciones sobre dichos costes para el caso español.

### Un modelo de simulación del coste futuro de los cuidados de larga duración

El modelo de simulación que aquí se presenta, y que se inspira en los trabajos previos realizados en otros países, tiene como principal característica la de haber sido concebido con la intención de contemplar los distintos elementos que configuran nuestro actual sistema de cuidados de larga duración. En concreto, a la hora de obtener proyecciones sobre el coste futuro de los cuidados de larga duración, el modelo ha optado por considerar explícitamente el distinto papel que juegan (y jugarán) las tres instituciones encargadas de proveer los cuidados de larga duración: esto es, la familia, el Estado y el sector privado. Asimismo, además de esta diferenciación en cuanto a la fuente de

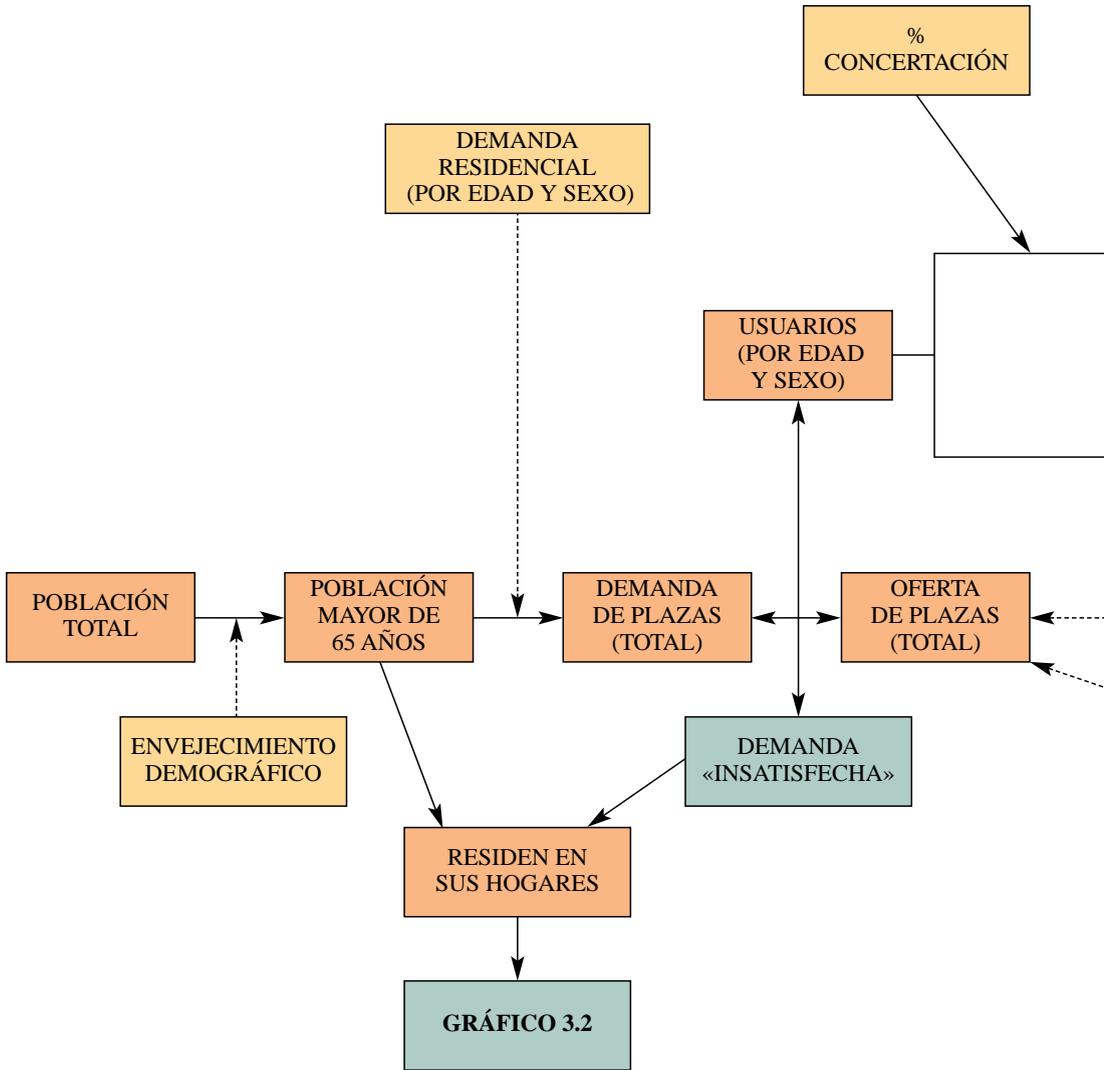
los cuidados, el modelo también distingue entre los principales servicios que pueden ofrecer tanto el sector público como el privado: plazas en residencias, atención domiciliaria y centros de día. De hecho, como ponen de manifiesto los tres gráficos adjuntos, el modelo distingue entre cada uno de los tres ámbitos donde los cuidados de larga duración pueden proporcionarse: las residencias (públicas o privadas), los hogares (apoyo informal y atención domiciliaria pública y privada), y los centros de día (recordemos que a estos últimos, ya sean públicos o privados, acuden individuos que siguen residiendo en sus hogares). Así pues, aunque interconectados entre sí, el modelo consta de tres submodelos. Veamos las principales características de cada uno de ellos.

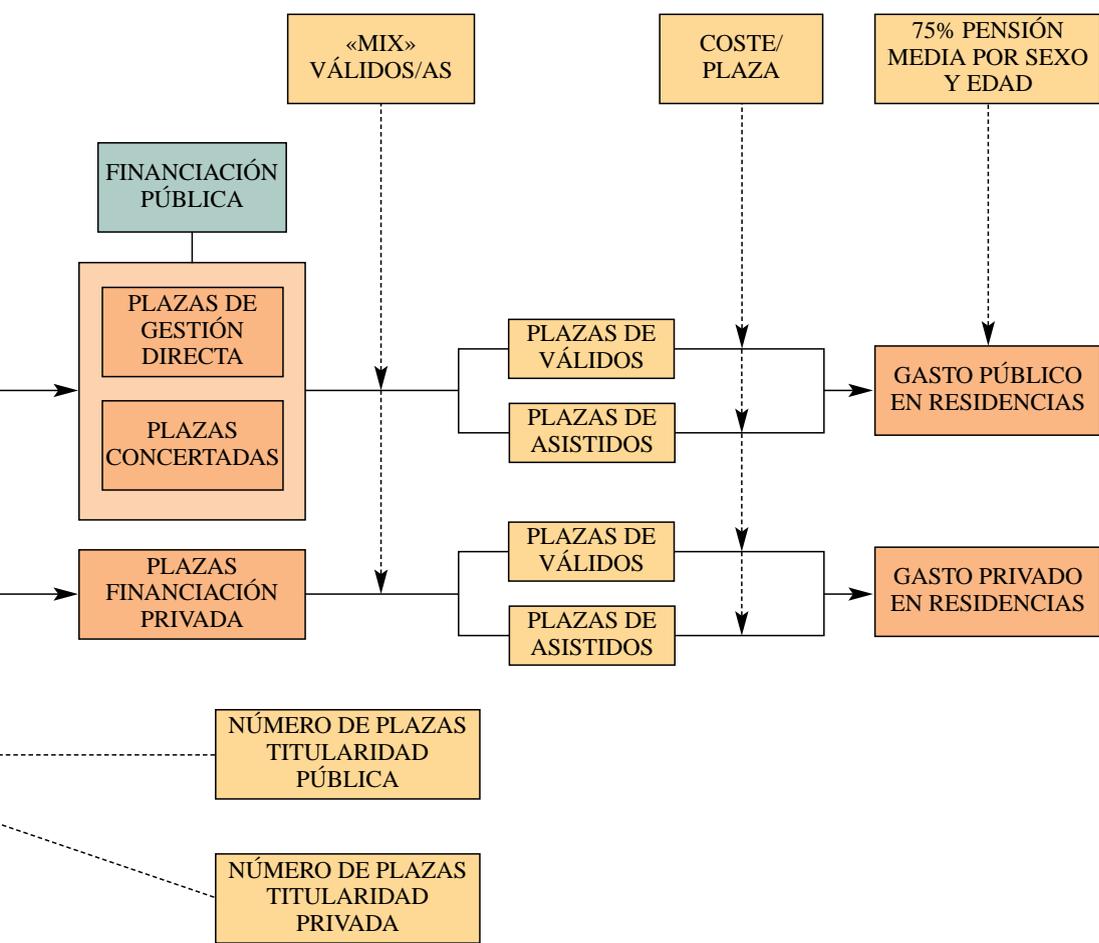
El primer submodelo, que se esquematiza en el gráfico 3.1, trata de describir el proceso que determina el coste total de los cuidados de larga duración dispensados en las residencias. En primer lugar, partiendo de la población total, el modelo calcula el número de personas que en un año cualquiera tiene más de 65 años (*envejecimiento demográfico*). De ellas, en un segundo cálculo, el modelo distingue, en función del sexo y de la edad, cuántas quieren ingresar en una residencia (*demanda residencial*) y cuántas desean seguir viviendo en sus hogares (lo que pasa con estas últimas se analizará en el gráfico 3.2).

Simultáneamente, con la intención de satisfacer dicha demanda residencial, el sector público y el privado ofertan un determinado número de plazas. La interacción entre ambas, como pone de manifiesto el gráfico 3.1, genera dos posibilidades: una parte de los demandantes, si la oferta total de plazas es menor que la demanda, sigue viviendo en sus hogares a la espera de que existan vacantes (*demandas insatisfechas*). El resto de demandantes, por su parte, ingresa en alguna de las plazas disponibles convirtiéndose en *usuarios*.

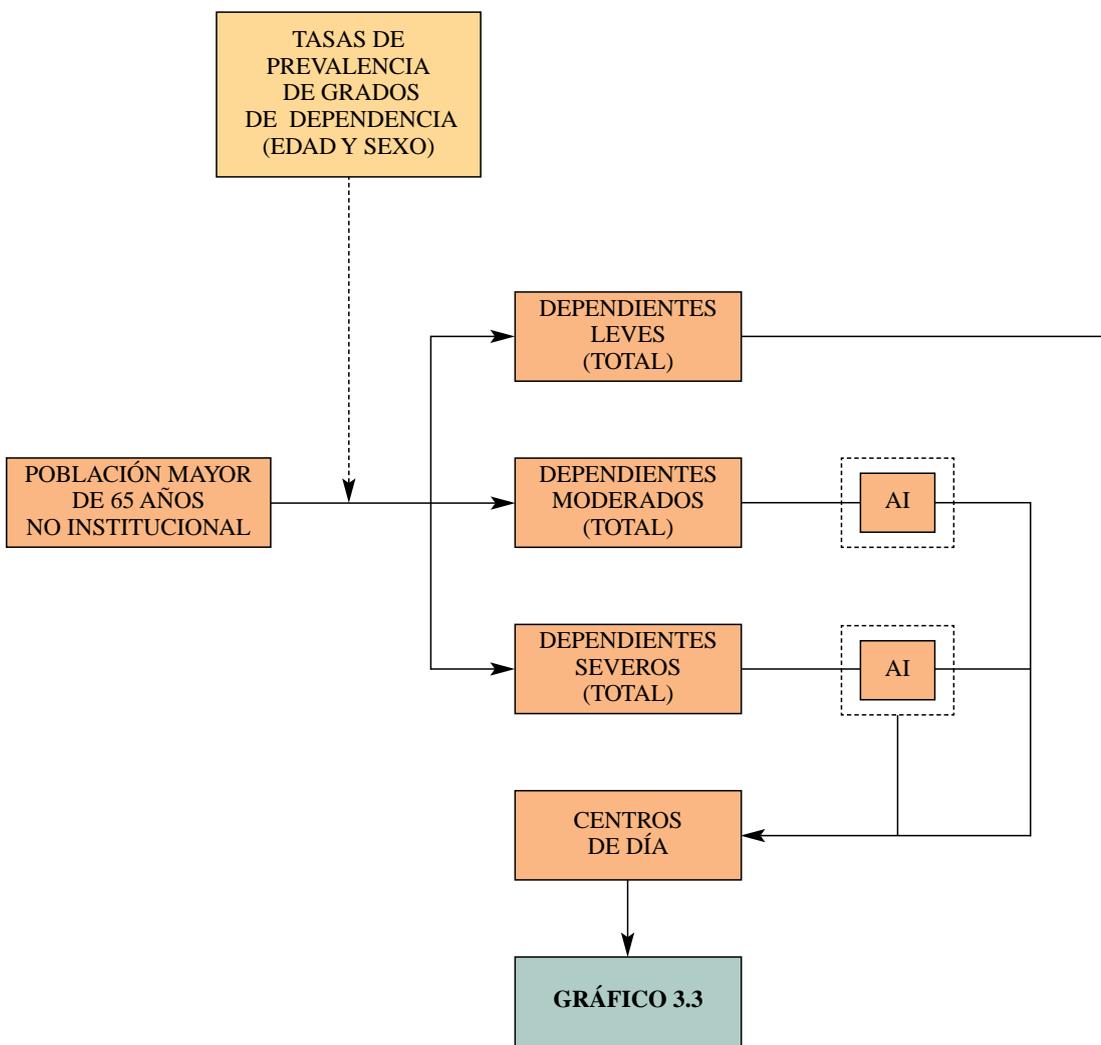
En este punto, según sea el porcentaje de plazas privadas financiadas públicamente (% de concertación), el modelo clasifica a los usuarios en dos grandes categorías: por un lado están aquellos que utilizan plazas residenciales que se financian con fondos públicos, ya sean éstas de titularidad pública (*plazas de gestión pública directa*) o de titularidad privada (*plazas concertadas*); por otro lado, están los usuarios de *plazas privadas no concertadas*, en las que la totalidad del precio es sufragada por los propios usuarios.

## EL COSTE TOTAL DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES

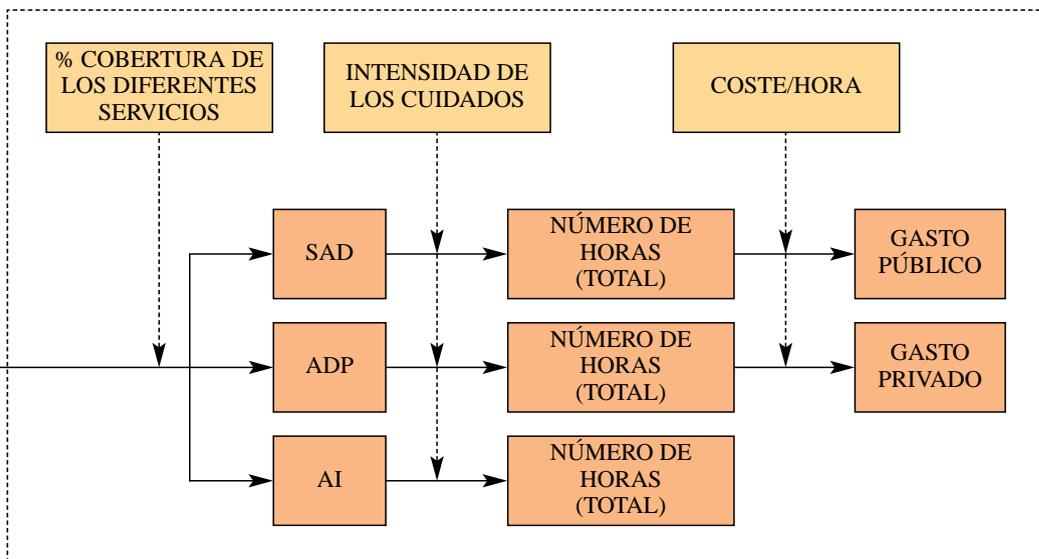




LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PROVISTOS EN LOS HOGARES



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



Ambos tipos de usuarios, en función de cuál sea la intensidad de los cuidados que precisan, pasan a ocupar plazas que pueden ser de *válidos* o de *asistidos*. Tras ello, atendiendo al distinto coste que unas y otras suponen según sean de financiación pública o privada, el modelo obtiene por agregación el gasto total público y privado en plazas residenciales. En cuanto al primero de ellos, y puesto que los usuarios de plazas financiadas públicamente aportan el 75% de su pensión en concepto de «copago», el modelo calcula tanto el montante total de dichas aportaciones, distintas en función del sexo y la edad de los usuarios, como el coste neto que supone para el sector público ofrecer plazas públicas y concertadas (diferencia entre el coste total y las aportaciones de los usuarios).

Por su parte, el segundo submodelo, que se esquematiza en el gráfico 3.2, trata de describir el proceso que determina el coste total de los cuidados de larga duración que reciben las personas mayores dependientes que siguen viviendo en sus hogares. En primer lugar, atendiendo a las tasas de prevalencia de los distintos grados de dependencia entre los diferentes grupos de edad y sexo, el modelo calcula el número total de personas mayores con dependencia leve, moderada y severa. Tras ello, en función del tipo de ayuda que reciben (% de cobertura), se computa para cada uno de estos tres colectivos cuántos individuos sólo reciben apoyo informal (AI), cuántos servicios públicos de ayuda a domicilio (SAD), y cuántos atención domiciliaria privada (en adelante, ADP).

Distinguiendo según sea el grado de dependencia (leve, moderado o severo) y el tipo de ayuda recibido (AI, SAD o ADP), el modelo calcula el número total de horas de cuidados que reciben el conjunto de individuos de cada una de las nueve categorías posibles; para ello, se emplea la intensidad asistencial que resulte oportuna en cada caso (midiéndose ésta en términos de número medio de horas por persona).

Finalmente, para obtener el coste total asociado a las dos modalidades de ayuda formal (SAD y ADP), se multiplica el número total de horas en cada categoría de dependencia por el coste horario correspondiente (público o privado).

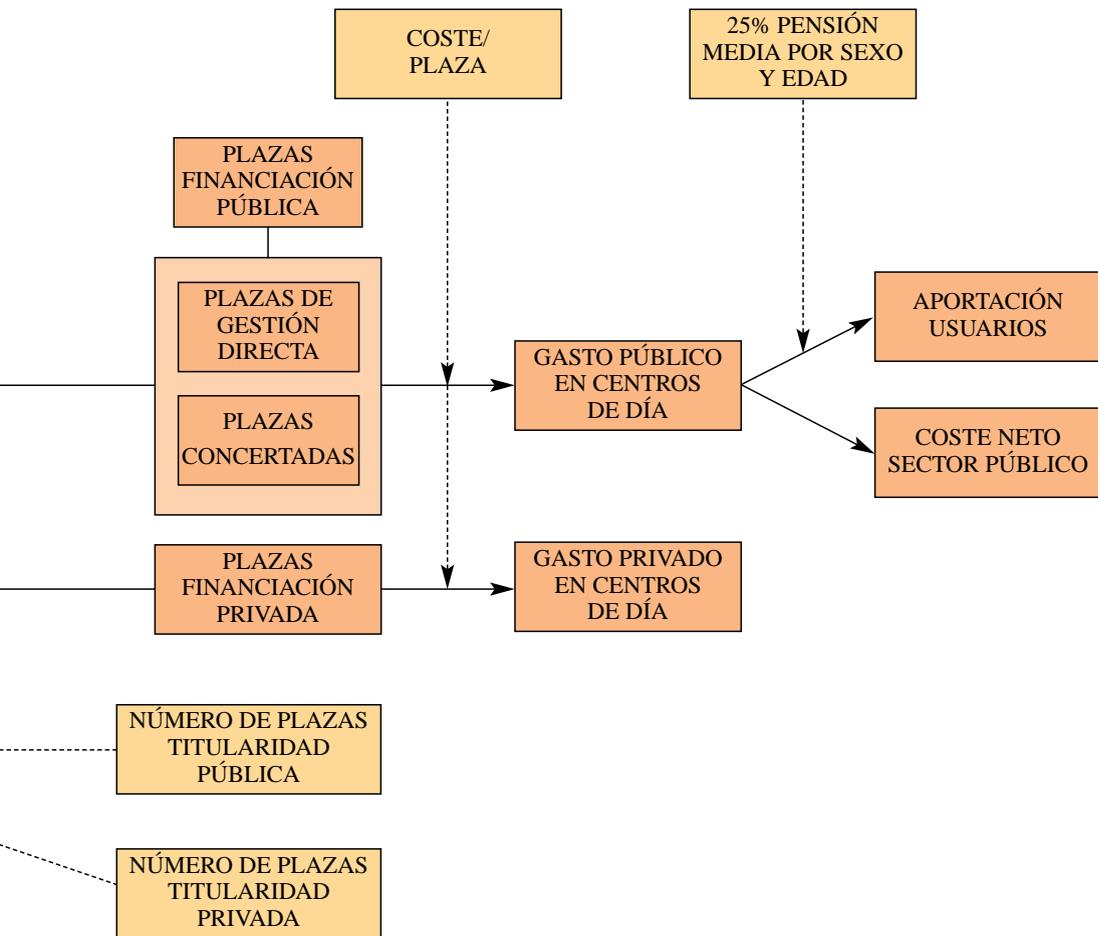
Además de caracterizar el proceso que rige el coste total de los cuidados de larga duración dispensados dentro de los hogares, este segundo submodelo también influye en la determinación del coste total del otro tipo de

servicio que utilizan las personas dependientes no institucionalizadas: los centros de día. En concreto, como puede observarse en el gráfico 3.2, el modelo supone que una fracción de los dependientes moderados y severos que sólo reciben apoyo informal, también utiliza durante el día los servicios que se proporcionan en los centros con plazas de estancia diurna. Con el propósito de simplificar la exposición del modelo, el proceso que determina el coste total de dichas plazas se recoge en el gráfico 3.3. Sin embargo, puesto que los elementos que componen este tercer submodelo son simétricos a los del primero, y éstos ya han sido ampliamente comentados con anterioridad, no insistiremos más sobre este punto.

A continuación, vistas las principales características de sus tres componentes, conviene realizar dos observaciones adicionales sobre el diseño general del modelo. En primer lugar, cabe señalar que éste maneja dos tipos de variables. Por un lado están aquellas que podríamos denominar «exógenas»: esto es, se trata de variables cuyos valores no los determina el modelo y, por tanto, sobre ellos es necesario establecer algún tipo de hipótesis. Este sería el caso, por ejemplo, del número total de plazas residenciales que el sector público ofrecerá dentro de diez años. Por otro lado, existe un segundo tipo de variables, a las que podríamos denominar «endógenas», cuyos valores sí los determina el modelo. Una variable endógena sería, por ejemplo, el gasto público en plazas residenciales dentro de diez años. En las tres figuras anteriores, con la intención de dejar constancia gráfica de esta distinción entre variables endógenas y exógenas, unas y otras aparecen con formato distinto: las primeras con trazo continuo, las segundas con trazo quebrado.

Uno y otro tipo de variables, y ésta es la segunda de las observaciones que queríamos realizar, tienen valores distintos atendiendo al período temporal que se considere. De hecho, en ambos casos, hay sólo dos posibilidades. Por un lado están los valores «reales»: esto es, aquéllos referidos al año que sirve de base para las proyecciones (1998), en el que ya sabemos lo que ha ocurrido. Por otro lado, para el resto de años (1999-2026), todos los valores obtenidos son «estimaciones»: esto es, si se cumplieran una serie de hipótesis en las variables exógenas, los valores de las variables endógenas serían las que nos dice el modelo. Ambas cuestiones –cuáles son los valores de partida y qué hipótesis se han realizado sobre su evolución futura– se tratan en los dos próximos apartados.





### 3. Los datos de partida del modelo

Como ya hemos señalado anteriormente, 1998 constituye el año de partida del modelo. Para esa fecha, utilizando fuentes diversas que comentaremos a continuación, se dispone de información sobre gran parte de las variables que discutíamos en la sección anterior. Dichas variables, como se recoge en el cuadro adjunto, pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: por un lado, cabe considerar todos aquellos factores que guardan relación con el número total de personas que demandaron cuidados de larga duración en 1998 (*variables de demanda*); por otro lado, estarían aquellas otras variables que determinan la disponibilidad y el coste de los cuidados de larga duración que se ofrecieron en ese mismo año (*variables de oferta*). Discutamos, por separado, las fuentes de información que se han utilizado en uno y otro caso.

#### VARIABLES DE DEMANDA

Los datos relativos al envejecimiento demográfico proceden del trabajo de Fernández Cordon (1998). Este estudio realiza proyecciones de la población española hasta el año 2026. Con relación a la población de 1998, se han tomado los datos de este estudio, y no la revisión de 1998 del Padrón de 1996 (INE), por un motivo de coherencia. Así, puesto que las proyecciones demográficas de Fernández Cordon son las más recientes que existen, emplearemos éstas en nuestro posterior ejercicio prospectivo; por ello, para evitar «saltos» en nuestras estimaciones, el dato de 1998 procede del mismo estudio que se utilizará posteriormente.

El siguiente de los factores de demanda considerados es el relativo a las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia que se registraron en 1998. Estos datos proceden de la explotación que hemos realizado de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998), siendo los principales resultados obtenidos los que se comentaron en el capítulo I, que volvemos a reproducir en el cuadro 3.1. A este respecto, recordar que dichos resultados estaban referidos a la población que en 1998 residía en sus hogares, quedando excluidos, por lo tanto, todos aquellos individuos que estaban ingresados en residencias. Estos últimos, así como las personas que desea-

ban ingresar en una residencia y no encontraban plaza, constituyen lo que hemos denominado «demanda residencial». No obstante, debido a su complejidad, merece la pena explicar detalladamente el modo en que hemos obtenido la información sobre esta última variable.

En principio, si uno aspira a que las simulaciones del modelo incorporen con cierta precisión la demanda residencial, parece deseable poder disponer para el año base (1998) de información sobre la edad y el sexo tanto de los individuos ingresados en residencias, como de aquellos otros que quisieran poder ingresar en una de ellas. No obstante, obtener una y otra información resulta complicado.

En cuanto a las personas ingresadas en residencias, no existe ninguna fuente que nos permita conocer el sexo y la edad de todas ellas. Sí es posible, sin embargo, obtener esa información para una fracción importante de dicho colectivo. Así, el Padrón de 1996, y más concretamente su revisión de 1998 (INE), contiene datos sobre el número de personas que residen en establecimientos colectivos del tipo «residencias». 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. Así pues, al no existir tampoco ninguna encuesta que haya tratado de valorar a nivel estatal las características de las personas ingresadas en residencias, se ha optado por utilizar dicha información padronal como base para el cálculo de aquella parte de la «demanda residencial» que efectivamente se convirtió en 1998 en «utilización». En concreto, 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.

En cuanto a las personas que deseaban ingresar en una residencia y no encontraban plaza, la cuestión resulta aún más complicada: no es que no sepamos la edad y el sexo de esas personas, sencillamente desconocemos su número. Así, aunque todas las CC.AA. reconocen la existencia de listas de espera, éstas no se han hecho públicas en ningún caso. Ante esta situación, se ha optado por suponer que el sexo y la edad de tales personas son idénticos a los de los individuos que sí tienen plaza, y que su número es igual a la

## DATOS DE PARTIDA DEL MODELO. 1998: FUENTES DE INFORMACIÓN

## Demanda

	Fuente
Envejecimiento demográfico	Fernández Cordón (1998)
Tasas de prevalencia de los problemas de dependencia entre la población no institucionalizada	Elaboración propia a partir de: Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998)
Demanda residencial	Elaboración propia a partir de: Padrón Municipal (INE, 1998) Imsero (2001)
Demanda centros de día	Elaboración propia a partir de: Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998) Imsero (2001)
Porcentaje de aportación de los usuarios	Imsero (2001)

Datos

Observaciones

Véase capítulo I

Véase capítulo I

Porcentaje de personas que están ingresadas en una residencia o desearían estarlo:

Edad	Hombres	Mujeres	Total
65-69	1,41	1,87	<b>1,66</b>
70-74	1,84	2,93	<b>2,45</b>
75-79	2,68	4,95	<b>4,03</b>
80-84	5,62	10,46	<b>8,74</b>
85 o más	11,67	21,01	<b>18,13</b>
<b>Total</b>	<b>2,91</b>	<b>6,02</b>	<b>4,72</b>

Supuestos:

Todas las plazas disponibles están ocupadas.

Se cifra la demanda insatisfecha en 100.000 personas.

Porcentaje de dependientes moderados y severos que acuden a un CD o desearían acudir a uno:

Edad	Hombres	Mujeres	Total
65-69	4,10	13,95	<b>8,10</b>
70-74	4,72	7,34	<b>6,29</b>
75-79	4,45	5,62	<b>5,21</b>
80-84	7,92	5,66	<b>6,19</b>
85 o más	3,24	2,39	<b>2,59</b>
<b>Total</b>	<b>4,71</b>	<b>5,11</b>	<b>4,98</b>

Supuestos:

Todas las plazas disponibles están ocupadas.

Se cifra la demanda insatisfecha en 25.000 personas.

Residencias: 75% de la pensión  
CD: 25% de la pensión

Cuadro 3.1 (continuación)

**DATOS DE PARTIDA DEL MODELO. 1998: FUENTES DE INFORMACIÓN**

Oferta

	Fuente
<b>Hogares</b>	
Porcentaje de cobertura AI/SAD/ADP	Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998)
Intensidad SAD/ADP (horas/usuario)	
Coste/hora	Imsero (2001)
<b>Centros de día</b>	
Número de plazas de titularidad pública	Imsero (2001)
Número de plazas de titularidad privada	Imsero (2001)
Porcentaje de concertación (% de plazas privadas contratadas por el sector público)	Imsero (2001)
Coste/plaza (anual)	Imsero (2001)
<b>Residencias</b>	
Número de plazas de titularidad pública	Imsero (2001)
Número de plazas de titularidad privada	
Porcentaje de concertación	
Porcentaje de plazas de válidos vs. asistidos	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2000)
Coste/plaza (anual)	Imsero (2001)

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

Datos	Observaciones
Véase capítulo II	
SAD: 1.307 pesetas ADP: 1.307 pesetas	Media ponderada del coste/hora registrado en las distintas CC.AA.  Se supone que el coste/hora de la ADP es idéntica al de los SAD
2.841	Se supone que la distribución de las plazas según su titularidad es idéntica a la observada en Cataluña
4.262	
17,8%	Se supone que el porcentaje de plazas concertadas es idéntico al observado en el caso de las residencias
Públicas: 944.086 pesetas Privadas: 944.086 pesetas	Media ponderada del coste/plaza registrado en las distintas CC.AA.  Se supone que el coste/plaza de los centros privados es idéntico al de los públicos
52.113 146.245 17,8%	
Públicas y concertadas: 43% vs. 57% Privadas: 58% vs. 42%	Resultados procedentes de una encuesta realizada a 100 residencias (públicas y privadas)
Públicas: Válidos: 1.614.753 pesetas Asistidos: 2.161.855 pesetas  Privadas: Válidos: 1.614.753 pesetas Asistidos: 2.161.855 pesetas	Media ponderada del coste/plaza registrado en las distintas CC.AA.  Se supone que el coste/plaza de los centros privados es idéntico al de los públicos

diferencia entre la tasa de institucionalización actualmente existente (3%) y la sugerida como deseable por el Plan Gerontológico (5%): esto es, unas 100.000 personas.

El siguiente de los factores de demanda considerados, el relativo a los individuos que utilizan o desearían utilizar los centros de día, también resulta problemático. Así, no existe ninguna fuente que nos permita determinar ni el número de usuarios actuales (demanda efectiva), ni el número de personas que quisieran utilizar este servicio y no encuentran plaza (demanda insatisfecha), ni, por supuesto, la edad y el sexo de los individuos que componen uno y otro tipo de demanda. En este caso, se ha procedido del siguiente modo. En cuanto a la demanda efectiva, se ha vuelto a suponer que todas las plazas de estancia diurna disponibles en 1998 (Imsero, 2001) estaban ocupadas, y que la distribución por sexo y edad de sus ocupantes era la misma que la observada en el caso de los usuarios de las plazas en los centros de día de que disponía el Imsero en 1995.<sup>(1)</sup> Por su parte, en cuanto a la demanda insatisfecha, se ha considerado que su número puede estimarse como la diferencia entre dos cantidades: 1) el número total de usuarios que hubiera habido en 1998 si las plazas disponibles en dicho año fueran las que recomienda el Plan Gerontológico,<sup>(2)</sup> y todas ellas estuvieran ocupadas, y 2) las plazas realmente existentes en 1998.

Finalmente, con relación a la cuantía de los copagos existentes en el caso de las plazas residenciales y de estancia diurna financiadas por el sector público, se han tomado los porcentajes de aportación vigentes en la mayoría de CC.AA.: un 75% de la pensión en el caso de las plazas residenciales, y un 25% en el caso de las plazas en centros de día (Imsero, 2001).

### Variables de oferta

Las variables de oferta consideradas, como puede observarse en el cuadro 3.1, se agrupan en tres grandes categorías: las que tienen que ver con las distintas modalidades de ayuda que reciben en sus hogares las personas

(1) En 1995, según información interna del entonces «Imsero» que nos ha sido facilitada, este organismo gestionaba un total de 562 plazas de estancia diurna, repartidas en un total de 32 centros. Hoy en día, totalmente completado el proceso transferencial a las CC.AA., el actual Imsero no gestiona ya ninguno de esos centros.

(2) 0,5 plazas por cada 100 personas de 65 años o más.

dependientes (apoyo informal, servicios públicos de ayuda a domicilio –SAD– y atención domiciliaria privada –ADP–), los cuidados de larga duración recibidos en centros de día (públicos y privados), y la asistencia dispensada en las residencias (públicas y privadas). Examinemos las fuentes de información utilizadas en cada uno de estos tres casos.

En relación con los cuidados de larga duración recibidos en los hogares, los datos manejados para 1998 proceden de la explotación que se ha realizado de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998), siendo los principales resultados en cuanto al grado de cobertura e intensidad de las distintas modalidades de ayuda los que obtuvimos en el capítulo II. Asimismo, en cuanto al coste horario de los SAD, se ha utilizado el dato que proporciona un reciente estudio del Imserso (2001). Por su parte, puesto que no hemos localizado ningún estudio al respecto, en el caso de la ADP se ha supuesto un coste horario idéntico al de los SAD.

En cuanto a los centros de día, el número de plazas de titularidad pública y privada existentes en 1998, así como el porcentaje de estas últimas que habían sido concertadas por el sector público en ese mismo año, son datos que nuevamente proceden del trabajo del Imserso (2001). También en relación con el coste por plaza de este tipo de recursos, se ha utilizado la información contenida en ese mismo estudio.

Finalmente, en el caso de las residencias, también procede del estudio del Imserso (2001) la información sobre el número de plazas (públicas y privadas) disponibles en 1998 y el porcentaje de los conciertos, así como del coste por plaza de las residencias que en ese año recibían fondos públicos. De nuevo, al carecer de información sobre el coste de las plazas financiadas privadamente, se ha supuesto que éste era idéntico al registrado en el caso de las públicas y concertadas. En cuanto a la tipología de las plazas (válidas o asistidas), los datos proceden de un trabajo recientemente elaborado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2000).

## 4. Características de los escenarios simulados: hipótesis sobre la evolución futura de los factores determinantes

Como apuntábamos en la sección metodológica, para poder obtener proyecciones sobre los costes futuros de los cuidados de larga duración, nuestro modelo requiere del establecimiento de hipótesis sobre cuál puede ser la evolución futura de los factores que determinan, y seguirán determinando, la cuantía de dichos costes. En principio, puesto que hemos considerado un número considerable de factores al construir el modelo, resulta fácil de entender que la cantidad de combinaciones que podríamos realizar entre ellos resulta prácticamente ilimitada. Es evidente, sin embargo, que no todas esas combinaciones son igual de plausibles. No tendría mucho sentido, por poner sólo un ejemplo, generar un escenario en el que supusiéramos que el apoyo informal va a experimentar un crecimiento sostenido en los próximos años, pues no parece que el previsible aumento en las tasas de actividad femenina permitan contemplar esa posibilidad. En definitiva, dicho en pocas palabras, si queremos que nuestro modelo proporcione estimaciones útiles del coste futuro de los cuidados de larga duración, estamos obligados a valorar un conjunto reducido de escenarios; y, lo que es más importante, éstos deben ser el resultado del establecimiento de hipótesis sustantivas sobre la evolución futura de los factores determinantes de dicho coste, tanto de los de demanda como de los de oferta. Por ello, los siete escenarios que finalmente hemos valorado, y que aparecen recogidos en el cuadro 3.2, no son fruto del azar, sino que todos ellos tienen su razón de ser. Veamos cuál es ésta en cada caso.

El escenario base pretende analizar cuáles serían los efectos del envejecimiento demográfico sobre el coste futuro de los cuidados de larga duración si todos los factores, excepto el demográfico, permanecieran constantes en el futuro. Su principal utilidad es que nos ha de permitir valorar cuál sería el impacto diferencial sobre el coste de los cuidados de larga duración que tendrían distintas modificaciones en los valores de esos otros factores no demográficos (de ahí su calificativo de «base»). Así pues, cuando en el cuadro 3.2 se utiliza la expresión «constante», cosa que sucede siempre en este primer escenario, lo que se quiere decir es que dicho factor registra en cada uno de los años comprendidos entre 1999 y 2026, que es el período sobre el

que se realiza la proyección, o el mismo valor que tenía en 1998 o, cuando se trata de variaciones anuales, las observadas en el período de tiempo inmediatamente anterior sobre el que se disponga de información (por ejemplo, tasa de variación anual media entre 1988 y 1998 del número disponible de plazas residenciales).

Los seis escenarios restantes se construyen, en contraposición al base, suponiendo que el comportamiento futuro de algunos de esos factores experimenta cambios en relación con su comportamiento actual. Así, los escenarios 1, 2 y 3, tienen en común el hecho de que todos ellos plantean cambios en cuanto a la evolución futura de la oferta de cuidados de larga duración. Básicamente, esos cambios son de dos tipos: por un lado, se supone una disminución en la disponibilidad futura del apoyo informal, que tiene su origen en las transformaciones sociales que se están produciendo en las estructuras familiares (véase capítulo II); por otro lado, para hacer frente a esta menor disponibilidad de la ayuda informal, se supone que el sector público y el privado aumentan la cantidad de recursos asistenciales destinados al cuidado de las personas mayores dependientes, tanto de aquellos que se proporcionan en el hogar (atención domiciliaria) como fuera de él (centros de día y residencias).

Las diferencias entre estos tres escenarios, como se explica a continuación, provienen de la distinta intensidad con que se supone se van a producir los cambios en la disponibilidad del apoyo informal y, consecuentemente, también en la respuesta del sector público y privado ante esa situación. Así pues, desde un punto de vista conceptual, el modelo considera que la evolución del coste futuro de los cuidados de larga duración va a depender, en última instancia, de cuál sea la reacción del Estado y del mercado frente al previsible colapso que experimentará la familia, que veíamos en el capítulo II constituye la principal proveedora de cuidados de larga duración en la actualidad.

En este sentido, de los tres escenarios mencionados, el escenario 1 es el que plantea una evolución más favorable del apoyo informal («crisis débil»). En concreto, se supone que la reducción en la disponibilidad del apoyo informal se produce a un ritmo anual de 0,25 puntos porcentuales, es decir, cada año que pasa el porcentaje de personas dependientes que sólo reci-

## CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCENARIOS SIMULADOS

		Escenario Base	Escenario 1	
<b>FACTORES DE...</b>				
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>DEMANDA</b>	Envejecimiento demográfico	Fernández (98)	
		Tasas de prevalencia	Constante	Constante
		Demanda residencial	Constante	
		Demanda CD	Constante	
		Porcentaje de aportación usuarios	Constante	
	<b>HOGARES</b>			
	Porcentaje de cobertura AI / SAD / ADP	Constante	Crisis «débil» AI (↓ 0,25 puntos porcentuales/año)... ...absorbida por el sector público y el privado a partes iguales.	
	Intensidad SAD/ADP	Constante		
	Coste/hora (SAD/ADP) <sup>(1)</sup>	5% <sup>(2)</sup>		
	<b>CENTROS DE DÍA</b>			
<b>OFERTA</b>	Número de plazas de titularidad pública <sup>(1)</sup>	220 <sup>(3)</sup>	Expansión débil: Ratio «0,5%» en 2020	
	Número de plazas de titularidad privada <sup>(1)</sup>	330 <sup>(3)</sup>		
	Porcentaje de concertación	Constante		
	Coste/plaza <sup>(1)(4)</sup>	3% <sup>(5)</sup>		
	<b>RESIDENCIAS</b>			
Número de plazas de titularidad pública <sup>(1)</sup>	3.800 <sup>(3)</sup>	Expansión débil: Ratio «5%» en 2020		
Número de plazas de titularidad privada <sup>(1)</sup>	4.000 <sup>(3)</sup>			
Porcentaje de concertación	Constante			
«Míx» válidos/asistidos	Constante			
Coste/plaza <sup>(1)</sup>	Válidos: 5% Asistidos: 3%			

(1) Variación anual.

(2) Ése ha sido el incremento anual medio registrado entre 1994 y 1999 en el subgrupo «atención doméstica» del IPC (INE).

(3) Ése ha sido el incremento anual medio registrado entre 1994 y 1998, en el caso de las plazas en CD, y entre 1988 y 1998 en el caso de las plazas residenciales (SEGG, 2000).

(4) Se supone que la variación anual es idéntica en el caso de las plazas públicas que en el de las privadas.



ben AI cae en esa cantidad. Por su parte, como puede observarse en el cuadro 3.2, la respuesta por parte del sector público y privado tiende a ser discreta. Así, en cuanto a la atención domiciliaria, tanto la pública (SAD) como la privada (ADP) aumentan su cobertura en un porcentaje que permite absorber a partes iguales la pequeña caída en el apoyo informal anteriormente apuntada.<sup>(3)</sup> Asimismo, con relación a la atención en centros de día, el sector público y el privado expanden su oferta disponible a un ritmo anual de 625 y 825 plazas respectivamente, lo que permitiría alcanzar la ratio sugerida por el Plan Gerontológico<sup>(4)</sup> en el año 2020. Finalmente, en cuanto a los cuidados residenciales, la expansión en el número de plazas públicas y privadas disponibles se produciría a un ritmo anual (4.500 en ambos casos) que permitiría llegar en el año 2020 a las 5 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años que, en este caso, recomienda el Plan Gerontológico.

Los escenarios 2 y 3, siguiendo con la lógica anteriormente apuntada, plantean una evolución del apoyo informal menos favorable: el primero de ellos supone una disminución anual de 0,50 puntos porcentuales por año, que llega hasta los 0,75 puntos en el caso del segundo. En cuanto a la respuesta del sector público y del privado, uno y otro escenario suponen una expansión de recursos consecuente con la distinta intensidad de la crisis del apoyo informal barajada en cada caso. Los pormenores de estas diferencias aparecen en el cuadro 3.2.

Por último, en cuanto a la evolución futura de los costes unitarios de los distintos servicios, que se supone idéntica en los tres escenarios, se ha considerado que se reproducen las tendencias observadas en los últimos años, siendo los valores empleados los que se especifican en el cuadro 3.2.

Los escenarios restantes (1 bis, 2 bis y 3 bis) constituyen una réplica de los tres escenarios que acabamos de analizar, con una sola diferencia: todos ellos plantean una disminución futura en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia, que se habían supuesto constantes hasta el

(3) Aunque sin duda la intensidad con que se presten los cuidados domiciliarios será un factor importante en cuanto a la evolución futura del coste total, en los escenarios planteados se ha considerado que ésta no variará en los próximos años. De nuevo, al carecer de información y razones que permitan justificar hipótesis alternativas a este respecto, hemos optado por considerar que todo va a seguir igual.

(4) 0,5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años.

momento. Así pues, lo que vienen a añadir estos tres escenarios con respecto a los anteriores, es la posibilidad de que los distintos cambios comentados en los factores de oferta, crisis del apoyo informal y respuesta substitutoria de los sectores público y privado, acontezcan en un contexto epidemiológico más favorable. De hecho, como se analizó en el capítulo I, ése parece haber sido el caso en los últimos años tanto en España como en el resto de países desarrollados. Por ello, recuperando los resultados obtenidos entonces, estos tres escenarios plantean una disminución anual del 1% en las tasas de prevalencia de las tres categorías de dependencia que entonces consideramos (leve, moderada y severa).

## 5. Limitaciones y ventajas del modelo de simulación propuesto

### Limitaciones

En todos los escenarios simulados, se ha supuesto que la demanda de plazas residenciales permanecerá constante en el futuro: esto es, el porcentaje de individuos mayores de 65 años que deseará ingresar en una residencia, independientemente de que lo consigan o no, no se modificará en los próximos años. No obstante, si como hemos comentado las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia tienden a disminuir, parece evidente que la demanda residencial debería hacer lo propio. Entonces, ¿por qué no hemos contemplado esa posibilidad? El motivo es, lógicamente, la falta de información. Así, al no existir ninguna encuesta que haya considerado simultáneamente a los individuos que viven en sus hogares y a los que están en residencias, desconocemos en qué medida el hecho de ser dependiente determina el que se opte o no por la alternativa residencial. De hecho, no es que no sepamos cuál es la influencia del hecho de ser dependiente sobre la decisión de ingresar en una residencia, es que desconocemos el efecto de todas las otras variables que sin duda influyen en dicha decisión (disponibilidad de ayuda informal, renta, etc.). Ante esta situación, el supuesto de que «todo permanece igual» nos parece el más razonable. Hay que añadir, sin embargo, que la nueva Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, 1999, que está a punto de terminar el INE, permitirá enriquecer nuestro análisis,

pues en la muestra utilizada en dicha encuesta se contempla tanto a la población que reside en sus hogares como a la población institucionalizada.

Una segunda limitación, estrechamente relacionada con la anterior, tiene que ver con el supuesto que hemos realizado en virtud del cual los aumentos en la oferta disponible de servicios no provocan ningún cambio en la demanda de los mismos. De nuevo, esta hipótesis resulta poco plausible; así, por poner sólo un ejemplo, si el número de plazas en los centros de día aumenta, es probable que el número de personas que deseen utilizar dichos centros también aumente. Lamentablemente, al igual que en el caso anterior, la falta de datos nos ha impedido introducir en nuestro modelo este tipo de interacciones entre oferta y demanda. En este caso, sin embargo, los datos que se requerirían para abordar esta cuestión no parece que vayan a poder obtenerse en un futuro próximo.

Finalmente, con relación a los costes unitarios de los distintos servicios, la información de partida del modelo presenta lagunas importantes. Cuando éste ha sido el caso, como se recordará del cuadro 3.2, se ha procedido a realizar distintas hipótesis. Por ello, en la medida en que por ejemplo el coste horario de los SAD sea distinto al de la ADP, los resultados que hemos obtenido pueden perder validez.

## Ventajas

Quizás la principal ventaja de un modelo de simulación como el propuesto, a la que ya nos hemos referido anteriormente, es que nos permite calibrar el impacto económico futuro de las muy diversas alternativas que existen en cuanto a la provisión de cuidados de larga duración. Por ello, aunque nosotros hayamos contemplado únicamente siete escenarios, lo cierto es que el modelo permitiría ser utilizado para valorar cuantas variantes de los mismos se quisiese.

Una segunda ventaja de nuestro modelo, derivada directamente de la anterior, es la capacidad que éste tiene de simular cambios en la oferta de servicios que no tienen por qué acontecer todos a la vez, sino que pueden producirse de un modo gradual en el tiempo. Así, en vez de calcular cuál sería la cantidad de recursos necesarios en 1998 para alcanzar en ese año la ratio

recomendada del 5% en plazas residenciales, y valorar tras ello el flujo de dinero necesario para mantener dicha ratio en el futuro, nuestro modelo hace otra cosa: nos indica cuántas plazas adicionales harían falta anualmente, y cuál sería el coste asociado a dicho aumento, si pretendiéramos alcanzar dicha ratio con mayor o menor celeridad. En nuestra opinión, esta característica del modelo resulta interesante porque permite incorporar un elemento consustancial a la planificación de servicios tanto públicos como privados, el gradualismo.

En este sentido, nuestra propuesta difiere sustancialmente del enfoque adoptado por los autores del único estudio en que se ha realizado un análisis prospectivo del coste de los cuidados de larga duración en nuestro país (Antares Consulting, 2000). En dicho trabajo, únicamente se valora cuánto dinero haría falta para financiar el nivel de servicios que, a juicio de los autores, permitiría proporcionar una atención adecuada a las personas mayores dependientes, hoy y en el futuro. La estimación, que comprende al igual que nuestro estudio el período 1999-2026, se realiza suponiendo que todo el incremento de servicios se produce en el año de partida, aunque lógicamente también se calcula cuántos recursos harían falta para mantener dicho nivel óptimo en los años posteriores.

Por último, a pesar de las limitaciones anteriormente apuntadas, que recordemos se debían fundamentalmente a la falta de información, el modelo ha sido diseñado con la suficiente flexibilidad como para que resulte muy poco costoso incorporar esos nuevos datos a medida que vayan estando disponibles.

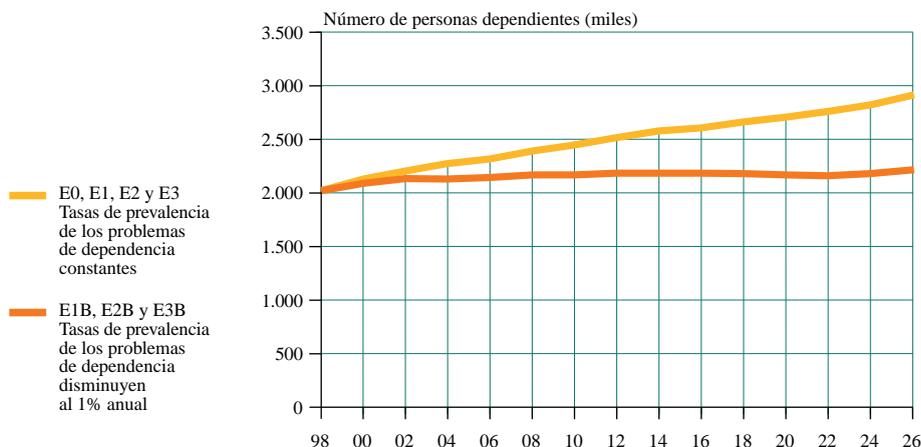
## 6. Resultados del modelo

Antes de comentar los resultados obtenidos, conviene precisar cuál es el impacto global que sobre los distintos escenarios va a tener una de las variables que en mayor medida los diferencia: la evolución futura del número de personas dependientes. A este respecto, como explicábamos en el apartado anterior, existen dos grupos de escenarios: por un lado están aquellos que suponen un comportamiento constante de las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia (escenarios 0, 1, 2 y 3); por otro lado, están los

que han sido construidos suponiendo una disminución anual del 1% en dichas tasas (escenarios 1B, 2B y 3B). El gráfico 3.4 muestra cuál sería el número de personas mayores dependientes que habría en España de producirse en el futuro una u otra pauta epidemiológica.

Gráfico 3.4

### PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ESPAÑA. 1999-2026



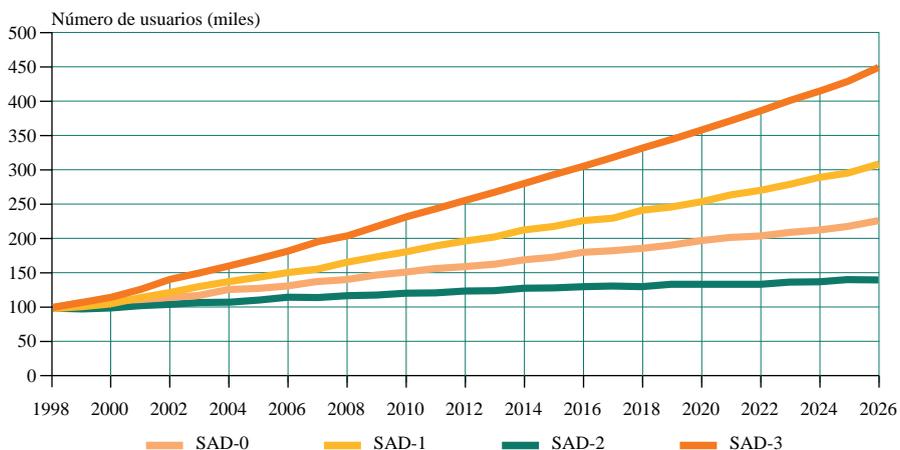
Fuente: Elaboración propia.

### Evolución del número de usuarios de los distintos servicios

Si empezamos nuestra discusión de los resultados fijándonos en el número de usuarios de los servicios públicos de ayuda a domicilio (SAD) que hemos obtenido en los distintos escenarios, se puede observar claramente cómo las diferencias que a este respecto aparecen entre los dos grupos de escenarios (gráficos 3.5 y 3.6, respectivamente), son enteramente atribuibles al hecho de que en uno y otro caso el número de personas mayores dependientes es distinto.

Gráfico 3.5

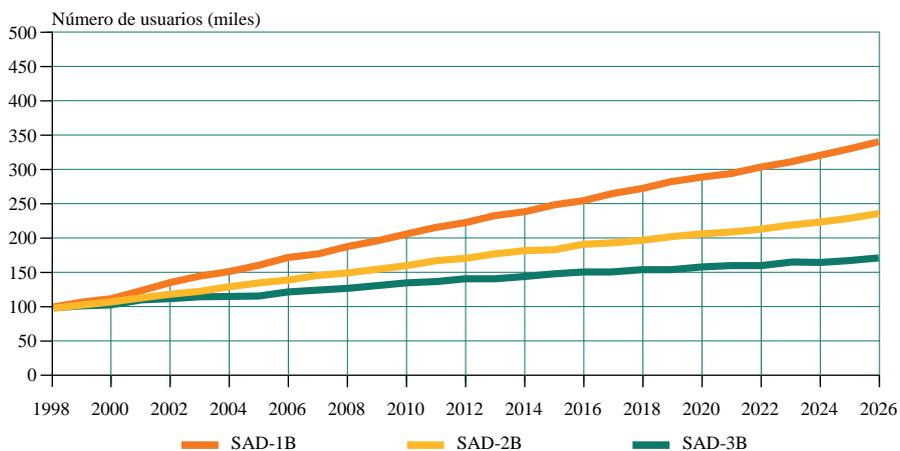
### USUARIOS DE LOS SAD EN EL SUPUESTO DE QUE LAS TASAS DE PREVALENCIA PERMANEZCAN CONSTANTES. 1999-2026



Nota: SAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio.  
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3.6

### USUARIOS DE LOS SAD EN EL SUPUESTO DE QUE LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYAN UN 1% ANUAL. 1999-2026



Nota: SAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio.  
Fuente: Elaboración propia.

No obstante, como puede observarse en los gráficos anteriores, también existen diferencias importantes entre los escenarios que pertenecen a un mismo grupo. Así, aun suponiendo que las tasas de prevalencia no se modificaran en el futuro (gráfico 3.5), lo cierto es que el número de usuarios de los SAD resultaría bien distinto en función de cuál acabase siendo la intensidad de la crisis del apoyo informal y, sobre todo, de cuál fuera la respuesta de la Administración ante esa situación. Si no existiera crisis alguna del apoyo informal, que es lo que supone el escenario base (SAD-0), entonces el número de usuarios de los SAD en los próximos años serían el resultado directo de unos niveles de cobertura como los actuales aplicados a una población con más personas mayores dependientes. Esta situación, sin embargo, no parece la más probable. Por el contrario, en línea con los resultados obtenidos en los escenarios 1, 2 y 3 (SAD-1, SAD-2 y SAD-3), lo que cabe más bien esperar es un incremento del número de usuarios mayor que el sugerido en el escenario base. No obstante, como también puede observarse en el gráfico 3.5, la magnitud de dicho incremento dependerá, en última instancia, de cuán importante resulte la crisis del apoyo informal.

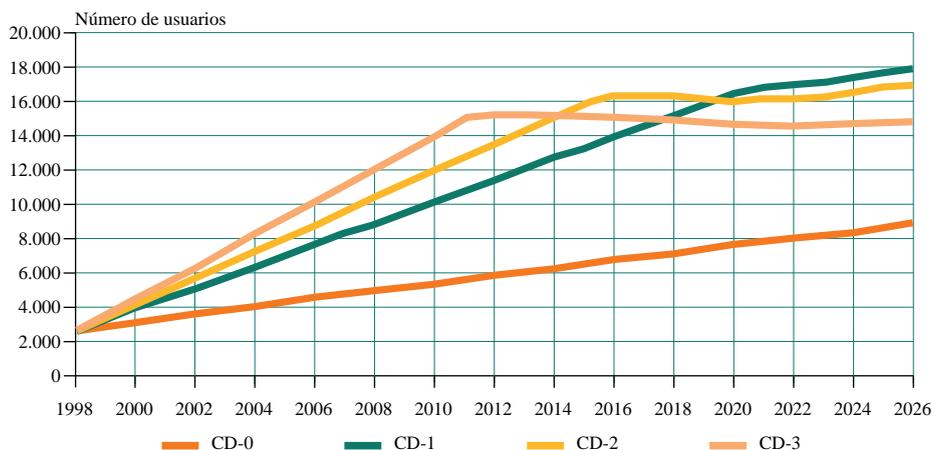
Lógicamente, todos estos comentarios, aunque referidos a unos niveles de usuarios siempre inferiores, son igualmente válidos en aquellos escenarios (SAD-1B, SAD-2B y SAD-3B) que han sido construidos suponiendo una disminución en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia (gráfico 3.6). Asimismo, como puede comprobarse en los gráficos A.1 y A.2 del anexo, la situación es muy parecida en cuanto a la previsible evolución de los usuarios de la atención domiciliaria privada.

Respecto a los usuarios de plazas en centros de día financiados públicamente, y considerando de nuevo en primer lugar los escenarios en los que las tasas de prevalencia permanecen constantes, los resultados obtenidos son los que se muestran en el gráfico 3.7.

Al igual que en el caso anterior, cuando suponemos un futuro en el que no existe crisis alguna del apoyo informal (escenario base), la tímida evolución futura del número de usuarios de los centros de día públicos, constituye el reflejo del lento crecimiento en el número de plazas que se produciría si los ritmos de expansión de este recurso fueran los mismos que los registrados en los últimos años. Sin embargo, cuando debido a la previsible

Gráfico 3.7

## USUARIOS DE CENTROS DE DÍA PÚBLICOS EN EL SUPUESTO DE QUE LAS TASAS DE PREVALENCIA PERMANEZCAN CONSTANTES. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia.

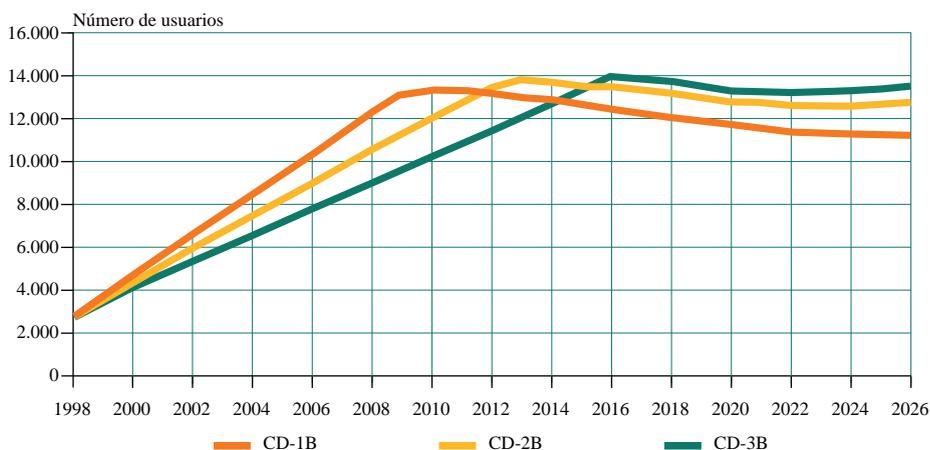
crisis del apoyo informal, se suponen respuestas más expansivas por parte de la Administración, los resultados cambian. En el caso del escenario 3, que recordemos planteaba la expansión más vigorosa, el número de usuarios se multiplica por cinco en apenas diez años, siendo el crecimiento en los otros dos escenarios menos acelerado. No obstante, en todos ellos, se puede apreciar una estabilización en el número de usuarios a partir de cierto instante, tanto más lejano en el tiempo cuanto menor sea la intensidad de la expansión. Este fenómeno responde, en los tres casos, a las mismas causas: por un lado, constituye el reflejo del aumento simultáneo en la disponibilidad de los cuidados domiciliarios, que recordemos se producen en los tres escenarios aunque a distinto ritmo;<sup>(5)</sup> por otro lado, son el resultado de la previsible desaceleración que se producirá en las tasas de crecimiento de las cohortes de individuos de mayor edad a partir del año 2015 (véase capítulo I). De nuevo, como puede apreciarse en el gráfico 3.8, los resultados obtenidos son idénti-

(5) No hay que olvidar, como se apuntó en la sección metodológica, que los escenarios han sido contruidos contemplando las interacciones que se producen entre la disponibilidad de recursos domiciliarios (AI, SAD y ADP) y la demanda de centros de día.

cos, aunque referidos a unos niveles de usuarios inferiores, en aquellos escenarios que suponen una disminución en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia.<sup>(6)</sup>

Gráfico 3.8

**USUARIOS DE CENTROS DE DÍA PÚBLICOS EN EL SUPUESTO DE QUE LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYAN UN 1% ANUAL. 1999-2026**



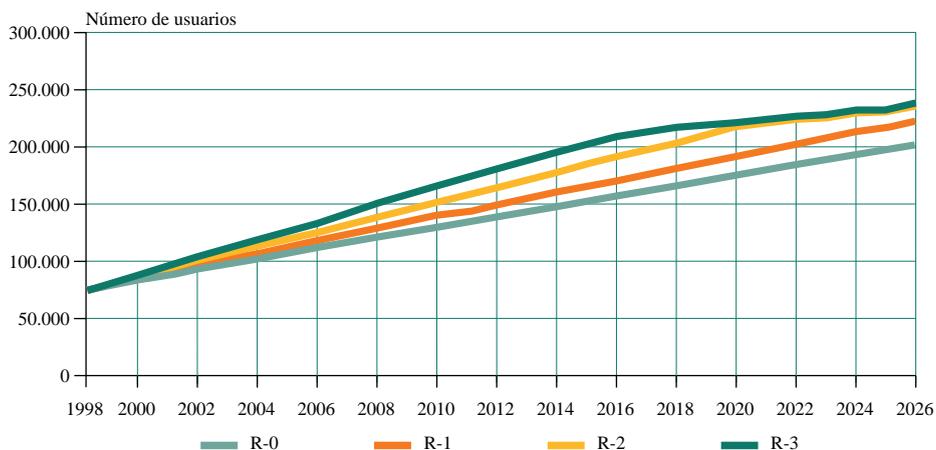
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los usuarios de plazas residenciales, y considerando en primer lugar el caso de los cuatro escenarios epidemiológicamente menos favorables, los resultados obtenidos son los que aparecen en el gráfico 3.9. De nuevo, frente a la expansión moderada de usuarios que se registra en el escenario base (R0), cabe contraponer los mayores aumentos que caracterizan al resto de escenarios (R1, R2 y R3). En estos dos últimos, la estabilización en el número de usuarios que acontece a largo plazo tiene que ver, nuevamente, con la desaceleración a partir del año 2015 en las tasas de crecimiento de las cohortes de mayor edad, que recordemos son las que en mayor medida optan por la solución residencial (véase el cuadro 3.2). Asimismo, el que dicha estabilización acontezca primero en el caso del escenario 3, obedece al

(6) En cuanto a los usuarios de plazas en centros de día privados, los resultados en los distintos escenarios pueden encontrarse en los gráficos A.3 y A.4 del anexo, siendo la esencia de los mismos la que ya hemos apuntado para los centros de día públicos.

Gráfico 3.9

## USUARIOS DE PLAZAS RESIDENCIALES FINANCIADAS PÚBLICAMENTE. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia.

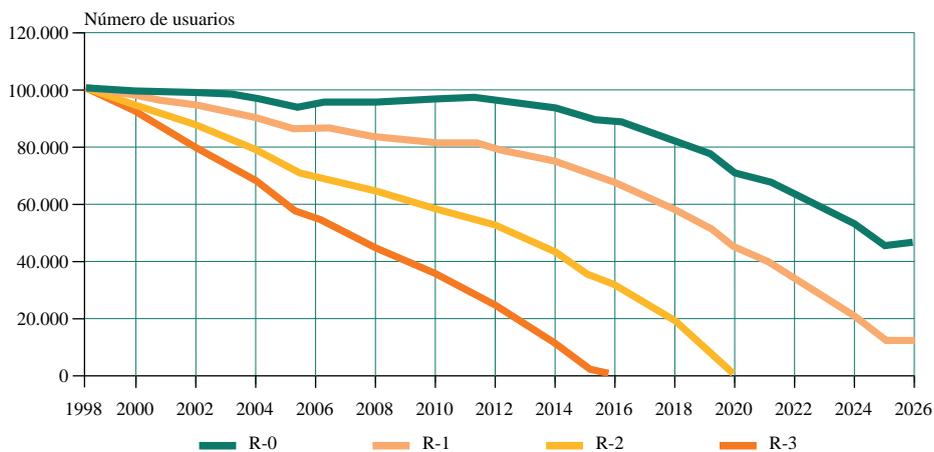
hecho de que en este escenario la ratio de plazas recomendada por el Plan Gerontológico, 5 por cada 100 mayores, se alcanza cinco años antes que en el escenario 2. Asimismo, como puede observarse en el gráfico A.5 del anexo, estas tendencias se reproducen en el caso de los usuarios de plazas residenciales financiadas exclusivamente con fondos privados.<sup>(7)</sup>

Una de las virtualidades del modelo desarrollado es que permite valorar, en el caso de los centros de día y de las residencias, cuántos de los individuos que desearían utilizar uno y otro tipo de recursos no podrán hacerlo por falta de plazas disponibles. El número de esos individuos, que componen lo que anteriormente hemos definido como «demanda insatisfecha», difiere entre los distintos escenarios. Así, como ponen de manifiesto los gráficos 3.10 y 3.11, se observa cómo la cantidad de insatisfechos decrece más rápidamente –como es lógico– en aquellos escenarios que plantean una expansión de recursos más pronunciada (por orden, el 3, el 2 y el 1).

(7) En el caso de la demanda residencial, debido a las razones que ya se comentaron en la sección metodológica, el modelo ha sido construido sin considerar los posibles efectos de variaciones en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia. Por ello, tanto en los escenarios epidemiológicamente favorables como en los desfavorables, los resultados obtenidos son los mismos; de ahí que no se reproduzcan los gráficos correspondientes a los escenarios 1B, 2B y 3B, ni en el caso de las plazas públicas ni en el de las privadas.

Gráfico 3.10

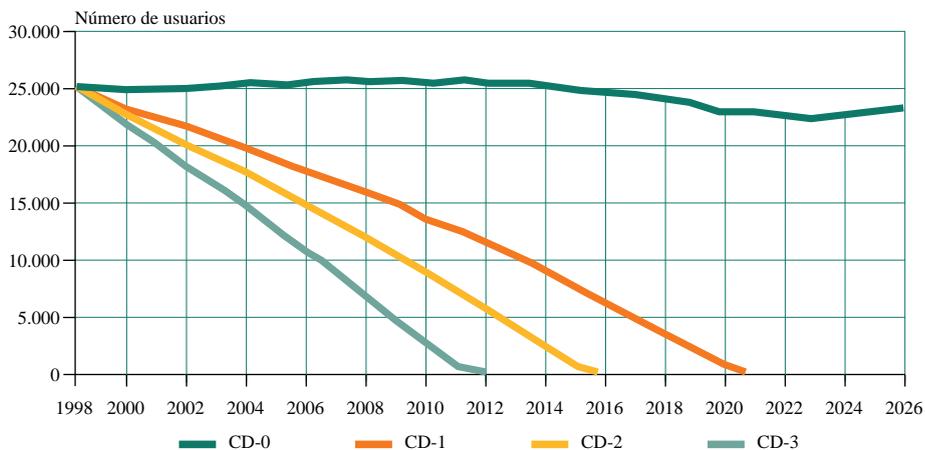
### DEMANDA INSATISFECHA DE PLAZAS EN RESIDENCIAS PÚBLICAS Y PRIVADAS. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3.11

### DEMANDA INSATISFECHA DE PLAZAS EN CENTROS DE DÍA PÚBLICOS Y PRIVADOS. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia.

En definitiva, si ante la previsible crisis del apoyo informal y el aumento simultáneo en el número de personas mayores dependientes, el sector público y el privado no reaccionan ampliando los actuales niveles de oferta –tanto de plazas residenciales como de centros de día–, la cantidad de personas que verán frustrados sus deseos de utilizar estos servicios se mantendrá en cotas elevadas. Asimismo, como apuntábamos anteriormente, a esa presión sobre los servicios proporcionados fuera de los hogares, habría que sumar la creciente demanda de aquellos otros cuidados que se proveen en los domicilios (públicos y privados). En suma, aun en el caso de que supongamos unas tasas de prevalencia de los problemas de dependencia a la baja, el envejecimiento demográfico y los cambios en las estructuras familiares serán de tal magnitud que, según nuestras estimaciones, en los próximos años se requerirá de una mayor implicación de los sectores público y privado en la provisión de los cuidados de larga duración. Esta mayor implicación, lógicamente, exigirá de unos niveles de gasto superiores a los actuales. En los próximos apartados, ofrecemos algunas estimaciones sobre este extremo.

### Una estimación del coste actual de los cuidados de larga duración

Como apuntábamos al discutir las características del modelo, éste ha sido construido de tal modo que resulta posible obtener no sólo proyecciones sobre la evolución futura del coste de los cuidados de larga duración, sino también estimaciones acerca de los niveles actuales del mismo. Si los datos sobre servicios sociales fueran mejores de lo que son, la posibilidad de obtener estas estimaciones sería irrelevante. Sin embargo, como se recordará del capítulo II, puesto que las estadísticas disponibles no permiten conocer datos tan elementales como cuánto se gasta en atención domiciliaria pública (SAD), el poder obtener dichas estimaciones constituye un valor en sí mismo del modelo. A este respecto, conviene señalar que los resultados que hemos obtenido, recogidos en el cuadro 3.3, no están referidos a ninguno de los siete escenarios en particular, por la sencilla razón de que en el año de partida (1998) todas las variables del modelo son conocidas y, por lo tanto, los escenarios son idénticos entre sí.

### COSTE TOTAL ESTIMADO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA. 1998

	Millones de pesetas	%
<b>Coste público</b>	<b>144.923</b>	<b>27,1</b>
Atención domiciliaria	46.794	8,7
Centros de día	1.863	0,3
Residencias	96.265	18,0
<b>Coste privado</b>	<b>390.310</b>	<b>72,9</b>
Atención domiciliaria	156.009	29,1
Centros de día	2.012	0,4
Residencias	232.289	43,4
<b>Coste total</b>	<b>535.233</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia.

Las cifras contenidas en el gráfico 3.11 ilustran algunos aspectos interesantes. En primer lugar, nos permiten obtener una idea, aunque sea aproximada, del volumen total de recursos que nuestro país destina actualmente a proporcionar cuidados de larga duración a las personas mayores dependientes. Esta cantidad, que supera ligeramente el medio billón de pesetas, viene a representar el 0,6% del PIB que se generó en España en 1998. Ese porcentaje es parecido al observado en los otros países mediterráneos, aunque se sitúa bastante por debajo de la tendencia registrada en el resto de países de la Unión Europea (Jacobzone, 1999). Lógicamente, como ya discutimos en el capítulo II, esta situación se explica por la mayor importancia relativa que siguen teniendo en nuestro país los cuidados informales.

Por otro lado, en cuanto al esfuerzo relativo realizado por el sector público y el privado, se constata que el grueso de los cuidados formales son provistos a través del mercado. En este sentido, más del 70% del coste total de los cuidados lo realizan agentes privados (residencias, agencias de atención domiciliaria...) que no reciben fondos públicos. Consecuentemente, dichos costes son financiados, vía precios, por aquellas personas mayores que optan por los servicios privados como vía para hacer frente a sus necesidades de cuidados o, en muchos casos, por sus familiares. Con todo, pese a jugar un papel esencialmente subsidiario, el sector público dedica ya hoy más de 140.000 millones de pesetas a la provisión de cuidados de larga dura-

ción. Asimismo, pese a la expansión experimentada por los SAD durante los últimos años, cerca del 70% del coste público total corresponde a los servicios residenciales. De hecho, puesto que los casi 100.000 millones destinados a plazas residenciales han sido calculados restando previamente las aportaciones de los usuarios, que se estima fueron de unos 48.000 millones en 1998, la cantidad de recursos realmente movilizados por el sector público en el ámbito residencial sería mayor de la que figura en el cuadro 3.3 (en concreto, la suma del coste «neto» y de las aportaciones).

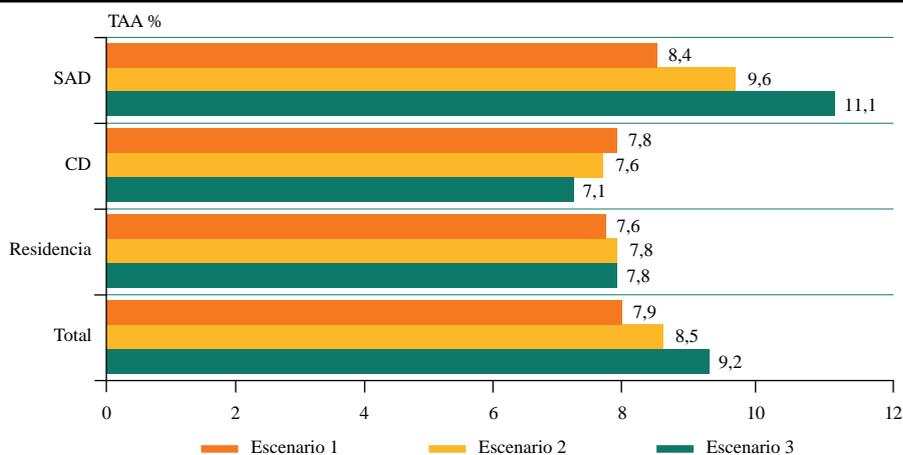
### El coste futuro de los cuidados de larga duración en España: 1999-2026

Una vez estimado el coste actual de los cuidados de larga duración en nuestro país, estamos en condiciones de valorar los distintos resultados que hemos obtenido en cuanto a la previsible evolución de dichos costes en el futuro. En este sentido, con la intención de ofrecer una medida que ilustre adecuadamente el esfuerzo financiero que comportaría alcanzar los niveles de gasto obtenidos en los distintos escenarios, hemos calculado cuáles deberían ser las tasas anuales de variación acumulativa en cada caso. Estas tasas nos indican a qué ritmo anual uniforme tendrían que crecer los recursos destinados a cuidados de larga duración, en términos porcentuales, para que se registraran las pautas de expansión de gasto que sugieren los distintos escenarios. En el caso de los escenarios 1, 2 y 3, en los que recordemos se plantea un mantenimiento para el futuro de las actuales tasas de prevalencia, los resultados obtenidos en cuanto a la evolución de los costes públicos se reproducen en el gráfico 3.12.

Así pues, a la luz de estos resultados, los recursos totales que el sector público destina a la provisión de cuidados de larga duración deberían crecer a un ritmo anual que se situaría entre casi el 8%, si suponemos un escenario optimista en cuanto a la crisis del apoyo informal (escenario 1), y más del 9%, si finalmente dicha crisis fuera de mayor calado (escenario 3). Asimismo, en cuanto a la composición relativa de dichos incrementos, los mayores esfuerzos en términos relativos deberían producirse en la atención domiciliaria. Debido a ello, como también puede apreciarse en el gráfico, la cantidad de recursos destinados a financiar las plazas en centros de día podría crecer a

Gráfico 3.12

## COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PÚBLICOS: TASAS ANUALES ACUMULATIVAS. 1999-2026



Nota: SAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio. CD: Centros de día.

Fuente: Elaboración propia.

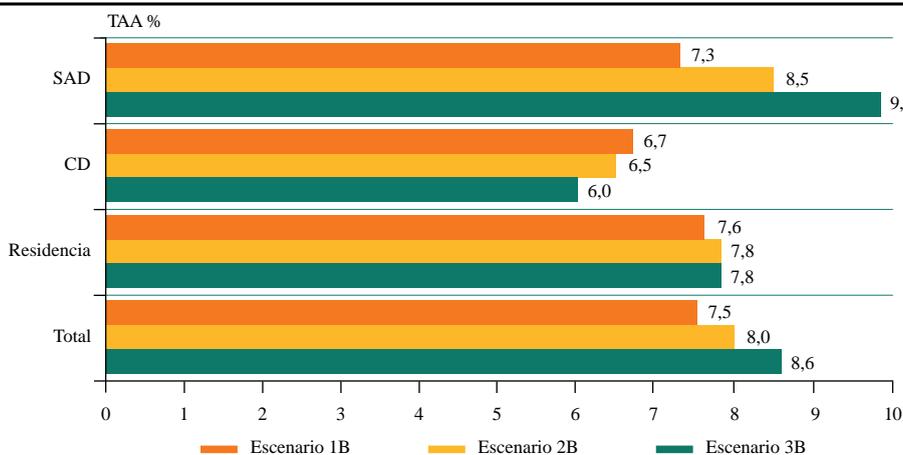
tasas más modestas. En cuanto al gasto residencial, y debido al importante peso en términos absolutos que supone y supondrá esta partida, éste evoluciona en los distintos escenarios de un modo prácticamente simétrico al que lo hacen los costes totales. Estos resultados, como pone de manifiesto el gráfico 3.13, se mantienen esencialmente inalterados cuando se consideran los escenarios más favorables epidemiológicamente (1B, 2B y 3B), siendo las diferencias con respecto a sus homónimos sólo ligeramente inferiores.

Si uno pretende hacerse una idea de cuán importantes resultan –en términos económicos– estas tasas de crecimiento, puede resultar útil comparárlas con la evolución registrada recientemente por alguna variable similar.<sup>(8)</sup> Así, si consideramos la partida de gasto social de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2001 (Banco de España, 2000), comprobamos que ésta experimenta un crecimiento del 7,3% en relación con el año anterior, siendo asimismo esa partida la más dinámica de cuantas componen el presupuesto. Sin embargo, como ponen de manifiesto los gráficos 3.12 y 3.13, en todos

(8) Idealmente, lo más apropiado sería tratar de compararlas con la evolución pasada del gasto público en CLD. Lamentablemente, como indicábamos anteriormente, la información disponible no permite realizar este ejercicio con la suficiente fiabilidad.

Gráfico 3.13

### COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PÚBLICOS, SI LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYERAN UN 1% ANUAL: TAA. 1999-2026



Nota: SAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio. CD: Centros de día.

Fuente: Elaboración propia.

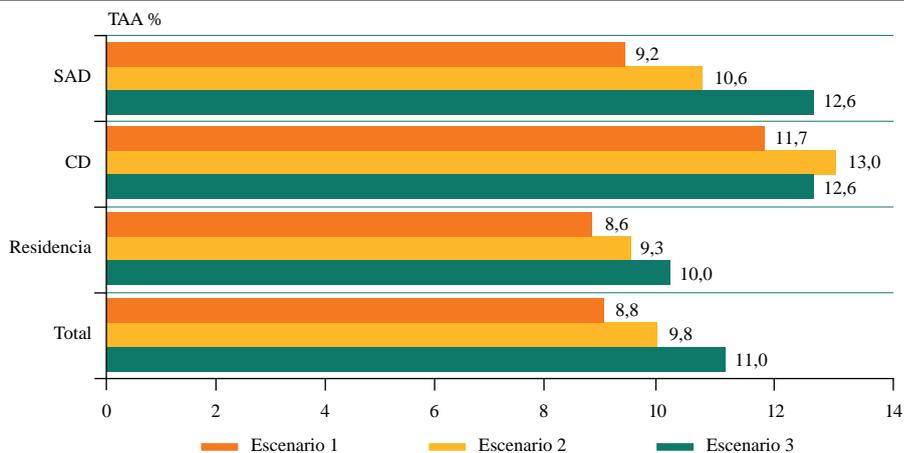
nuestros escenarios las tasas de crecimiento anual obtenidas superan dicha cifra. Además, hay que tener en cuenta que, a diferencia del incremento que se contempla en los Presupuestos, las tasas anuales que nosotros hemos calculado deberían mantenerse, año tras año, durante un período cercano a los treinta años. En suma, resulta poco probable que las necesidades de gasto que apuntan nuestros resultados puedan ser alcanzadas sin recurrir o a nuevas fórmulas de financiación, que se analizan en el siguiente capítulo, o a reasignaciones en los usos que actualmente se dan a los fondos públicos.

Aunque útiles para realizar una primera valoración del esfuerzo financiero que puede requerirse en el futuro, las anteriores tasas anuales acumulativas, al estar referidas a un período de tiempo muy largo, no nos permiten capturar cuál puede ser la evolución del gasto público en cuidados de larga duración a más corto plazo. Por ello, hemos recalculado dichas tasas para dos subperíodos de tiempo: el que va desde 1999 hasta 2015, y el comprendido entre los años 2016 y 2026. En cuanto a los escenarios epidemiológicamente desfavorables, éstos son los resultados obtenidos (gráficos 3.14 y 3.15).<sup>(9)</sup>

(9) En el caso de los escenarios epidemiológicamente favorables, los resultados se reproducen en los gráficos A.6 y A.7 del anexo.

Gráfico 3.14

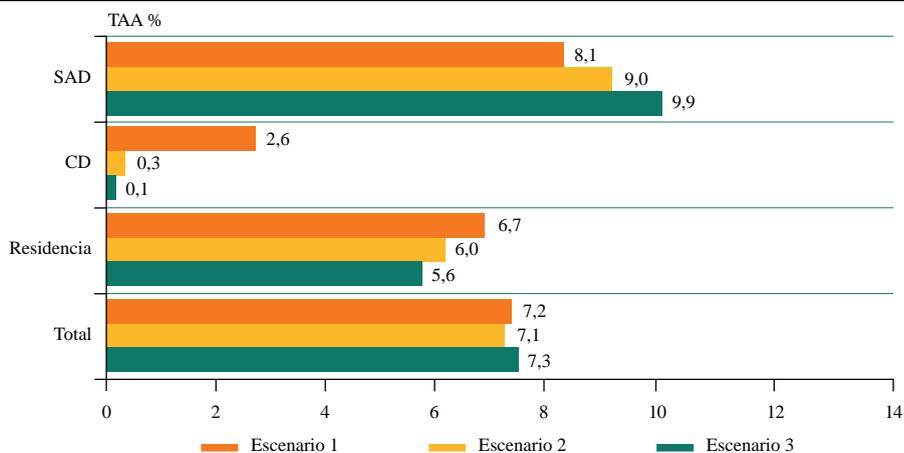
### COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PÚBLICOS: TASAS ANUALES ACUMULATIVAS. 1999-2015



Nota: SAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio. CD: Centros de día.  
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3.15

### COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PÚBLICOS: TASAS ANUALES ACUMULATIVAS. 2016-2026



Nota: SAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio. CD: Centros de día.  
Fuente: Elaboración propia.

Los gráficos 3.14 y 3.15 ponen de manifiesto un fenómeno que, en el fondo, ya se intuía cuando analizábamos la previsible evolución de los usuarios de los distintos servicios disponibles, y que no es otro que el relativo al «timing» con el que deberían producirse los incrementos de recursos que sugieren nuestros escenarios. Así, debido a la previsible desaceleración a partir del año 2015 del ritmo al que crecerán las cohortes poblacionales de mayor edad, el grueso del esfuerzo inversor por parte del sector público tendría que producirse en los próximos años.<sup>(10)</sup> Esta situación contrasta con lo que presumiblemente sucederá con las pensiones públicas, pues en ese caso las mayores tensiones comenzarán precisamente entonces, en el año 2015, cuando empiecen a llegar a la edad de jubilación las primeras generaciones del tardío «baby-boom» español (Herce *at al.*, 2000).

En resumen, cualquier análisis que pretenda valorar económicamente el impacto futuro del envejecimiento demográfico sobre los cuidados de larga duración, y el que hemos efectuado en este capítulo no constituye una excepción, se enfrenta a múltiples dificultades. La más importante, que va a estar presente independientemente de la metodología que se utilice, tiene que ver con la incertidumbre acerca de cuál puede ser la evolución futura de las variables que determinan cuánto se gasta una sociedad en proporcionar asistencia a las personas mayores dependientes. A este respecto, la única solución posible pasa por establecer hipótesis, y éstas, desafortunadamente, puede que no se cumplan.

No obstante, si uno establece únicamente aquellas hipótesis que le parecen más razonables y las combina entre sí, obtiene un conjunto de escenarios que, en principio, permiten reducir la incertidumbre inicial. En este sentido, por tanto, lo que hemos pretendido con nuestro modelo ha sido plantear distintos escenarios que, al menos, nos ofrecen un rango acotado sobre cuál puede ser en un futuro la cantidad de recursos necesarios para atender a nuestras personas mayores dependientes. Dejando a un lado las cifras concretas, lo más importante ahora es comprender qué factores van a contribuir a que acabemos situándonos en uno u otro extremo de ese rango.

(10) Aunque nos hemos centrado en el gasto público, lo cierto es que el esfuerzo por parte del sector privado también deberá ser importante, como se puede comprobar en los distintos gráficos que aparecen en el anexo (del A.8 al A.13).

Resulta evidente que el envejecimiento demográfico va a ser uno de esos factores. No obstante, como hemos tratado de capturar en nuestro modelo, además de la evolución del número de personas mayores, será crucial el grado de independencia funcional que exhiban esas personas. De hecho, como sugieren Jacobzone *et al.* (1999), la cuestión central es hasta qué punto las previsibles mejoras en la capacidad funcional de los ancianos lograrán compensar, total o parcialmente, el mayor número de personas mayores que el envejecimiento demográfico traerá consigo. En este sentido, nuestro modelo ha definido dos alternativas: una epidemiológicamente optimista, en la que las tasas de prevalencia se supone disminuyen sostenidamente; otra pesimista, en la que dichas tasas permanecerían constantes. Se descarta, de acuerdo con la evidencia disponible sobre el pasado, la posibilidad de que éstas crezcan en el futuro.

En cuanto a los factores de oferta, el más importante de todos ellos, a la vista de cuál es la situación de partida de nuestro sistema de cuidados de larga duración, es sin lugar a dudas el apoyo informal. A este respecto, hemos tratado de explicitar distintas sendas de evolución para esta fuente de cuidados, aunque todas ellas coinciden en suponer una disminución futura de la misma. En nuestra opinión, este hecho, lejos de ser un aspecto negativo, constituye un efecto más de las transformaciones que están viviendo las estructuras familiares y, más concretamente, del papel que en ellas desempeñan las mujeres. Así pues, ante esta nueva realidad, lo más probable es que observemos cómo en los próximos años las familias empiecen a demandar la expansión de los servicios formales, conscientes de que éstos son la única vía efectiva de lograr compaginar la actividad laboral y los cuidados requeridos por los ancianos.

Ante esta situación, los agentes que deberán dar respuesta a esta creciente demanda serán, lógicamente, el sector público y el privado. A este respecto, no obstante, las alternativas son muy variadas. En última instancia, como hemos tratado de recoger en el modelo, el que se acabe optando por una mayor o menor implicación en la provisión de cuidados de larga duración, constituye una decisión que compete a nuestros decisores políticos, en el caso de los servicios públicos, y a las empresas en el caso de los servicios privados. Y, de nuevo, el grado de incertidumbre sobre cuál será el signo de éstas decisiones resulta elevado. Por ello, en este sentido, nuestro modelo,

más que un artefacto que pretende adivinar el futuro, puede entenderse como un intento por ofrecer un método que nos ayude a calibrar el impacto económico de las distintas alternativas que se abren a nuestra sociedad para proporcionar cuidados de larga duración en el futuro.

De todos modos, aunque las posibilidades son varias, debe quedar claro que lo más probable es que en todos los casos sea necesario un esfuerzo financiero importante por parte de los sectores público y privado. De hecho, la magnitud de los incrementos del gasto que sugieren nuestros resultados, con ritmos de crecimiento anual especialmente intensos para los próximos quince años, obliga a no posponer por más tiempo un debate sereno acerca de cómo nuestro país puede conseguir los recursos necesarios para hacer frente a una demanda creciente de cuidados de larga duración. En el próximo apartado, discutimos algunas alternativas a este respecto.

## 7. La financiación futura de los cuidados de larga duración

En los próximos años, si nuestro anterior análisis sobre la dinámica de los cuidados de larga duración se revela acertado, asistiremos a cambios sustanciales en el modo en que las familias afrontarán la problemática asociada a la dependencia de uno de sus miembros. En concreto, debido fundamentalmente a la incorporación masiva de las futuras cohortes de mujeres al mercado laboral, habrá que pensar en mecanismos que permitan a este nuevo tipo de familias continuar ofreciendo cuidados informales, si así lo desean, sin que ello implique una reducción inasumible en el bienestar económico de la unidad familiar.

Hasta el momento, como ya hemos señalado anteriormente, la configuración de nuestro modelo de cuidados de larga duración ha estado caracterizada, en términos generales, por la asunción total por parte de los individuos dependientes y de sus familias de los sacrificios que comporta cubrir las necesidades asistenciales asociadas al hecho de ser dependiente. En el caso de las familias en las que estas necesidades han sido exclusivamente cubiertas mediante el apoyo informal, que recordemos son la mayoría, los sacrificios los han realizado aquellos individuos que han asumido el papel

de cuidador: generalmente mujeres inactivas que, consecuentemente, han visto reducido su tiempo de ocio y en no pocas ocasiones deteriorado su propio estado de salud. Por su parte, en el caso de aquellas familias que han optado por cubrir total o parcialmente las necesidades asistenciales de la persona dependiente a través de la contratación privada de servicios formales (atención domiciliaria, centros de día y residencias), los sacrificios han sido fundamentalmente de tipo económico. Finalmente, en el caso de los usuarios de los servicios públicos, que recordemos constituyen un colectivo caracterizado fundamentalmente por la falta de apoyo familiar, también los individuos han visto reducido su poder adquisitivo, pues la mayoría de servicios disponibles están sujetos a copagos de distinta intensidad.

Así las cosas, puesto que las nuevas dinámicas familiares y demográficas suponen una fuente de tensión evidente sobre el equilibrio futuro de nuestro actual modelo de cuidados de larga duración, no es extraño que también en España, al igual que en otros países de nuestro entorno, se haya empezado a debatir cómo afrontar el cuidado de las personas mayores dependientes en los próximos años. En las páginas que siguen, con el ánimo de contribuir a dicho debate, se analizan con cierto detalle algunas de las propuestas que han despertado un mayor interés: las ayudas a las familias, la incentivación fiscal de seguros privados de dependencia, y la creación de un seguro social de cuidados de larga duración.

## Ayudas a las familias

### **Desgravaciones fiscales**

Una de las novedades que ha traído consigo la promulgación de la Ley 40/1998, de reforma del IRPF, ha sido la relativa al tratamiento fiscal de las familias que se ocupan de proporcionar cuidados de larga duración a uno de sus miembros. Hasta el año 1998, mientras estuvo vigente el anterior modelo de IRPF (Ley 18/1991), los sujetos pasivos que tuvieran a un ascendiente viviendo en su propia casa, podían deducir de su cuota líquida hasta 80.000 pesetas siempre y cuando los ingresos de la persona cuidada no excedieran el Salario Mínimo Interprofesional (SMI), y ésta tuviera un grado de minusvalía reconocido superior al 33%. Este esquema, no obstante, se ha

visto modificado con el nuevo IRPF. Así, en vez de efectuarse sobre la cuota líquida, las nuevas deducciones operan sobre la base del impuesto. En concreto, si la persona mayor a cargo tiene unos ingresos inferiores al SMI, el sujeto pasivo podrá aumentar el mínimo familiar exento en una cuantía distinta según sea el grado de minusvalía reconocido: 300.000 pesetas si éste se sitúa entre el 33% y el 65%, y 600.000 si supera ese último porcentaje.<sup>(11)</sup>

Estas modificaciones, sin embargo, no suponen un cambio sustancial en la lógica que ya venía aplicando anteriormente la Administración para justificar la existencia de este tipo de desgravaciones. En efecto, tanto la anterior normativa como la actual, al establecer deducciones de escasa cuantía económica,<sup>(12)</sup> conciben este tipo de programa más como una vía para reconocer de algún modo el esfuerzo que realizan las familias, que como un intento por contribuir efectivamente a que éstas puedan recurrir a los servicios formales para complementar la ayuda que proporcionan. Por otro lado, en la medida en que estas deducciones sólo son aplicables si existe coresidencia y los ingresos de la persona a cargo no exceden un determinado umbral, se excluye a todas aquellas personas que no reúnen una de estas dos características. En suma, a menos que se modifique el actual nivel de las ayudas o éstas se inscriban en un marco más general, parece poco probable que estos gastos fiscales constituyan, por sí solos, un mecanismo lo suficientemente potente como para que podamos afrontar con éxito el reto futuro que plantean los cuidados de larga duración.

### **Cambios en la normativa laboral**

Como veíamos anteriormente, el principal cambio que se está produciendo en las familias españolas, o al menos el que puede tener un mayor impacto sobre el modo en que éstas responden a las necesidades asistenciales de las personas mayores, es el relativo a la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. En 1999, con la intención de adaptar la nor-

(11) Al operar sobre la base del impuesto, el ahorro fiscal que comportan las nuevas deducciones para las familias beneficiarias varía según sea el tipo impositivo medio del sujeto pasivo que realiza la declaración. Así, por ejemplo, si dicho tipo impositivo medio fuera del 20%, que es aproximadamente el que soportan la mayoría de familias, las deducciones anteriormente descritas reducirían la factura fiscal en unas 60.000 y 120.000 pesetas respectivamente. Unas cantidades que, por otro lado, no difieren sustancialmente de las que ya existían en el anterior IRPF.

(12) Véase la nota anterior.

mativa laboral a esta nueva situación, el gobierno promulgó una ley que trata de establecer algunos mecanismos que permitan a los trabajadores ocuparse de un familiar dependiente, al tiempo que siguen desarrollando su actividad profesional (Ley 39/1999). En concreto, la nueva normativa establece dos tipos de medidas: las reducciones de jornada y las excedencias. En el primer caso, si un trabajador se encarga de proporcionar cuidados de larga duración a un familiar que carece de medios económicos, aquél podrá solicitar una reducción de jornada de entre el 33% y el 50% que, no obstante, comportará una disminución salarial de igual proporción. Por su parte, en el caso de las excedencias, éstas podrán ser solicitadas durante un período no superior a un año y, durante ese tiempo, el trabajador no percibirá ingresos.

En nuestra opinión, comparado con el vacío legal preexistente, ambos tipos de medidas constituyen un avance positivo. Por un lado, amparan legalmente al trabajador que se ve en la tesitura de tener que cuidar a un familiar dependiente, pues se le reconoce el derecho de reclamar a la empresa que modifique transitoriamente las condiciones de su contrato y conseguir, de ese modo, poder simultanear una actividad laboral remunerada y su papel de cuidador. Por otro lado, al haber sido establecidos dos tipos de mecanismos diferentes, las reducciones de jornada y las excedencias, se ha reconocido oportunamente la distinta intensidad con que los cuidados de larga duración pueden necesitarse. No obstante, tanto las reducciones de jornada como las excedencias, en la medida en que van acompañadas de reducciones salariales, constituyen dos fórmulas en las que el riesgo de dependencia se sigue cubriendo íntegramente a través de los recursos económicos de la familia. Por ello, al igual que ocurriría con las desgravaciones fiscales, se trata de mecanismos que, aun reconociendo implícitamente la menor capacidad de la familia para proveer cuidados de larga duración en el futuro, no suponen un cambio sustancial de paradigma en cuanto al modo de asegurar el riesgo de dependencia.

### Seguros privados de dependencia: alcance y limitaciones

Desde una perspectiva teórica, en contraposición a los mecanismos anteriores, resulta evidente que el desarrollo de un mercado de seguros privados de dependencia permitiría introducir cambios sustanciales en el modo en que los individuos y las familias soportan los sacrificios que comporta el

hecho de ser dependiente. En concreto, puesto que no todos los suscriptores tendrían la mala fortuna de necesitar cuidados de larga duración, pero sí todos ellos habrían contribuido económicamente al seguro a través de las primas, cuando alguno de los individuos asegurados requiriera de esos servicios, los podría utilizar sin tener que satisfacer la totalidad de su coste. De ese modo, como en cualquier otro tipo de seguro, las pólizas de dependencia serían un instrumento que permitiría atenuar el impacto económico que supone para un individuo concreto el hecho de necesitar cuidados de larga duración, pues dicho impacto se habría repartido entre un elevado número de personas (él y todo el resto de suscriptores).

Hasta el momento, EE.UU. ha sido el país donde estas ideas se han llevado en mayor medida a la práctica. Así, en los últimos años, el número de individuos que voluntariamente han decidido contratar una póliza privada de dependencia no ha dejado de crecer: de los aproximadamente 200.000 suscriptores existentes en 1986, se pasó a un total de 4.000.000 diez años después (Scanlon, 1998). No obstante, pese a este notable crecimiento, lo cierto es que la importancia cuantitativa de este mercado es más bien modesta: únicamente un 1% del gasto total en cuidados de larga duración se cubre mediante seguros privados de dependencia. Asimismo, según distintas estimaciones, parece que sólo las personas de mayor nivel de renta han optado por suscribir este tipo de seguros. Por todo ello, tras casi veinte años de funcionamiento, el mercado de seguros privados de dependencia parece no haber dado todos los frutos que de él se esperaban. Este hecho, lógicamente, ha despertado el interés de los investigadores en los últimos años, que no han tardado en señalar cuáles pueden haber sido los factores que explicarían ese relativo fracaso.

## **Factores de oferta**

### **Selección adversa**

Por el lado de la oferta, quizás la dificultad más importante puede haber sido el conocido problema de la «selección adversa»: si se ofrece un seguro de dependencia, existe el riesgo de que sean precisamente aquellos individuos con una mayor probabilidad de convertirse en usuarios de los servicios, los que en mayor medida demanden este producto. No obstante, si esta «selección adversa» tiene lugar, las tasas de utilización de los beneficia-

rios de las pólizas excederán el nivel que aseguraba la rentabilidad del seguro y, por tanto, las compañías aseguradoras se verán obligadas a aumentar las primas. Este aumento de primas, por su parte, provocará que los suscriptores de menor riesgo abandonen el seguro, iniciándose así una espiral retroalimentada de mayores tasas de utilización y aumentos de primas. En general, para mitigar los efectos negativos de la selección adversa, que pueden producirse tanto en éste como en otros mercados de seguros voluntarios, las compañías aseguradoras tratan de desarrollar mecanismos que permitan detectar *ex ante* a los individuos con peores riesgos y excluirllos del seguro. Sin embargo, en el caso de los seguros de dependencia, resulta especialmente complicado establecer este tipo de filtros, pues el que un determinado sujeto acabe convirtiéndose en el futuro en un usuario costoso depende de múltiples factores sobre los que se dispone de poca información en el presente (estilos de vida, preferencias por el apoyo informal y disponibilidad del mismo, etc.).

Aunque limitada, existe cierta evidencia empírica de que en el mercado norteamericano de seguros privados de dependencia pueden haber existido problemas de selección adversa. En concreto, Sloan y Norton (1997), tras estimar un modelo econométrico que pretende analizar qué características de los individuos influyen sobre la probabilidad de que éstos suscriban una póliza de dependencia, concluyen que existe una clara asociación positiva entre las expectativas que los individuos tienen de acabar en una residencia y la compra de un seguro de este tipo. Asimismo, tanto la elevada cuantía de las primas (una media de 2.000 dólares anuales) como la edad media de los suscriptores (70 años), constituyen datos que nos inducen a pensar que, efectivamente, la selección adversa constituye un problema presente en el mercado americano de seguros privados de dependencia.

### **Abuso moral**

Al igual que la selección adversa, los problemas de «abuso moral» tienen su origen en el hecho de que las compañías aseguradoras tienen una capacidad limitada de obtener información sobre los individuos. En este caso, sin embargo, las dificultades no aparecen porque no se pueda prever el riesgo relativo de los potenciales beneficiarios, que es lo que provoca la selección adversa, sino porque existe incertidumbre acerca de cuál puede ser el comportamiento de los individuos por el hecho de estar asegurados. Por un lado,

en la medida en que las pólizas reducen el precio que los individuos pagan por los servicios formales que utilizan, las aseguradoras corren el riesgo de que los suscriptores utilicen dichos servicios por encima del nivel que garantizaba la rentabilidad del seguro. Por otro lado, reforzando el efecto anterior, puede que algunos de los suscriptores, ante la posibilidad que les brinda el seguro de adquirir servicios formales a bajo precio, se decidan a utilizar mucho menos apoyo informal del que observaban las aseguradoras se consumía cuando sacaron al mercado su seguro. En cualquier caso, puesto que resulta muy complicado predecir de antemano cuál puede ser la magnitud de los efectos descritos, las compañías tratan de protegerse de esos posibles problemas de abuso moral limitando la cobertura de las pólizas ofrecidas. A este respecto, según señala Cutler (1996), se utilizan dos tipos de mecanismos: por un lado, se establece un período durante el cual el coste del servicio utilizado corre a cargo del individuo<sup>(13)</sup> (franquicias) y, por otro lado, transcurrido ese período, lo que el seguro cubre es una cuantía fija del coste del servicio. No obstante, este tipo de restricciones, si bien tienden a mitigar los posibles efectos negativos del abuso moral, tienen el inconveniente de que reducen el atractivo de las pólizas, sobre todo para aquellos individuos de menor riesgo.

### **Costes administrativos**

En parte, las elevadas primas que exigen las compañías aseguradoras por la suscripción de una póliza de dependencia constituyen el reflejo, según señala Norton (2000), de que los costes administrativos de este tipo de seguros resultan especialmente elevados. En concreto, entre un 50% y un 60% de los costes totales de los seguros corresponden a partidas administrativas, siendo la más importante de todas ellas la relativa a gastos publicitarios. Este hecho viene motivado porque las pólizas colectivas a empresas han tenido una pobre acogida y, en consecuencia, las compañías de seguros se han visto obligadas a concentrar sus esfuerzos en la captación de suscriptores individuales, con los elevados gastos publicitarios que lógicamente esta alternativa comporta. Por su parte, como añade el propio Norton, el escaso interés de las empresas por este tipo de productos vendría motivado por el temor de éstas a que su suscripción generara obligaciones financieras inasumibles. En concreto, puesto que el período de tiempo que media entre la suscripción de

(13) De 90 a 100 días en el caso de los servicios domiciliarios, y de 20 a 30 en el caso de las residencias (Cutler, 1996).

la póliza y el inicio de las prestaciones resulta muy dilatado, es probable que los trabajadores exigieran que las cuantías futuras de esas prestaciones se fueran ajustando a la evolución en los precios de los servicios cubiertos.

### **Factores de demanda**

En cuanto al comportamiento de la demanda, un primer factor que suele apuntarse para explicar el modesto desarrollo de los seguros privados es el relativo a la escasa percepción que tienen los individuos, sobre todo los más jóvenes, de que efectivamente el riesgo de dependencia constituya una contingencia contra la que merezca la pena asegurarse. Por un lado, los sujetos acostumbran a conceder poco valor a un producto (la póliza) que les asegura contra un riesgo que no afecta a todo el mundo y, lo que es más importante, que se producirá dentro de muchos años. Por otro lado, en la medida en que tampoco existe información concluyente acerca de los principales factores de riesgo, las personas reaccionan con optimismo ante esa incertidumbre, y son pocas las que perciben la dependencia como un riesgo que les pueda afectar en el futuro.

Además de lo anterior, el lento desarrollo de los seguros privados de dependencia vendría motivado por el hecho de que muchas personas consideran, erróneamente, que los seguros sanitarios que ya poseen, públicos y privados,<sup>(14)</sup> les cubren contra los gastos que pueda ocasionarles el tener que utilizar los distintos servicios destinados a individuos dependientes (residencias, atención domiciliaria...). Obviamente, esas personas, si creen estar cubiertas contra el riesgo de dependencia, no perciben la necesidad de complementar su actual nivel de cobertura adquiriendo un seguro privado de dependencia.<sup>(15)</sup>

(14) En EE.UU., existe un seguro público universal, llamado «Medicare», que cubre la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos mayores de 65 años. Asimismo, con carácter voluntario, los individuos contratan a lo largo de su vida seguros privados sanitarios que cubren una parte del coste de la asistencia médica que puedan necesitar. En el caso de las personas menores de 65 años, si carecen de los recursos económicos necesarios para contratar un seguro privado, la Administración dispone de otro programa, denominado «Medicaid», que proporciona cierta cobertura. No obstante, ni Medicare ni tampoco los seguros sanitarios tradicionales cubren los gastos derivados de la utilización de los servicios formales destinados a personas dependientes. Este tipo de gastos, sólo son cubiertos a través de Medicaid, aunque para que esto ocurra es preciso que previamente el individuo dependiente demuestre que carece de los recursos económicos necesarios (ingresos, propiedades...) para poder adquirir en el mercado la asistencia que requiere (generalmente, una plaza en una residencia).

(15) En 1993, según señalan Wiener *et al.* (1994), nada menos que el 51% de la población adulta norteamericana desconocía que Medicare no cubriera los gastos originados por la utilización de servicios formales destinados a personas mayores dependientes.

Finalmente, un tercer factor de demanda que habría contribuido al escaso desarrollo de los seguros privados de dependencia, sería el relativo al escaso valor que para los individuos habría tenido un producto que, como hemos mencionado, exige cuantiosas primas y limita notablemente el grado de cobertura ofrecido. Así, como reflejo indirecto de esta situación, se ha estimado que únicamente entre un 10% y un 20% de la población mayor tendría los suficientes recursos como para estar dispuesto a adquirir alguna de las pólizas privadas de dependencia que actualmente se ofrecen en el mercado norteamericano (Scanlon, 1998).

En suma, la principal enseñanza que cabe extraer de la experiencia norteamericana es que la creación de un mercado de seguros privados de dependencia constituye una alternativa que, por sí sola, arroja unos resultados modestos. Por ello, volviendo al caso español, si finalmente el Ministerio de Economía se decidiera a estimular fiscalmente un mercado privado de seguros de dependencia, pero se dejara que fueran los individuos los que voluntariamente decidieran contratar las pólizas, lo más probable es que dicho mercado tardase años en desarrollarse y, lo que es más importante, que los resultados que finalmente se obtuvieran resultaran insuficientes. En concreto, al igual que ha ocurrido en EE.UU., todo apunta a que sólo un pequeño porcentaje de individuos se decidiría a adquirir una póliza de dependencia privada. Es más, puesto que previsiblemente dichos individuos pertenecerían a los segmentos de población con mayor capacidad económica, ¿tendría algún sentido subvencionar fiscalmente los gastos realizados por dicho colectivo?

En definitiva, si de lo que se trata es de lograr que todas las familias estén aseguradas contra el riesgo que supone tener que financiar la asistencia que necesita un individuo cuando tiene problemas de dependencia, parece que la creación de un mercado de seguros voluntarios no constituye la alternativa adecuada.

### Creación de un seguro social de dependencia

Merece la pena empezar esta sección definiendo con precisión qué se entiende por seguro social de dependencia en las páginas que siguen. Así, para que un determinado esquema de financiación de cuidados de larga

duración pudiera llevar el marchamo de seguro social de dependencia, deberían darse dos condiciones básicas: por un lado, todas las personas dependientes podrían disfrutar, llegado el momento, de los beneficios que el esquema hubiera establecido previamente y, por otro lado, todos los ciudadanos estarían obligados a contribuir a la financiación del mismo. Estas dos características, como se explica a continuación, permitirían a nuestro país afrontar el reto de la atención a las personas mayores dependientes de una forma más efectiva que mediante el actual modelo de cuidados de larga duración.

En esencia, al igual que ocurre con la asistencia sanitaria, el principal motivo que cabe esgrimir para justificar la existencia de un seguro de carácter universal en materia de cuidados de larga duración tiene un sustrato moral: la sociedad, considerando que nadie debería quedar excluido de la posibilidad de recibir asistencia caso de ser dependiente, decide instrumentar un mecanismo que permita a todo el mundo acceder a la modalidad de ayuda que resulte más adecuada en cada caso. Por ello, el único criterio que utilizaría la Administración para establecer quiénes tienen derecho a los beneficios del seguro sería el grado de dependencia de los individuos (ni el nivel de ingresos, ni la situación familiar serían tomados en consideración). De ese modo, en contraposición a la actual situación, un seguro universal permitiría a los individuos dependientes, y por ende también a sus familias, no tener que asumir la totalidad de los sacrificios que comporta cubrir las necesidades asistenciales asociadas al hecho de ser dependiente.

Por su parte, la obligatoriedad del esquema, que constituiría el otro rasgo diferencial de un seguro social de dependencia, se justificaría en la medida en que permitiría explotar las ventajas de un enfoque asegurador, básicamente la posibilidad de distribuir entre muchas personas la financiación de los efectos negativos que comporta el riesgo de dependencia, evitando los problemas de selección adversa que veíamos aparecer en un mercado de seguros privados voluntarios.

No obstante, como demuestra la experiencia internacional, implementar un seguro que reúna estas dos características admite múltiples posibilidades. Así pues, para ayudar a clarificar el actual debate sobre el tipo de seguro social por el que España debería optar, ofrecemos en lo que sigue una breve

discusión sobre algunas de las posibles respuestas que cabe ofrecer a las dos cuestiones que nos parecen más importantes en este sentido: ¿Cuáles deberían ser los beneficios incluidos?; ¿Cómo tendría que financiarse el sistema?

### **¿Cuáles deberían ser los beneficios incluidos?**

A este respecto, existen básicamente dos posibles vías de actuación: adoptar un enfoque «en especie» o «en metálico». En el primer caso, que es la alternativa que se ha seguido en Japón y en los países escandinavos, a lo que da derecho el seguro social es a convertirse en «potencial» usuario de alguno de los servicios existentes (atención domiciliaria, residencias, centros de día...), pues la decisión acerca de cuál es finalmente el servicio al que se tiene acceso está en manos de un profesional, denominado «care manager», que utiliza como criterio asignativo sus propias valoraciones sobre las necesidades relativas de los distintos individuos. En el segundo caso, que es la opción que se ha seguido en Alemania, el beneficiario recibe una transferencia en metálico («cheque»), cuya cuantía varía según sea el grado de dependencia, y que habrá de ser utilizada para pagar el coste del servicio que el individuo escoja o, si así lo prefiere, para «remunerar» a un cuidador informal.

En nuestra opinión, existen varias razones para pensar que un sistema de cheques resultaría una alternativa preferible:

- Aunque se opte por un seguro universal de dependencia, es evidente que no se va a poder satisfacer completamente la demanda de utilización de servicios formales que todos y cada uno de los individuos dependientes desearía realizar. Así, sea cual sea la cantidad y la calidad de los servicios ofrecidos, siempre habrá individuos que desearían consumir más y/o mejores servicios. No obstante, puesto que inexorablemente la cuantía de los fondos de que dispondrá el seguro estará limitada, habrá que decidir en qué grado las potenciales demandas de los beneficiarios son satisfechas. A este respecto, aun siendo la sociedad la que en última instancia debería decidir, creemos que el enfoque que resultaría más coherente con la idea de establecer un seguro social, consistiría en definir un paquete básico de prestaciones. Es decir, se trataría de establecer explícitamente cuáles son los límites que separan lo incluido en el seguro y lo excluido del mismo. Así, por poner sólo un ejemplo referido al caso de las plazas residenciales, se podría descartar la inclusión de todos aquellos complementos que no estuvieran directamente

relacionados con los cuidados que precisan las personas dependientes. En un sentido más amplio, por tanto, la justificación para este tipo de exclusiones se derivaría del reconocimiento de que lo que el seguro pretende garantizar a todo el mundo es la posibilidad de seguir realizando una serie de actividades fundamentales (las actividades de la vida diaria), pero no la consecución de unas condiciones de vida más «confortables», menos solitarias, etc.

En este sentido, comparado con las transferencias en especie, creemos que los «cheques» constituirían un mecanismo que permitiría abordar de un modo más satisfactorio la necesaria delimitación de prestaciones por la que acabamos de abogar, por un motivo básicamente instrumental: en el caso de los cheques, la decisión acerca de la cantidad y calidad de los servicios cubiertos, únicamente exige a los responsables de la gestión del seguro determinar cuál debe ser la cuantía de los cheques; por el contrario, en el caso de las transferencias en especie, para delimitar dichas cantidades y calidades, es necesario establecer mecanismos de control que garanticen una respuesta uniforme por parte de los proveedores de los servicios. Y estos mecanismos, en principio, resultarán más costosos y difíciles de implementar que un sistema de cheques, donde lo único que hay que definir son las cuantías de los mismos.

- Además de lo anterior, otro de los factores que habrá que tener en cuenta a la hora de diseñar un seguro social de dependencia, independientemente de que se opte por un sistema de cheques o de transferencias en especie, es el relativo a la composición del dispositivo asistencial: esto es, puesto que existen distintos tipos de servicios (atención domiciliaria, centros de día, residencias...), una cuestión importante será la de determinar cuáles deben ser los ritmos de expansión de cada uno de ellos. En principio, desde una perspectiva teórica, lo ideal sería que las dos variables que intervinieran en dicha determinación fueran las necesidades de los individuos y los costes relativos de los distintos servicios.

A este respecto, cuando se opta por un esquema de transferencias en especie, los encargados de emitir señales a los proveedores sobre cuáles son los servicios que más conviene expandir provienen de los «care managers», que recordemos son equipos de profesionales que se ocupan de decidir cuál

es el servicio idóneo para cada individuo. Pero para que este mecanismo produzca un resultado adecuado, y la oferta de servicios evolucione de acuerdo a las necesidades de los individuos, los «care managers» deberán ser capaces, por un lado, de valorar con exactitud esas necesidades y, por otro, de evitar que acaben siendo los proveedores de servicios los que impongan la composición relativa de la oferta de acuerdo a sus propios intereses. Sin embargo, ambos objetivos son difíciles de alcanzar o, como mínimo, son más difíciles de conseguir que mediante un esquema de cheques: por un lado, en la medida en que con los cheques son los propios individuos los que deciden directamente cuál es el servicio que más les conviene, cabe esperar que sus demandas expresen adecuadamente sus necesidades; por otro lado, al ser muy elevado el número de agentes compradores (todos los beneficiarios), es poco probable que los proveedores de servicios traten de desarrollar una oferta de servicios ajena a las señales emitidas por los demandantes.

- Si se optara por un seguro social de dependencia, otro de los objetivos que debería perseguirse sería el de conseguir que los fondos de que se dispusiera sirvieran para maximizar la calidad de la asistencia (básica) proporcionada a los beneficiarios. Obviamente, para alcanzar ese objetivo, sería necesario que el mecanismo que se instrumentara para remunerar a los proveedores de servicios, tuviera la virtud de estimular comportamientos eficientes por su parte. En el caso de los cheques, existen dos razones por las que cabe pensar que ese «virtuosismo» puede lograrse fácilmente. Por un lado, al ser la cuantía de los cheques fija, los distintos proveedores están interesados en minimizar los costes de dispensación del servicio, pues actuando de ese modo logran aumentar sus beneficios. Por otro lado, puesto que los beneficiarios pueden elegir libremente el proveedor al que acuden, y cambiar de uno a otro si la calidad del servicio no es la adecuada, el sistema de cheques garantiza que la (deseada) minimización de costes por parte de los proveedores no se produzca mediante una (indeseada) reducción de la calidad ofrecida.<sup>(16)</sup> Por su parte, cuando se opta por un sistema de transferencias en especie, resulta

(16) En el caso de servicios destinados a personas dependientes, a diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, con los servicios sanitarios, la calidad de la asistencia es una variable sobre la que los usuarios pueden pronunciarse fácilmente. Y es este hecho, precisamente, una de las principales razones por las que en el caso de los CLD, un sistema de cheques constituye un mecanismo que puede ayudar a estimular un comportamiento eficiente por parte de los proveedores de servicios.

necesario el establecimiento de contratos entre el seguro y los proveedores acerca del modo en que éstos serán remunerados por los servicios prestados. No obstante, si se pretende estimular un comportamiento realmente eficiente por parte de los proveedores, esos contratos deberán ir acompañados de mecanismos que permitan monitorizar la calidad de los servicios ofrecidos por todos y cada uno de los distintos agentes. Y tanto los contratos como los mecanismos de control, a diferencia de lo que ocurre con los cheques, pueden comportar importantes costes administrativos.

- Una última ventaja de los cheques es que permiten tratar el apoyo informal y los servicios formales de un modo integrado. En efecto, si se opta como en Alemania por un enfoque en el que se permite a los individuos decidir sobre qué combinación entre servicios formales y ayuda familiar prefieren, los cheques constituyen un mecanismo que proporciona apoyo económico a las familias que desean consumir servicios formales, sin que ello suponga penalizar a aquellas otras que deciden seguir proporcionando ellas mismas (total o parcialmente) los cuidados requeridos por uno de sus miembros. De ese modo, el seguro, al utilizar un mismo mecanismo (los cheques) para tratar a uno y otro tipo de familias, ofrece una respuesta comprehensiva, transparente, y bien adaptada a las necesidades y preferencias de los distintos sujetos.

### **¿Cómo se financia el seguro social?**

Además de los aspectos anteriores, relativos al modo en que se hacen efectivas las prestaciones cubiertas por el seguro, otra cuestión igualmente importante es cómo van a conseguirse los recursos económicos necesarios para financiar esas prestaciones. De nuevo, a este respecto, la experiencia internacional señala la existencia de varias aproximaciones posibles.

En primer lugar, en el caso de los países escandinavos, la financiación de las prestaciones cubiertas por el seguro, que recordemos se vehiculan mediante transferencias en especie, tiene una doble procedencia. Por un lado, cuando un individuo se convierte en usuario de alguno de los disponibles, está obligado a pagar de su propio bolsillo un porcentaje del coste del servicio utilizado. Un porcentaje que, no obstante, varía con el nivel de ingresos del usuario. Por otro lado, la Administración destina una parte de

sus ingresos generales, que proceden de la recaudación generada por el conjunto de impuestos que pagan todos los ciudadanos (sean o no usuarios), a cubrir la diferencia que obviamente existe entre el coste total de los servicios utilizados y la cuantía total de las aportaciones realizadas por los usuarios de los mismos.

Una segunda aproximación posible es la utilizada por Japón. En ese país, aunque existen copagos como en el caso anterior, éstos no dependen del nivel de ingresos de los individuos, pues todo el mundo paga la misma cantidad de dinero por utilizar cada uno los distintos servicios cubiertos (un 10% de su coste). Asimismo, al igual que en los países Escandinavos, el resto de los costes los cubre la Administración, pero en este caso utilizando (a partes iguales) los ingresos procedentes de dos fuentes distintas: los impuestos generales y las contribuciones a la seguridad social. En este último caso, no obstante, sólo contribuyen aquellos trabajadores en activo de más de 40 años, a los que se aplica un porcentaje de cotización del 0,9% sobre el salario, y los pensionistas, a los que se deduce de la pensión ese mismo porcentaje.

Además de los dos enfoques anteriores, existe una última alternativa posible, la seguida en Alemania. En ese país, no existen copagos de ningún tipo y, por ese motivo, todos los fondos de que dispone el seguro proceden de las contribuciones que están obligados a realizar tanto los trabajadores en activo como los pensionistas. En el caso de los primeros, las cotizaciones representan un 1,7% de los ingresos salariales mensuales, porcentaje que satisfacen a partes iguales trabajadores y empresarios. Por su parte, también los pensionistas están obligados a destinar el mismo porcentaje que los trabajadores, aunque en este caso de su pensión, a la financiación del seguro social de dependencia.

Así pues, desde una perspectiva general, parece que la existencia o no de copagos constituye la principal diferencia que separa a los tres enfoques que acabamos de plantear. Este hecho, no obstante, remite a una cuestión más general: en el caso de un seguro social de dependencia, ¿qué implicaciones tiene la existencia de copagos sobre el modo en que dicho seguro ofrece cobertura frente al riesgo de dependencia? A este respecto, destacaríamos las siguientes:

En primer lugar, si existen copagos, éstos suponen el reconocimiento de que a la hora de decidir cómo se reparten los costes que entraña la existencia del seguro, el beneficio que de éste extraen los individuos debe ser tenido parcialmente en cuenta. En concreto, puesto que los copagos únicamente los soportan las personas que utilizan los servicios, su existencia implica que los costes del seguro se distribuyen asimétricamente: en términos relativos, las aportaciones del colectivo de usuarios son mayores que las realizadas por el resto de la población. Este planteamiento, sin embargo, no tiene por qué considerarse erróneo; de hecho, a juzgar por cómo se financian actualmente los servicios sociales en España, parece que nuestra sociedad no rechaza abiertamente que el principio del beneficio deba jugar algún papel. Es más, si al igual que en los países escandinavos se optara por modular los copagos de acuerdo a los niveles de renta, no está nada claro que este enfoque generara un reparto de los costes menos equitativo que el que se derivaría de un esquema de aseguramiento en el que los fondos del seguro provinieran exclusivamente de aportaciones realizadas por todos los ciudadanos. En última instancia, y este es el punto importante, el resultado final dependería de cómo se instrumentara en la práctica uno y otro enfoque.

Una segunda implicación que se deriva de la existencia de copagos, directamente relacionada con lo anterior, es que se trata de un mecanismo de financiación en el que abiertamente se reconoce la necesidad de distribuir la carga de las aportaciones teniendo en cuenta cierta dimensión generacional. Así, puesto que los usuarios de los servicios serán individuos que pertenecerán a las cohortes de mayor edad, si se opta por la introducción de copagos, resulta evidente que la contribución que habrán de realizar las generaciones más jóvenes a la financiación del seguro podrá ser menor. Por ello, en la medida en que la pobreza no constituye un fenómeno exclusivo de las personas mayores y puesto que en cualquier caso los copagos podrían modularse por renta, no puede descartarse a priori que un mecanismo de estas características no constituya, dados sus potenciales efectos positivos sobre la distribución intergeneracional de los costes del seguro, un enfoque preferible a sus alternativas.

En cualquier caso, por todo lo anterior, si nuestro país se decidiera finalmente a desarrollar un seguro social de dependencia, sería muy positivo

tratar de analizar, de un modo sosegado, las posibilidades que brindan los copagos, pues no dejan de ser una más de las distintas fuentes de ingresos que pueden utilizarse para financiar el paquete de prestaciones ofrecidas por el seguro. En este sentido, aunque Alemania no haya decidido transitar por esta vía, hay que añadir que un sistema de prestaciones en metálico (cheques), cuyas ventajas señalábamos en el apartado anterior, resulta perfectamente compatible con la introducción de copagos por el lado de la financiación: sencillamente, las cuantías de los cheques no vendrían sólo determinadas por el grado de dependencia de los beneficiarios, sino que también serían distintas atendiendo a los niveles de renta de cada uno de ellos.

No obstante, aunque los copagos pueden ser una de las fuentes de financiación del seguro, resulta obvio que no pueden ser la única porque, de ser así, aquel dejaría de cumplir su función «aseguradora». Así pues, si nuestro país opta por crear un seguro social de dependencia, también tendrá que decidir cuáles van a ser las fuentes de recursos, además de los posibles copagos, que van a utilizarse para financiar las prestaciones ofrecidas. A este respecto, un posible curso de acción sería el siguiente:

1) Eliminar las actuales deducciones del IRPF por persona mayor a cargo, y destinar el «exceso» de recaudación que ello generaría a nutrir de fondos el nuevo seguro social de dependencia. El porqué de esta medida resulta fácil de entender: la creación del seguro social, en la medida en que ofrecería cobertura universal frente al riesgo de dependencia, haría innecesaria la continuidad de las actuales desgravaciones fiscales.

2) Aumentar ligeramente las cotizaciones sociales y reducir la cuantía de las actuales pensiones, destinando los recursos obtenidos mediante ambos procedimientos a financiar el seguro social de dependencia. En cuanto al aumento de las cotizaciones, para evitar los posibles efectos negativos sobre la competitividad del país que la medida pudiera generar, ésta podría ir acompañada de una reducción pactada del número de días festivos. En el caso de las pensiones, con la intención de mitigar indeseados efectos sobre la equidad, podría optarse por excluir de la reducción a las no contributivas.

3) Aumentar los tipos de gravamen del impuesto de sucesiones y donaciones. En este caso, un posible argumento que permitiría justificar esta

medida sería el siguiente. Está claro que un seguro social de dependencia puede ser interpretado como un mecanismo que proporciona seguridad a las personas mayores: así, ante el riesgo que supone la posibilidad de ser dependiente, la creación de un seguro social ofrece a las personas mayores la garantía de que verán cubiertas sus necesidades asistenciales si, por desgracia, ese riesgo acaba materializándose. Por ello, en contrapartida a estos beneficios potenciales, parece razonable exigir a las personas mayores algún tipo de contribución por su parte (independientemente de que acaben o no beneficiándose de las prestaciones del seguro). En este sentido, el impuesto de sucesiones y donaciones supone un interesante mecanismo contributivo: en vez de realizar las aportaciones requeridas en vida, éstas podrían diferirse en el tiempo y ser satisfechas por los herederos. El principal atractivo de este «aplazamiento» es que las aportaciones podrían provenir del activo más importante que poseen las personas mayores, sus viviendas, cuyo valor económico no puede materializarse en vida por la sencilla razón de que está siendo utilizado con otro propósito (proporcionar alojamiento). Por otro lado, cuando se considera la perspectiva de los herederos, resulta evidente que la existencia del seguro también les proporciona beneficios: en concreto, puesto que los descendientes de las personas mayores son los que están llamados en muchas ocasiones a ofrecer una respuesta cuando los problemas de dependencia aparecen, los servicios formales cubiertos por el seguro permiten a estos descendientes atenuar los costes en los que deberían incurrir de no existir esa cobertura.

# Conclusiones

## El envejecimiento no es un problema

La dependencia de las personas mayores no es una catástrofe ni un problema nuevo, sino un resultado asociado a un hecho en principio valioso en sí mismo: la longevidad de la población. Ciertamente sería deseable alcanzar una más alta esperanza de vida libre de incapacidades, con buena salud y calidad de vida exenta de dependencias. Pero ello no siempre es posible, aunque conviene remarcar que los cuidados de larga duración no tienen por qué asociarse de modo inequívoco a nivel individual con la supervivencia. Por lo demás, como se ha revelado en el estudio anterior del análisis sobre la situación de los cuidados de dependencia en España, éstos no suponen un fenómeno nuevo. Ya hoy algo más del 30% de las personas mayores de 65 años están recibiendo algún tipo de ayuda en nuestro país para poder llevar a cabo diversas actividades cotidianas. Asimismo, la inmensa mayoría de estas personas, casi un 94%, sigue viviendo en la comunidad, ya sea en su propia casa o en casa de otras personas, mientras el 6% restante ha sido ingresado en alguna residencia pública (2,5%) o privada (3,5%).

En realidad pues, el envejecimiento no es un problema sino un reto para la reorientación de la política social ante nuevas necesidades, lo que choca a menudo con intereses corporativos y un *statu quo* que, sobre todo en los casos en que los servicios se financian públicamente, muestra escasa flexibilidad al cambio.

## El balance entre responsabilidad individual y social ante la necesidad de cuidados de larga duración

El envejecimiento plantea pues nuevos retos a la política social ante unas necesidades emergentes, lo cual sí puede suponer un problema a la vista de cómo nuestra sociedad sea capaz de afrontar las respuestas requeridas respetando el binomio básico entre responsabilidad individual y responsabilidad social en los autocuidados personales. Hoy en día, el grueso de la asistencia que reciben las personas mayores dependientes que no han sido institucionalizadas, al igual que ha sucedido tradicionalmente, la siguen proporcionando cuidadores informales: así, en un 83% de los casos, la familia constituye la única fuente de ayuda utilizada. Además de la familia, existen otros dos agentes que intervienen en la provisión domiciliaria de cuidados de larga duración, aunque su importancia relativa es mucho menor. Por un lado, en el caso de aquellas personas que carecen de apoyo familiar y de los suficientes medios económicos para adquirir privadamente la asistencia requerida, la Administración trata de cubrir sus necesidades mediante los denominados servicios de ayuda a domicilio. El número de usuarios de estos servicios financiados públicamente, no obstante, apenas representa el 5% de todas las personas dependientes no institucionalizadas. Por otro lado, cuando los recursos económicos de la familia lo permiten, algunas personas mayores dependientes (un 12% del total) optan por contratar privadamente los servicios domiciliarios que puedan necesitar. En la combinación adecuada de provisión aseguradora individual y colectiva y de autocuidado individual o social, bajo formas informales o formales, institucionalizadas o no, se encuentra el núcleo relevante de discusión sobre los contenidos de la política social ante los retos y oportunidades que plantea el envejecimiento.

Sin embargo, el equilibrio de este sistema de cuidados de larga duración, basado fundamentalmente en la notable capacidad de la familia para procurar el grueso de esos cuidados, puede verse sustancialmente alterado en el futuro como consecuencia de dos importantes fenómenos: el aumento del envejecimiento demográfico y los cambios en las estructuras familiares.

## Nivel de envejecimiento y grado de dependencia no son simétricos: educación y renta, entre otros factores, influyen

El envejecimiento de la población constituye ya una realidad en nuestro país y, como ponen de manifiesto todas las proyecciones demográficas, se trata de un proceso que sin duda se va a acentuar en los próximos años. No obstante, este hecho no tiene por qué suponer necesariamente un aumento simétrico del número de personas mayores dependientes, pues la edad de los individuos no es el único factor que determina la aparición de problemas de dependencia. Así, además de la edad, el análisis del estudio precedente ha confirmado que, todo lo demás constante, también el estado de salud y el nivel educativo, se encuentran entre las variables que ejercen una influencia importante sobre cuáles son las personas mayores que acaban viendo limitada su capacidad funcional. De hecho, en un sentido más amplio, lo que confirman estos resultados es que las trayectorias vitales de las personas (su alimentación, las condiciones laborales...), influyen decisivamente sobre la probabilidad que éstas tienen de que, una vez llegados a viejos, se encuentren entre los desafortunados que han perdido su autonomía funcional. Por ello, en la medida en que las condiciones de vida previas a la vejez de las nuevas cohortes de ancianos sean mejores que las de sus predecesores, el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia puede ser menor que el actual. De hecho, según los cálculos realizados en esta monografía y a la espera de nuevas investigaciones, ese parece haber sido el caso en nuestro país en los últimos años. Un resultado que, por otro lado, resulta coincidente con los obtenidos en otros estudios realizados fuera de nuestras fronteras.

No obstante, aun suponiendo que las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia puedan ser menores que las actuales, nuestras previsiones indican que el número total de personas mayores dependientes aumentará, pues dichas reducciones en las tasas de dependencia no serán lo suficientemente grandes como para poder compensar el efecto provocado por el aumento proyectado en el número total de personas mayores de 65 años. Así, en el caso de que las tasas de prevalencia disminuyeran a un ritmo del 1% anual, frente a los aproximadamente 2 millones de ancianos depen-

dientes no institucionalizados que hay hoy en día en nuestro país, pasaríamos a una cifra cercana a los dos millones doscientos mil dependientes dentro de 25 años. Obviamente, si las tasas de prevalencia no experimentaran ese comportamiento favorable y siguieran registrando los mismos valores que hasta ahora, la situación se complicaría notablemente: en el año 2026, cerca de 3 millones de personas mayores tendría problemas de dependencia. Con una varianza de entre un 10 y un 50% comprobamos que las nuevas circunstancias pueden todavía generar más de una sorpresa.

## La (in)viabilidad futura del actual modelo familiar de cuidados

Por otro lado, además del envejecimiento demográfico, también las transformaciones que se están produciendo en las estructuras familiares constituyen un factor que introduce incertidumbre sobre la viabilidad futura de nuestro actual modelo de cuidados de larga duración. En este sentido, el principal cambio que se avecina es el relativo a la situación laboral de las futuras cohortes de mujeres de mediana edad. Así, a diferencia de las actuales mujeres cuidadoras, que en su mayoría abandonaron el mercado de trabajo al contraer matrimonio, las nuevas generaciones de mujeres han protagonizado una auténtica transición laboral: 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. Este cambio de comportamiento, cuyo origen hay que buscarlo en los mayores niveles educativos de las nuevas generaciones de mujeres, ha comportado la generalización de un nuevo modelo de familia, más reducido, en el que resultan fundamentales las aportaciones económicas de ambos miembros de la pareja. Por todo ello, cuando en los próximos años estas familias se vean obligadas a atender las necesidades asistenciales de algún ascendiente dependiente, es poco probable que sus miembros femeninos puedan ofrecer una respuesta tan intensa como la que actualmente ofrecen las mujeres de mediana edad, por la sencilla razón de que las tasas femeninas de actividad del futuro serán previsiblemente muy superiores a las actuales: así, mientras hoy en día la tasa media de actividad de las mujeres de entre 40 y 64 años apenas alcanza el 40%, para el año 2025 las previsiones apuntan una cifra cercana al 72%. Así pues, ante esta nueva realidad, lo

más probable es que observemos cómo en los próximos años las familias empiecen a demandar la expansión de los servicios formales, conscientes de que éstos son la única vía efectiva de lograr compaginar la actividad laboral y los cuidados requeridos por los ancianos.

## Primeras respuestas tentativas

Recientemente, como respuesta ante estos cambios en las estructuras familiares que ya se están produciendo, el gobierno ha emprendido dos iniciativas al respecto: por un lado, se ha promulgado la Ley 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras; por otro lado, el nuevo IRPF ha introducido ciertas modificaciones en cuanto a las desgravaciones fiscales que pueden aplicarse los sujetos pasivos que tengan familiares dependientes a su cargo.

En el caso de la Ley 39/1999, como respuesta a la generalización de un nuevo modelo de familia en el que ambos miembros de la pareja trabajan, se ha optado por establecer mecanismos legales (reducciones de jornada y excedencias) que permiten a los trabajadores que se ocupan de un familiar dependiente seguir vinculados a su empresa mientras duran sus labores de cuidador. No obstante, tanto las reducciones de jornada como las excedencias, en la medida en que van acompañadas de reducciones salariales, constituyen dos fórmulas en las que el riesgo de dependencia se sigue cubriendo íntegramente a través de los recursos económicos de la familia. Por su parte, en el caso del nuevo IRPF, que ofrece la posibilidad de aumentar el mínimo exento entre 300.000 y 600.000 pesetas a aquellas familias que cuiden de una persona mayor dependiente, aparecen dos limitaciones que conviene señalar. Por un lado, puesto que la medida únicamente es aplicable si la persona mayor dependiente convive con la unidad familiar que tributa, quedan excluidas todas aquellas familias en las que los cuidados informales se realizan sin que exista co-residencia. Por otro lado, la cuantía de las ayudas, al estar referidas a la base del impuesto, no sólo tienen un alcance monetario muy limitado, sino que probablemente acaben distribuyéndose de un modo escasamente progresivo.

## El gasto futuro en cuidados de larga duración

Aunque es relativamente sencillo aventurar un posible reequilibrio futuro de fuerzas entre la familia, el sector privado y la Administración, resulta más complicado tratar de determinar la magnitud de estos cambios. En última instancia, el resultado final va a depender de las decisiones que tomen la pluralidad de agentes implicados, desde la persona mayor y sus familiares hasta la Administración pasando por las empresas proveedoras de servicios formales, y el grado de incertidumbre sobre el comportamiento de cada uno de ellos es considerablemente elevado. Por ello, el modelo de simulación que se ha desarrollado en el capítulo III de este trabajo, más que pretender adivinar el futuro, debe entenderse como un intento por ofrecer un método que ayude a calibrar el impacto económico de algunas de las sendas de evolución que nuestro sistema de cuidados de larga duración puede tomar en los próximos años. En este sentido, la principal novedad del modelo propuesto es que en él se consideran explícitamente todos los factores que, a nuestro juicio, determinarán el coste futuro de dichos cuidados: la evolución del número de personas mayores dependientes, la intensidad de la «crisis» del apoyo informal como fuente preeminente de cuidados, y la expansión en los niveles de oferta de los servicios formales tanto públicos como privados (atención domiciliaria, centros de día y residencias). En todos los escenarios simulados, incluso en aquellos en los que el debilitamiento del apoyo informal es más limitado y la evolución de las tasas de prevalencia más favorable, la expansión de los servicios formales públicos y privados exigiría unos niveles de gasto muy superiores a los actuales. En concreto, dependiendo de las hipótesis manejadas, nuestras proyecciones apuntan que el gasto total (público y privado) en cuidados de larga duración para el año 2026 podría situarse entre el 0,8 y el 1,2% del PIB, frente a la actual cifra del 0,6%. Así pues, a la vista de estos resultados, parece obligado no posponer por más tiempo un debate sereno acerca de cómo nuestro país va a conseguir los recursos necesarios para hacer frente a una demanda creciente de cuidados de larga duración.

## La financiación de los cuidados: los seguros privados voluntarios

A este respecto, una de las medidas que actualmente está estudiando el gobierno es la de estimular fiscalmente la contratación de seguros privados de dependencia. No obstante, existen suficientes razones para pensar que los efectos de una medida de estas características serán muy limitados. En efecto, si se decide estimular un mercado privado de seguros de dependencia, pero se deja que sean los individuos los que voluntariamente decidan contratar las pólizas, lo más probable es que dicho mercado tarde años en desarrollarse y, lo que es más importante, que los resultados que finalmente se obtengan resulten insuficientes. En este sentido, la experiencia norteamericana resulta reveladora: aunque hace más de 15 años que existen seguros privados de dependencia en este país, sus elevadas primas y el carácter restrictivo de los beneficios cubiertos, han provocado que sólo una pequeña minoría de personas mayores (10%), pertenecientes a los estratos de mayor renta, se haya decidido a contratar alguna de las pólizas existentes. Por todo ello, si estos son los previsibles efectos de un mercado voluntario de seguros de dependencia, ¿puede ser suficiente una estrategia basada exclusivamente en subvencionar fiscalmente este tipo de productos?

## El aseguramiento obligatorio: alternativas

A la vista de lo anterior, no es extraño que en el debate sobre la financiación de la atención a la dependencia, tanto fuera como dentro de nuestro país, constituya un lugar común la idea de que un esquema de aseguramiento obligatorio permitiría ofrecer una respuesta más efectiva a la creciente demanda de estos cuidados que previsiblemente va producirse en los próximos años. No obstante, a la hora de desarrollar un esquema de aseguramiento obligatorio, debe quedar claro que la Administración cuenta con varias posibilidades.

Por un lado, como de hecho ocurre con otro tipo de riesgos, el sector público podría simplemente obligar a todos los ciudadanos a suscribir una póliza privada de dependencia. Asimismo, si se estimara oportuno atenuar las consecuencias negativas que esta medida pudiera tener sobre los colectivos

más desfavorecidos económicamente, la Administración podría establecer subsidios sobre las primas a pagar por los individuos, inversamente proporcionales a su renta. Además de estos posibles subsidios, obviamente, el sector público podría desarrollar mecanismos regulatorios que garantizaran el buen funcionamiento del nuevo «mercado» (de competencia regulada entre aseguradoras, acreditando, atendiendo a diversas condiciones de solvencia...). Por otro lado, frente a la alternativa anterior, en la que las compañías privadas serían las únicas encargadas de gestionar el aseguramiento (obligatorio), el sector público podría también decantarse por asumir en exclusiva dicho papel (tal como actualmente sucede en nuestro país con la asistencia sanitaria). Finalmente, existiría la posibilidad de optar por una solución «mixta», como de hecho ha sucedido en Alemania, donde los individuos, pese a estar obligados a asegurarse contra el riesgo de dependencia, pueden elegir entre dos tipos de oferentes: las compañías privadas de seguros y los consorcios públicos de aseguramiento.

## Los detalles institucionales importan

En cualquier caso, aunque la Administración acabara optando por gestionar en exclusiva el aseguramiento colectivo contra el riesgo de dependencia, la instrumentación práctica del nuevo seguro social exigiría ofrecer sendas respuestas a tres cuestiones de crucial importancia: ¿deben ser las prestaciones universales o selectivas?; ¿ofertarse «en especie» o «en metálico»?; ¿financiarlas con primas colectivas, individuales o copagos?

1) A favor de una financiación no basada exclusivamente en la fiscalidad pública puede argumentarse el hecho de que los límites a lo que sea necesidad, demanda o conveniencia para dicho tipo de cuidados deviene bastante espúreo, tal como sucede normalmente cuando no se juzga tanto la efectividad objetiva de un proceso como el valor subjetivo del cuidado para su destinatario. Por ello, el alcance de lo que sea responsabilidad colectiva debiera de ser conocido de antemano para permitir la cobertura complementaria deseable por parte de cada individuo.

2) A favor de una prestación en metálico puede referirse toda la literatura de la virtualidad de los cheques para libre disposición –ya sea de servi-

cios formales o apoyo informal–, y de cuantía variable según grado de dependencia y nivel de ingresos del beneficiario. Una correcta articulación de dichos extremos en los detalles institucionales específicos de la prestación de los cuidados puede ayudar a su realización eficiente y equitativa.

3) A favor de una financiación solidaria de dichos cheques (por mayor nivel de dependencia o insuficiencia de medios financieros) podría instrumentarse la combinación de tres fuentes distintas: en parte procedentes de la fiscalidad general, en parte de las cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo y en parte por la vía de compensar variaciones en las pensiones.

4) A favor del «selectivismo» en la limitación del devengo de dichas prestaciones como derecho ciudadano, el realismo de que si en algún ámbito el «todo para todos» es especialmente vacío e inequitativo es en éste. Ante recursos limitados, y dada una restricción presupuestaria (la que sea elegida políticamente), orientar los recursos a los más necesitados y tutelar de manera efectiva sus consecuciones parece una mejor política que una aplicación indiscriminada de los recursos existentes, de difícil control y seguimiento.

En general, todo ello aboca a una estrategia basada inevitablemente en la prueba de medios, con toda la problemática asociada a ésta (cuyo análisis debería ser objeto de una investigación que supera la hoy aquí presentada), intentando evitar la estigmatización que a menudo acompaña al «selectivismo»: de ahí la importancia de una red única y no dual de asistencia y de conseguir instrumentar un «cheque» con financiación en todo o en parte pública que distinga al usuario en lo que atañe al sistema de financiación más que en el modo de prestación de los servicios de cuidados de larga duración.

# Anexos

## Capítulo I

### 1) Factores asociados al hecho de ser dependiente: análisis de regresión logística

Para intentar determinar qué factores están asociados al hecho de ser dependiente, utilizando la información contenida en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998) se ha realizado un análisis de regresión logística que consta de tres etapas. En la primera, se estima un modelo que únicamente incorpora como variables explicativas el sexo y la edad. Tras ello, en la segunda etapa, se estima un nuevo modelo en el que además del sexo y la edad, aparecen otras variables socioeconómicas potencialmente asociadas al hecho de ser dependiente, como son el nivel de ingresos o el estado civil. Finalmente, en la tercera etapa, se estima un nuevo modelo que añade diversas variables relacionadas con el estado de salud, objetivo y subjetivo, a los factores considerados en las dos etapas anteriores. Este procedimiento secuencial responde a un único motivo: tratar de capturar en qué medida la influencia de las distintas variables tiene lugar de un modo directo, o por el contrario, ésta se produce indirectamente a través de otras variables. Los resultados de las sucesivas estimaciones aparecen en la cuadro A.1.

El modelo 1 constituye el punto de partida natural para tratar de caracterizar los factores asociados al hecho de ser dependiente, pues incor-

pora únicamente aquellas dos variables sobre las que más fácil resulta obtener información: la edad y el sexo. De nuevo, los resultados de esta primera estimación no hacen sino confirmar lo que ya sabemos: esto es, que la probabilidad de ser dependiente es mucho mayor en la cohorte de mayor edad (85 o más) que en el resto. Asimismo, como puede observarse en el cuadro, el hecho de ser mujer constituye un factor que, independientemente del efecto de la edad, también aumenta la probabilidad de ser dependiente.

Sin embargo, como ponen de manifiesto los resultados del modelo 2, el efecto directo del sexo sobre la probabilidad de ser dependiente desaparece al ampliar el conjunto de variables explicativas. En concreto, al introducir en el modelo el nivel de estudios y el estado civil, se comprueba que son el analfabetismo y la viudedad los factores realmente asociados a la dependencia. Por ello, en la medida en que ambas situaciones aparecen relativamente más en las mujeres, no debe sorprendernos el resultado obtenido en el modelo anterior. En cuanto a los coeficientes del resto de variables, destaca en primer lugar la falta de significatividad de los ingresos, que puede que se deba a la presencia de otras variables que quizás capturen mejor el efecto de la falta de recursos (nivel educativo, soledad...). Los dos factores que quedan, el tamaño del municipio de residencia y la forma de convivencia, merecen un comentario a parte.

En cuanto al primero, creemos que la menor probabilidad de dependencia que exhiben los sujetos que no viven en grandes áreas urbanas puede deberse a dos motivos: por un lado, quizás la lista de actividades que contempla la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores introduce un sesgo en la medida en que algunas de ellas sólo se realizan en zonas urbanas (por ejemplo, transporte público); por otro lado, la oferta de plazas residenciales puede que esté menos restringida en el caso de las zonas no urbanas, de tal forma que los individuos dependientes no institucionalizados serían relativamente más numerosos en las grandes ciudades. Ambas posibilidades, sin embargo, no son más que hipótesis explicativas y, como tales, habrá que abordar su análisis en el futuro. Por su parte, en el caso de la forma de convivencia, el problema que aparece es de causalidad inversa; esto es, el hecho de vivir en casa de los hijos no provoca una mayor probabilidad de ser dependiente, sino que son las personas dependientes las que en mayor medida tienden a irse a vivir con sus hijos (porque éstos son los que les ayudan).

Cuadro A.1

## FACTORES ASOCIADOS AL HECHO DE SER DEPENDIENTE: REGRESIONES LOGÍSTICAS

Variables explicativas	Modelo 1				B
	B	Wald	Sig	Odds	
<i>Grupo de edad</i>					
65-69	<b>-4,0</b>	225,5	0,00	0,01	<b>-3,5</b>
70-74	<b>-3,2</b>	183,3	0,00	0,03	<b>-2,8</b>
75-79	<b>-2,2</b>	115,3	0,00	0,10	<b>-1,8</b>
80-84	<b>-1,5</b>	64,8	0,00	0,20	<b>-1,3</b>
85 o más <sup>(1)</sup>					
<i>Sexo</i>					
Hombre	<b>-0,6</b>	16,5	0,00	0,54	0,19
Mujer <sup>(1)</sup>					
<i>Estudios</i>					
Analfabeto					<b>1,55</b>
Leer y escribir					0,79
Estudios primarios					0,33
Estudios secundarios o superiores <sup>(1)</sup>					
<i>Ingresos<sup>(2)</sup></i>					
N.C.					0,05
< 38					0,53
38-50					0,97
50-65					0,3
65-80					0,32
80-95					0,37
95-110					0,43
110-150					-0,7
> 150 <sup>(1)</sup>					
<i>Estado civil</i>					
Soltero/a					0,06
Casado/a					<b>-0,5</b>
Viudo/a <sup>(1)</sup>					
<i>Tamaño municipio</i>					
Rural					<b>-0,8</b>
Semiurbano					<b>-0,8</b>
Urbano <sup>(1)</sup>					

Modelo 2			Modelo 3			
Wald	Sig	Odds	B	Wald	Sig	Odds
140,6	0,00	0,02	<b>-3,4</b>	94,0	0,00	0,03
111,3	0,00	0,05	<b>-3,0</b>	78,6	0,00	0,04
60,4	0,00	0,15	<b>-1,9</b>	42,8	0,00	0,13
34,6	0,00	0,26	<b>-1,3</b>	24,2	0,00	0,24
0,78	0,38	1,21	-0,1	0,09	0,75	0,91
10,4	0,00	4,73	<b>1,17</b>	4,05		3,23
3,3	0,06	2,21	0,73	1,90		2,09
0,6	0,43	1,39	0,25	0,23		1,28
0,01	0,91	1,05	-0,1	0,03	0,86	0,89
0,72	0,39	1,70	-0,1	0,01	0,92	0,92
3,35	0,06	2,64	0,7	1,47	0,22	2,22
0,37	0,53	1,35	0,02	0,01	0,96	1,02
0,40	0,52	1,38	0,13	0,04	0,83	1,14
0,49	0,48	1,45	0,17	0,07	0,78	1,19
0,71	0,39	1,54	0,47	0,55	0,45	1,60
1,35	0,24	0,48	-1,3	2,81	0,10	0,26
0,04	0,82	1,06	0,05	0,01	0,88	1,05
5,91	0,01	<b>0,59</b>	-0,5	3,76	0,06	0,60
20,4	0,00	0,42	<b>-0,9</b>	16,06	0,00	0,39
17,4	0,00	0,43	<b>-1,0</b>	18,73	0,00	0,35

## FACTORES ASOCIADOS AL HECHO DE SER DEPENDIENTE: REGRESIONES LOGÍSTICAS

Variables explicativas	Modelo 1				B
	B	Wald	Sig	Odds	
<i>Convivencia</i>					
Solo/a					<b>-1,2</b>
En casa de hijos/as					<b>1,14</b>
Acompañado/a <sup>(3)(1)</sup>					
<i>Autopercepción ES</i>					
C.O. <sup>(4)</sup>					
Muy buena					
Buena					
Regular					
Mala					
Muy mala <sup>(1)</sup>					
<i>Número de enfermedades crónicas</i>					
Enfermedades mentales					
No					
Sí <sup>(1)</sup>					
<i>Constante</i>	0,9	35,1	0,00		0,51
<b>N. obs.</b>		1.841			
<b>R<sup>2</sup> (Nagelkerke)</b>		0,352			

Nota: (1) Categoría de referencia. (2) Pesetas mensuales. (3) En su propia casa. (4) Contesta otra persona.

Finalmente, cuando se introducen distintas variables relacionadas con el estado de salud, que es lo que se hace en el modelo 3, los distintos efectos detectados en las dos estimaciones anteriores acaban de clarificarse. Así, pese a la introducción de estas nuevas variables, la edad sigue conservando una influencia directa sobre la probabilidad de ser dependiente. En cierto modo, por tanto, este resultado confirma cómo efectivamente el proceso de senescencia deviene uno de los factores desencadenantes de la dependencia. Asimismo, confirmando otro de los aspectos que mencionábamos en la sección teórica, se constata también la importancia del deterioro del estado de salud como variable clave en la aparición de problemas para realizar autónomamente distintas actividades cotidianas. Así pues, a juzgar por este resultado, se puede afirmar que las personas dependientes constituyen un colectivo del que cabe esperar una utilización intensiva de los servicios sanitarios,

Modelo 2			Modelo 3			
Wald	Sig	Odds	B	Wald	Sig	Odds
27,5	0,00	0,28	<b>-0,8</b>	9,18	0,002	0,41
20,3	0,00	3,14	<b>0,88</b>	7,35	0,006	2,42
			0,73	2,43	0,11	2,09
			<b>-3,1</b>	19,55	0,00	0,04
			<b>-2,6</b>	33,76	0,00	0,06
			<b>-2,4</b>	34,08	0,00	0,09
			<b>-1,0</b>	5,94		0,36
			<b>0,28</b>	25,47	0,00	1,33
			<b>-1,2</b>		0,00	0,27
0,76	0,38		2,95	9,23	0,002	
1.841				1.841		
0,467				0,645		

aspecto éste directamente relacionado con la cuestión del «espacio socio-sanitario» sobre el que volveremos ampliamente en el próximo capítulo.

Además de para ayudarnos a advertir su importancia, la incorporación de estas variables de estado de salud al modelo nos permite matizar el efecto de algunas de las anteriores variables. Empezando con el estado civil, se puede observar cómo la viudedad pierde su significatividad, lo que viene a indicarnos que todo el efecto que advertíamos en dicha variable no era sino el reflejo de la peor salud que exhiben las personas que enviudan. Por el contrario, en el caso del analfabetismo, se constata que este factor continúa teniendo un efecto directo, no mediado por la salud, sobre la probabilidad de ser dependiente. De nuevo, el porqué se producen estas asociaciones es una cuestión a la que no podemos responder con la información de la que disponemos.

## Capítulo II

### 1) Factores determinantes de la utilización de atención domiciliaria pública y privada

A partir de los datos contenidos en la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998), hemos tratado de estimar 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. El modelo en cuestión es, desde una perspectiva metodológica, una extensión del modelo de regresión logística que utilizamos en el capítulo I para analizar las variables que influían sobre el hecho de ser dependiente. Este nuevo modelo, que recibe el nombre de logit multinomial, se trata de una extensión de aquél en la medida en que ahora la variable cuyo comportamiento queremos analizar tiene tres posibles valores. En efecto, si entonces la variable objeto de estudio sólo adoptaba dos posibles valores (ser dependiente o no serlo), ahora la elección del tipo de ayuda que recibe el sujeto admite tres posibilidades: apoyo informal, atención domiciliaria privada o atención domiciliaria pública. En este contexto, un modelo logit multinomial resulta la opción metodológicamente más adecuada, pues nos permite discutir cómo influyen distintas variables socioeconómicas sobre la modalidad de ayuda que en cada caso escogen los individuos.

A la hora de decidir qué variables socioeconómicas debían ser incluidas en el modelo, hemos optado por utilizar todas aquellas que a priori creíamos podían tener algún efecto sobre la elección que realizan los sujetos entre las distintas fuentes de ayuda. De hecho, siguiendo el enfoque utilizado en los estudios previos anteriormente mencionados, se han considerado cinco tipos de variables: 1) demográficas (edad y sexo), 2) disponibilidad potencial de apoyo informal (régimen convivencial y existencia de descendencia), 3) recursos socioeconómicos (ingresos mensuales y nivel de estudios), 4) nivel de la ayuda requerida (grado de dependencia), y 5) oferta disponible de servicios formales (tamaño del municipio de residencia).<sup>(1)</sup>

(1) Esta última variable, sin embargo, precisa de un comentario adicional, pues el porqué de su inclusión no resulta obvio. Idealmente, de lo que se trataría es de tener información sobre cuál es el nivel de la oferta de servicios formales existente en el área geográfica donde vive el individuo, pues evidentemente una menor oferta disponible se va a traducir en una menor utilización de los servicios formales. En este sentido, la única variable que incorpora la ESPM es la relativa al tamaño del municipio del entrevistado. Por ello, si partimos de la hipótesis de que quizás existan diferencias entre las áreas rurales y urbanas en cuanto a la disponibilidad de servicios formales, resulta oportuno introducir la variable «tamaño municipal» en nuestro análisis.

Tras estimar el modelo logit multinomial, los resultados que hemos obtenido son los que aparecen en el cuadro A.2. No obstante, conviene realizar algunos comentarios sobre el modo en que éstos deben ser interpretados. En primer lugar, como se puede apreciar en la tabla, únicamente aparece información sobre la influencia de las distintas variables consideradas (edad, sexo, ingresos...) sobre dos de las modalidades de ayuda, que son la atención domiciliaria pública y la privada. Esto es así porque la otra modalidad de ayuda, el apoyo informal, actúa como categoría de referencia de ambas. Esto es: si por ejemplo el hecho de ser hombre tiene un signo negativo en el caso de la atención domiciliaria privada, esto quiere decir que la probabilidad de utilizar esta modalidad de ayuda (en vez de apoyo informal) es menor entre los hombres que entre las mujeres. En segundo lugar, al igual que ocurre en un modelo logit binario (como el del capítulo I), en un modelo logit multinomial los coeficientes pueden ser interpretados sólo en términos cualitativos, es decir, nos indican si una determinada variable tiene un efecto positivo o negativo, pero no nos dicen cuál es la magnitud de ese efecto. No obstante, pese a lo anterior, sí que existe la posibilidad de valorar cuantitativamente el efecto de las distintas variables hasta cierto punto. Las ratios de Odds, que también aparecen en la tabla, son las que permiten esta posibilidad. Así, si la ratio de Odds de tener un grado de dependencia leve es en el caso de la atención domiciliaria pública de 0,25, esto quiere decir lo siguiente: comparado con la probabilidad relativa (sea la que sea) de que un dependiente severo utilice la atención domiciliaria pública en vez de apoyo informal, esa misma probabilidad relativa es en el caso de un dependiente leve una cuarta parte de aquélla.

## MODALIDADES DE AYUDA DOMICILIARIA. 1998: LOGIT MULTINOMIAL

	Coeficiente	E. E.	Significatividad (P > z)	Ratio Odds
<b>Atención domiciliaria privada</b>				
<i>Grupo de edad</i>				
65-69	-0,31	0,30	0,45	0,73
70-74	-0,09	0,35	0,81	0,91
75-79	-0,06	0,33	0,87	0,95
80-84	-0,17	0,27	0,60	0,85
> 85 <sup>(*)</sup>				
<i>Sexo</i>				
Hombre	-1,01	0,11	0,00	0,36
Mujer <sup>(*)</sup>				
<i>Régimen convivencial</i>				
Solo	1,41	1,05	0,00	4,10
Acompañado <sup>(*)</sup>				
<i>Hijos/as</i>				
Sí	-0,60	0,15	0,02	0,55
No <sup>(*)</sup>				
<i>Nivel de ingresos (ptas./mes)</i>				
N.C.	-0,02	0,33	0,95	0,98
< 50.000	-0,77	0,18	0,05	0,46
50.000-80.000	-0,78	0,15	0,02	0,46
> 80.000 <sup>(*)</sup>				
<i>Nivel de estudios</i>				
Analfabeto	-2,66	0,04	0,00	0,07
Leer y escribir	-1,55	0,09	0,00	0,21
Estudios primarios	-1,22	0,12	0,00	0,29
Estudios secundarios o superiores <sup>(*)</sup>				
<i>Grado de dependencia</i>				
Leve	-0,66	0,23	0,14	0,52
Moderada	-0,67	0,24	0,16	0,51
Severa <sup>(*)</sup>				
<i>Tamaño municipio</i>				
Rural	-0,46	0,19	0,12	0,63
Semiurbano	-0,18	0,23	0,52	0,84
Urbano <sup>(*)</sup>				
Cons.	1,18	0,63	0,01	

**MODALIDADES DE AYUDA DOMICILIARIA. 1998: LOGIT MULTINOMIAL**

	Coeficiente	E. E.	Significatividad (P > z)	Ratio Odds
<b>Atención domiciliaria pública</b>				
<i>Grupo de edad</i>				
65-69	0,21	0,84	0,75	1,23
70-74	1,24	1,86	0,02	3,46
75-79	0,99	1,37	0,05	2,67
80-84	0,10	0,57	0,84	1,10
> 85 <sup>(*)</sup>				
<i>Sexo</i>				
Hombre	-0,27	0,33	0,54	0,77
Mujer <sup>(*)</sup>				
<i>Régimen convivencial</i>				
Solo	1,94	2,61	0,00	6,90
Acompañado <sup>(*)</sup>				
<i>Hijos/as</i>				
Sí	-0,67	0,20	0,09	0,51
No <sup>(*)</sup>				
<i>Nivel de ingresos (ptas./mes)</i>				
N.C.	-1,33	0,22	0,11	0,26
< 50.000	-0,40	0,39	0,49	0,67
50.000-80.000	-0,06	0,45	0,90	0,94
> 80.000 <sup>(*)</sup>				
<i>Nivel de estudios<sup>(**)</sup></i>				
<i>Grado de dependencia</i>				
Leve	-1,49	0,16	0,03	0,24
Moderada	-0,39	0,44	0,55	0,68
Severa <sup>(*)</sup>				
<i>Tamaño municipio</i>				
Rural	-0,40	0,27	0,32	0,67
Semiurbano	-0,88	0,19	0,07	0,41
Urbano <sup>(*)</sup>				
Cons.	-2,20	0,92	0,00	
<b>Apoyo informal<sup>(*)</sup></b>				

(\*) Categoría de referencia.

(\*\*) No estimable (pocas observaciones).

Nº de observaciones: 787.

R<sup>2</sup> (Nagelkerke): 0.164.

## 2) Factores determinantes del conocimiento de la oferta pública de CLD

De nuevo, hemos planteado un modelo logit idéntico al que utilizamos en el capítulo I para analizar qué variables determinaban el hecho de ser o no dependiente. De hecho, en esta ocasión, hemos estimado tres modelos logit distintos, uno para cada uno de los tres servicios públicos sobre los que dispone-mos de información. Los resultados obtenidos se reproducen en el cuadro A.3.

Cuadro A.3

CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS: MODELOS LOGIT									
	Atención domiciliaria			Centros de día			Estancias temporales		
	Coef.	Signific. (P > z)	Odds	Coef.	Signific. (P > z)	Odds	Coef.	Signific. (P > z)	Odds
<i>Grupo de edad</i>									
65-69	0,29	<b>0,02</b>	1,34	0,34	<b>0,00</b>	1,41	0,31	<b>0,00</b>	1,36
70-74	0,39	<b>0,00</b>	1,47	0,31	<b>0,00</b>	1,36	0,34	<b>0,00</b>	1,41
75-79	0,19	0,15	1,21	0,16	0,19	1,17	0,16	0,22	1,17
80-84	0,07	0,18	1,07	0,19	0,14	1,21	0,25	0,08	1,29
> 85 <sup>(*)</sup>									
<i>Sexo</i>									
Hombre	-0,19	<b>0,00</b>	0,82	0,12	<b>0,02</b>	0,69	0,18	<b>0,00</b>	1,20
Mujer <sup>(*)</sup>									
<i>Régimen convivencial</i>									
Solo	0,06	0,48	1,07	0,22	0,06	1,24	0,06	0,44	1,06
Acompañado <sup>(*)</sup>									
<i>Hijos/as</i>									
Sí	0,05	0,51	1,05	0,05	0,45	1,05	0,13	0,07	1,14
No <sup>(*)</sup>									
<i>Nivel de ingresos (ptas./mes)</i>									
N.C.	0,01	0,84	1,01	-0,12	0,11	0,88	-0,06	0,46	0,94
< 50.000	0,13	0,25	1,14	-0,39	<b>0,00</b>	0,67	-0,22	0,07	0,80
50.000-80.000	0,45	<b>0,00</b>	1,57	-0,12	0,06	0,88	-0,10	0,14	0,90
> 80.000 <sup>(*)</sup>									
<i>Nivel de estudios</i>									
Analfabeto	-1,44	<b>0,00</b>	0,23	-0,58	<b>0,00</b>	0,55	-0,73	<b>0,00</b>	0,47
Leer y escribir	-0,99	<b>0,00</b>	0,37	-0,36	<b>0,00</b>	0,68	-0,53	<b>0,00</b>	0,58
Est. primarios	-0,52	<b>0,00</b>	0,58	-0,01	<b>0,00</b>	0,99	-0,24	<b>0,00</b>	0,77
Est. secundarios o superiores <sup>(*)</sup>									

Cuadro A.3 (Continuación)

CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS: MODELOS LOGIT									
	Atención domiciliaria			Centros de día			Estancias temporales		
	Coef.	Signific. (P > z)	Odds	Coef.	Signific. (P > z)	Odds	Coef.	Signific. (P > z)	Odds
<i>Grado de dependencia</i>									
Leve	-0,17	0,06	0,83	-0,10	0,12	0,89	-0,26	0,06	0,76
Moderada	-0,5	0,07	0,6	-0,60	0,07	0,54	-0,6	0,07	0,54
Severa	0,64	<b>0,04</b>	1,9	0,76	<b>0,00</b>	2,14	0,62	<b>0,03</b>	1,85
<i>Independiente<sup>(*)</sup></i>									
<i>Tamaño municipio</i>									
Rural	-0,47	<b>0,00</b>	0,62	-0,63	<b>0,00</b>	0,53	-0,42	<b>0,00</b>	0,65
Semiurbano	-0,38	<b>0,00</b>	0,68	-0,19	<b>0,00</b>	0,82	0,01	0,93	1,00
<i>Urbano<sup>(*)</sup></i>									
Cons.	1,95	0,00		0,10	0,00		-0,38	0,03	
Nº de observaciones	2.188			2.176			2.170		
R <sup>2</sup> (Nagelkerke)	0,07			0,08			0,06		

### 3) La decisión de abandonar el mercado de trabajo entre las mujeres cuidadoras: modelo logit

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. En concreto, la variable cuyo comportamiento pretendemos explicar tiene dos categorías posibles: seguir trabajando o abandonar el mercado de trabajo. En cuanto a las variables explicativas, hemos considerado distintos factores que, a priori, pueden influir sobre la decisión anterior.

En este sentido, un primer elemento que sin duda hay que tener en cuenta es el relativo al salario que cobran las mujeres que componen la muestra. Aunque este dato no aparece en la encuesta, sí disponemos de información sobre el nivel de estudios de las entrevistadas. Así, puesto que la relación positiva entre ingresos salariales y nivel de estudios está ampliamente documentada, nos hemos decidido a incluir al nivel de estudios como «proxy» de los ingresos salariales. En segundo lugar, el grado de dependen-

cia de la persona mayor a la que hay que cuidar es, obviamente, otro factor que las mujeres van a considerar cuando decidan si siguen o no trabajando. En este caso, para reflejar el grado de dependencia de la persona mayor, hemos incluido como variable explicativa el número de AVDs en las que ésta precisa de ayuda.

En tercer lugar, además del grado de dependencia, hemos considerado otras características de la persona mayor que, a priori, también pueden ejercer cierta influencia sobre la decisión laboral de la mujer encargada de proporcionarle los cuidados: los ingresos y el estado civil. En el primer caso, nos hemos decidido a incluir esta variable porque, como ya hemos señalado, existe evidencia de que las personas mayores con mayores ingresos tienen una mayor probabilidad de adquirir atención domiciliaria privada. Si esto es así, parece razonable pensar que, quizás, las mujeres sean menos proclives a abandonar su trabajo, si la persona mayor a la que tienen que cuidar puede suplementar el apoyo que éstas le proporcionan adquiriendo privadamente atención domiciliaria. En cuanto al estado civil, la razón de su inclusión responde a un motivo parecido: puesto que las personas dependientes casadas pueden contar con el apoyo del cónyuge, parece razonable pensar que habrá menos mujeres que opten por abandonar su trabajo si la persona a la que tienen que ayudar no está viuda.

Finalmente, puesto que resulta evidente que la decisión que acabe tomando la mujer va a depender también de cómo sea el hogar en la que ésta vive, nos hemos decidido a incluir dos últimas variables: 1) su estado civil, y 2) si hay o no hijos conviviendo con ella. En ambos casos, sin embargo, el motivo de la inclusión es el mismo: quizás en el caso de las mujeres casadas y/o con hijos en el hogar, las decisiones acerca de seguir o no trabajando sean distintas que en el caso de las mujeres solteras y/o sin hijos en el hogar. Los resultados obtenidos se reproducen en el cuadro A.4.

Cuadro A.4

## LA DECISIÓN DE ABANDONAR EL MERCADO DE TRABAJO: MODELO LOGIT

	Coeficiente	Significatividad (P > z)	Ratio Odds
<b>Características de la persona mayor</b>			
<i>Nivel de ingresos (ptas./mes)</i>			
< 50.000 <sup>(*)</sup>			
> 50.000	0,05	0,87	1,06
N.C.	-0,30	0,65	0,74
<i>Estado civil</i>			
Viudo/a	-0,43	0,25	0,64
<i>Casado/a<sup>(*)</sup></i>			
<i>Grado de dependencia</i>			
Número de AVDs	0,19	<b>0,00</b>	1,23
<b>Características de la mujer</b>			
<i>Hijos/as</i>			
Sí	0,02	0,84	1,02
No <sup>(*)</sup>			
<i>Nivel de estudios</i>			
Sin estudios	2,94	<b>0,00</b>	3,12
Estudios primarios	1,96	<b>0,00</b>	2,23
Estudios secundarios	1,15	<b>0,00</b>	1,45
<i>Estado civil</i>			
Casada	-0,36	0,32	0,69
<i>No casada<sup>(*)</sup></i>			
Cons.	4,14	0,00	

(\*) Categoría de referencia.

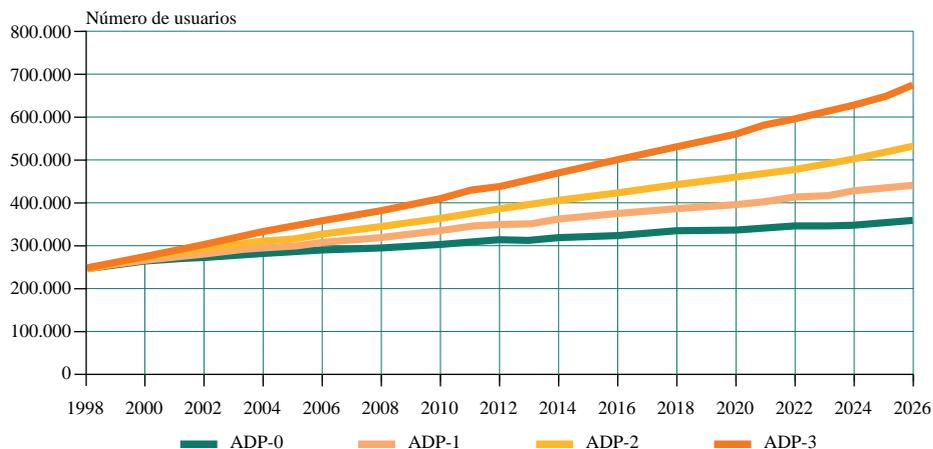
Nº de observaciones: 254.

R<sup>2</sup> (Nagelkerke): 0.288.

## Capítulo III

Gráfico A.1

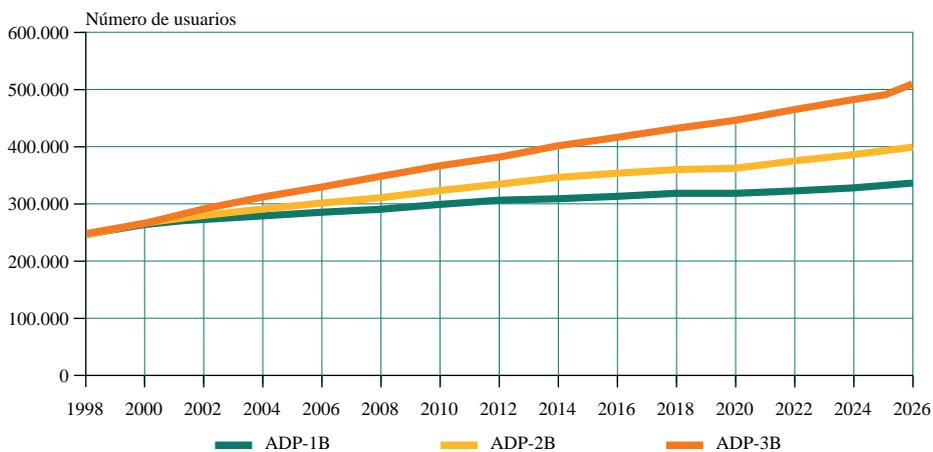
### USUARIOS DE LA ADP EN EL SUPUESTO DE QUE LAS TASAS DE PREVALENCIA PERMANEZCAN CONSTANTES. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.2

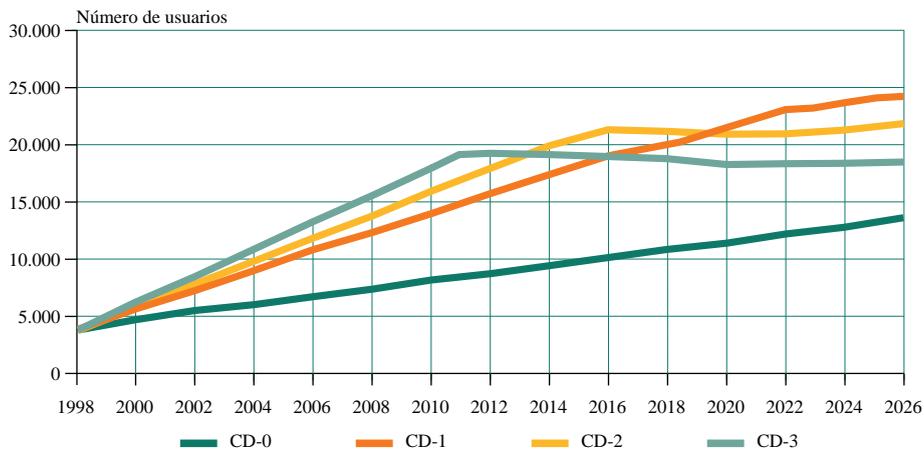
### USUARIOS DE LA ADP EN EL SUPUESTO DE QUE LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYAN UN 1% ANUAL. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.3

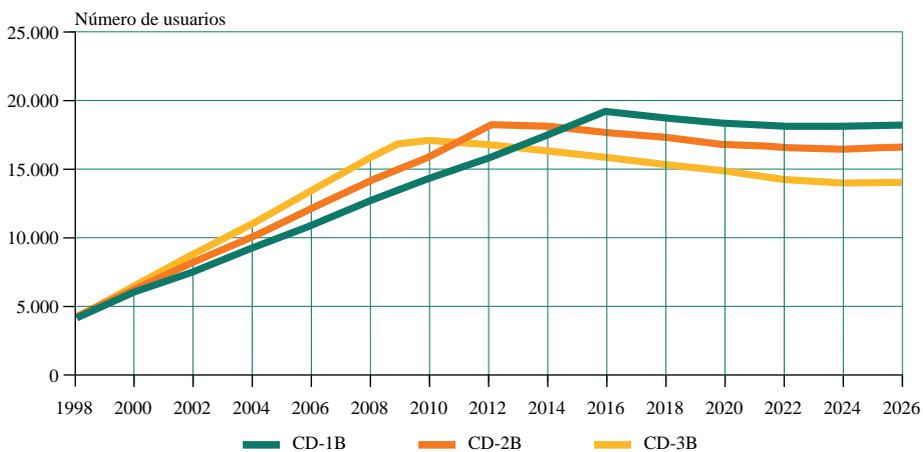
### USUARIOS DE PLAZAS EN CENTROS DE DÍA PÚBLICOS EN EL SUPUESTO DE QUE LAS TASAS DE PREVALENCIA PERMANEZCAN CONSTANTES. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.4

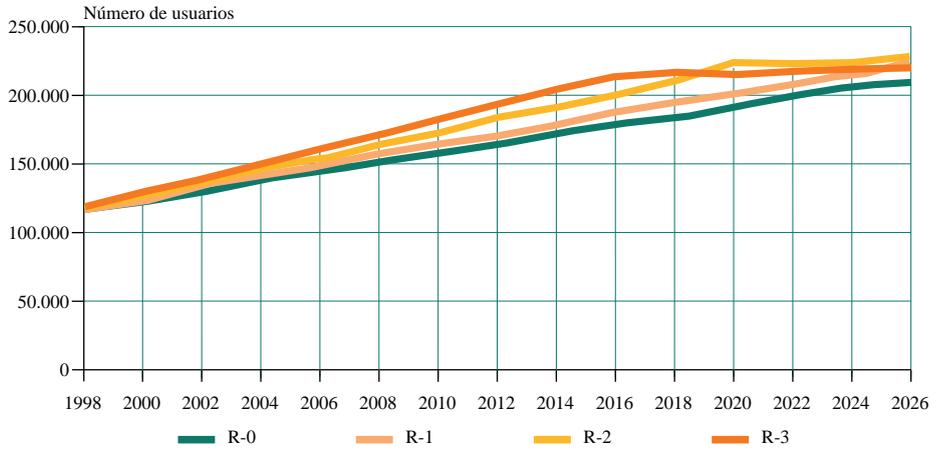
### USUARIOS DE PLAZAS EN CENTROS DE DÍA PÚBLICOS EN EL SUPUESTO DE QUE LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYAN UN 1% ANUAL. 1999-2026



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.5

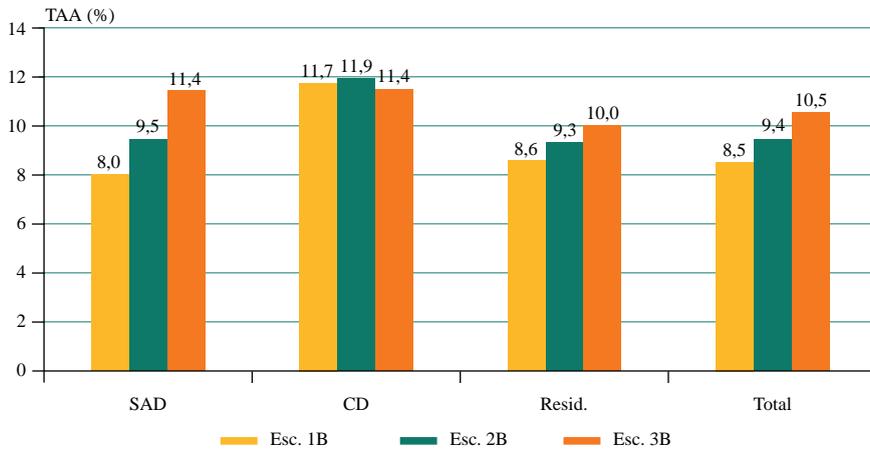
**USUARIOS DE PLAZAS RESIDENCIALES FINANCIADAS PRIVADAMENTE. 1999-2026**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.6

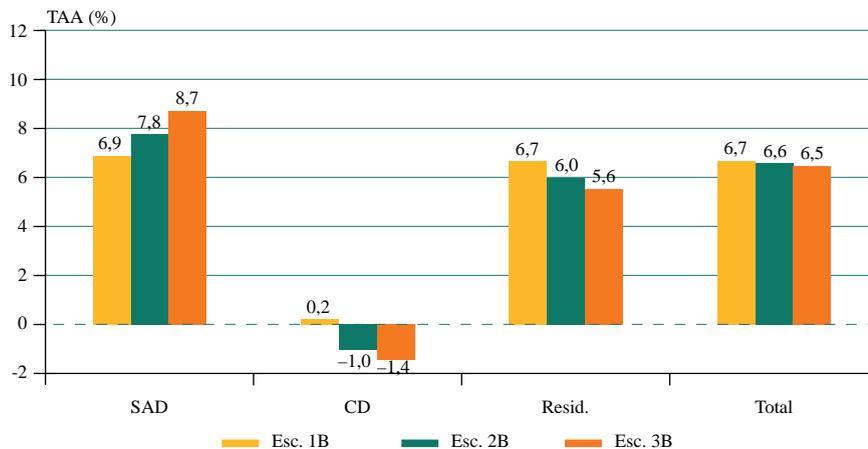
**COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PÚBLICOS, SI LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYERAN UN 1% ANUAL. TASAS ANUALES ACUMULATIVAS: 1999-2015**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.7

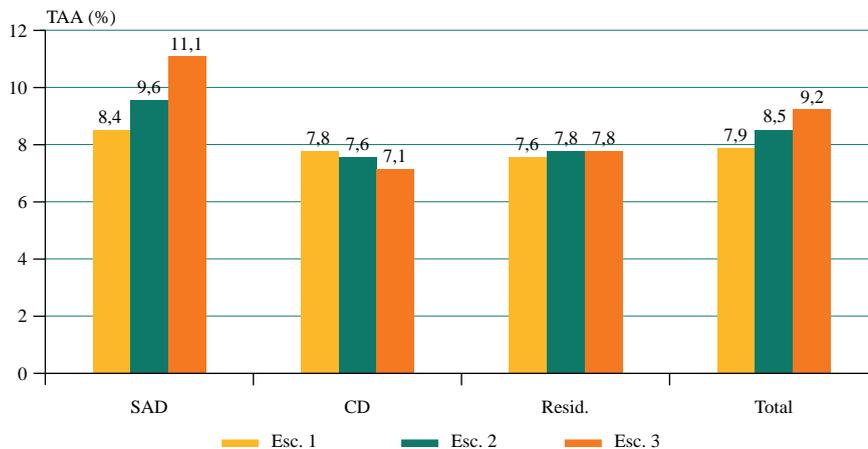
**COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PÚBLICOS,  
SI LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYERAN UN 1% ANUAL.  
TASAS ANUALES ACUMULATIVAS: 2016-2026**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.8

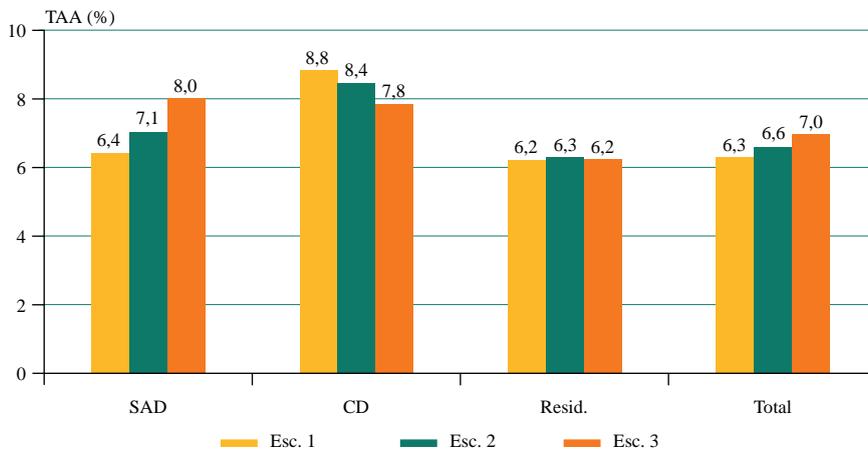
**COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PRIVADOS.  
TASAS ANUALES ACUMULATIVAS: 1999-2026**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.9

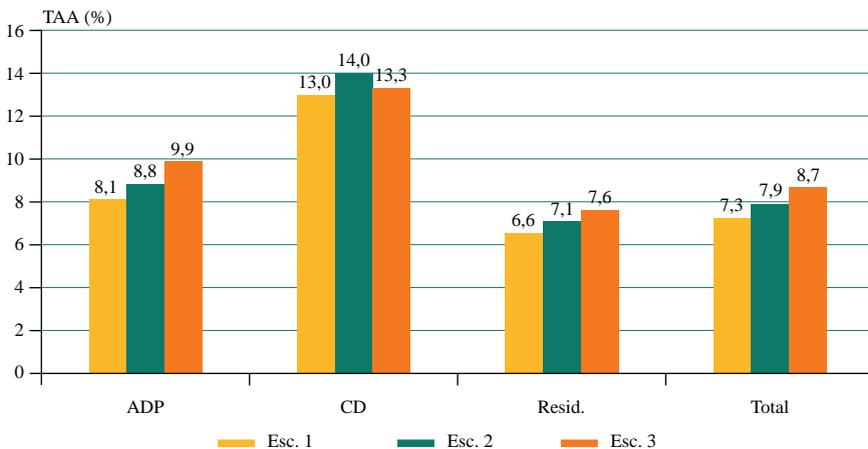
**COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PRIVADOS, SI LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYERAN UN 1% ANUAL. TASAS ANUALES ACUMULATIVAS: 1999-2026**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.10

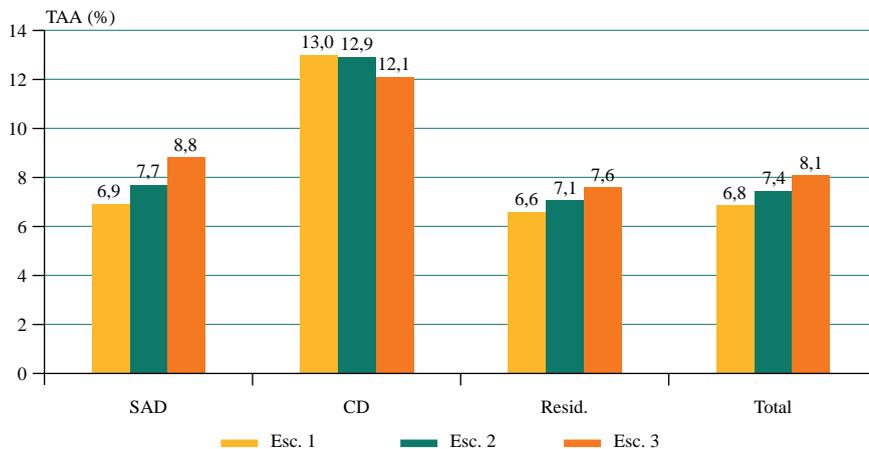
**COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PRIVADOS. TASAS ANUALES ACUMULATIVAS: 1999-2015**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.11

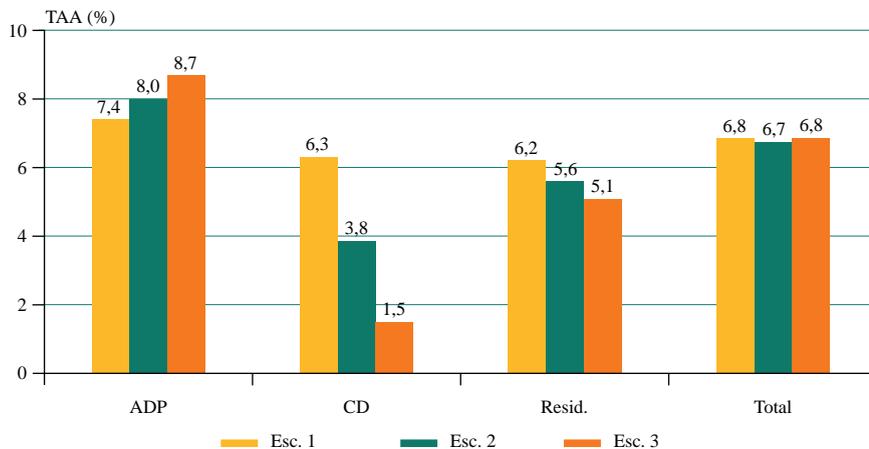
**COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PRIVADOS, SI LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYERAN UN 1% ANUAL. TASAS ANUALES ACUMULATIVAS: 1999-2015**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.12

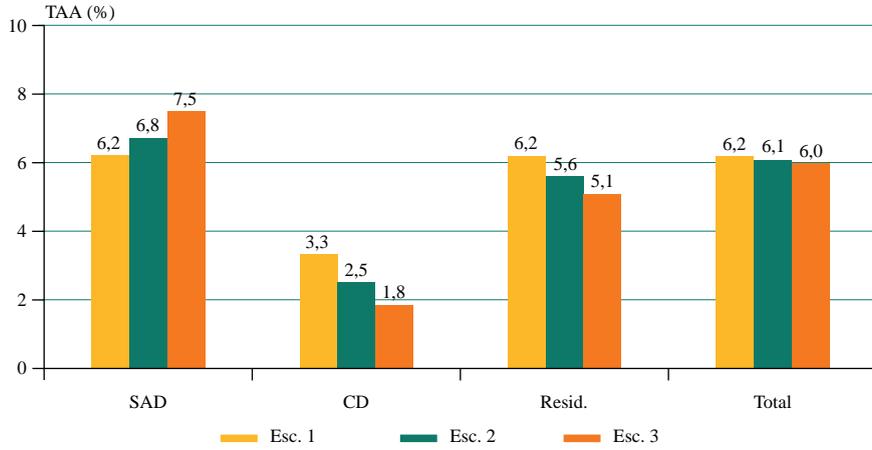
**COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PRIVADOS. TASAS ANUALES ACUMULATIVAS: 2016-2026**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A.13

**COSTE TOTAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PRIVADOS, SI LAS TASAS DE PREVALENCIA DISMINUYERAN UN 1% ANUAL. TASAS ANUALES ACUMULATIVAS: 2016-2026**



Fuente: Elaboración propia.

# Bibliografía

- ANTARES CONSULTING (2000): «Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro», UNESPA.
- BELAND, F. y ZUNZUNEGUI, M. V. (1995): «La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal», *Rev. Gerontol.* 1995; 5: 259-273.
- BOAZ, R. F. (1996): «Full-time employment and informal caregiving in the 1980s», *Medical Care* 34(6): 524-536.
- CARRIERE, Y. y PELLETIER, L. (1995): «Factors underlying the institucionalization of elderly persons in Canada», *The Gerontologist*, 50B, 3:S164-182.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (1993): «Encuesta sobre el Apoyo Informal». Madrid: CIS, 1993.
- (1994): «Encuesta sobre el Apoyo Informal. 2ª fase». Madrid: CIS, 1994.
- (1998): «Encuesta sobre la soledad en las personas mayores». Madrid: CIS, 1993.
- COMÍN, F. (1996): «Las formas históricas del Estado del Bienestar: el caso español», en: *Dilemas del Estado del Bienestar*. Madrid: Fundación Argentaria y Visor Distribuciones, 29-57.
- Consejo Económico y Social (2000): «Informe sobre la protección social de las mujeres». Madrid: CES, 2000.
- CRUME, Y. (1997): «Publicly-Mandated Long Term Care Insurance Programs: Japan Chooses a Modified German Model», Duke Long Term Care Resources Program, Paper No. 5.
- CUTLER, D. M. (1996): «Why don't markets insure long-term risk?», Working Paper, Harvard University and National Bureau Economic Research.

- EIROA PATIÑO, P. *et al* (1996): «Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo», *Med Clin*; 106:641-648.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1999): «Social foundations of postindustrial economies». Oxford: Oxford University Press.
- ETTNER, S. L. (1995): «The impact of 'parent care' on female labor supply decisions», *Demography* 32 (1):63-80.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. (1996): «Demografía, actividad y dependencia en España». Bilbao: Fundación BBV-Documenta.
- (1998): «Proyección de la población española». FEDEA: Documento de trabajo 98-11.
- FRIES, J. F. (1983): «The compression of morbidity». *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1983; 61:397-419.
- GREENACRE, M. J. (1993): «Correspondence analysis in paractice». Londres/Nueva York: Academic Press.
- HENNESSY, P. (1995): «Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries». OECD: Labour market and Social. Occasional papers nº 12.
- Imsero (1995): «Programa de estancias diurnas. Datos gestión 1995». Imsero (mimeo).
- (1998): «Atención a personas mayores que viven en residencias: Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.
- (1999): «La protección social de la dependencia». Madrid: Imsero.
- (2001): «Informe 2000. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas». Madrid: Imsero.
- Instituto Nacional de Estadística. «Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías». Madrid: INE, 1987.
- JACOBZONE, *et al.* (1999): «The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?». OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional Papers nº 37.
- (1999): «Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives». OECD: Labour market and Social Policy. Occasional papers nº 38.
- JENSON, J. y JACOBZONE, S. (2000): «Care allowances for the frail elderly people and their impact on women care-givers». OECD: Labour market and Social. Occasional papers nº 41.

- KALISH, D. W. *et al.* (1999): «Social and health policies in OECD countries: a survey of current programmes and recent developments». OECD: Labour market and Social. Occasional papers n° 33.
- KRAMER, M. (1980): «The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980; 62 (suppl. 283): 382-97.
- LAKDAWALLA, D. y PHILIPSON, T. (1999): «Aging and the Growth of Long-Term Care». NBER, Working Paper n° W6980.
- MANTON, K. G. (1991): «The dynamics of population aging: demography and policy analysis». *The Milbank Quarterly* 1991, Vol. 69(2): 309-338.
- MANTON, K. G., CORDER, E. y STALLARD, E. (1997): «Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994». *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1997; Vol. 94: 2593-2598.
- MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, J. *et al* (1997): «Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO», *Aten Primaria*; 20;475-484.
- MARTÍNEZ ZAHONERO, J. L. (2000): «Economía del Envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos». Consejo Económico y Social. España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1994): «Encuesta Nacional de Salud de 1993». Madrid: MSC.
- MONTGOMERY (1999): «The family role in the context of long-term care». *Journal of Aging & Health*, 11(3):383-417.
- MORÁN ALÁEZ, E. (1999): «Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas», en: Imsero (1999). *La protección social de la dependencia*. Madrid: Imsero.
- NORTON, E. C. (2000): «Long-term care», en Culyer, A. J. y Newhouse, J. P. (eds.). *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, Vol. 1:946-994.
- PACOLET, J. *et al.* (1999): «Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway». Luxembourg: Office for official publications in the European Communities, 1999.
- PÉREZ DÍAZ, J. (1998): «La demografía y el envejecimiento de las poblaciones», en A. S. Staab y L. C. Hodges, *Enfermería Gerontológica*. México DF: McGraw Hill.
- PORTRAIT, F. *et al.* (2000): «The use of long-term care services by the dutch ederly», *Health Econ.* 9: 513-531.

- RESCHOVSKY, J. D. (1996): «Demand for and access to institucional-term care: the role of Medicaid in nursing home markets», *Inquiry* 33:15-29.
- (1998): «The roles of Medicaid and economic factors in the demand for nursing home care», *Health Services Research* 33(4):787-813.
- RIVLIN, A. M. y WIENER, J. M. (1988): «Caring for the disabled elderly. Who will pay?». The Brookings Institution: Washington D.C.
- Royal Commission on Long Term Care (1999): «With Respect to Old Age». The Stationery Office, Londres, marzo 1999.
- RUIGÓMEZ, A. y ALONSO, J. (1996): «Validez de la medida de capacidad funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria en la población anciana», *Rev Gerontol*; 6:215-223.
- SCANLON, W. J. (1998): «Future financing of long-term care». *Consumer's Research Magazine*; 81(6):123-138.
- SLOAN, F. A. y NORTON, E. C. (1997): «Adverse selection, bequests, crowding out, and private demand for insurance: evidence from the long-term care insurance market». *Journal of Risk and Uncertainty*; 15:201-219.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2000): Geriatría XXI: «Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España». Madrid: Edimsa, 2000.
- STERN, S. (1990): «Measuring the effect of disability on labor force participation», *Journal of Human Resources*; 24 (3): 361-395
- STONE, R. (2000): «Long-term care for the disabled elderly: Current policy, emerging trends and implications for the 21st century». *Electronic Milbank Quartely* (documento disponible on line en <http://www.milbank.org>).
- TORTELLA, G. (2000): *La revolución del siglo xx*. Madrid: ed. Taurus.
- WAIDMANN, T. A. y MANTON, K. G. (1998): «International evidence on disability trends among the elderly», Urban Institute, Duke University, (mimeo).
- WHO (2000): «Health Care Systems in Transition. Germany 2000». European Observatory on Health Care Systems: 2000.
- WIENER, J. M. *et al.* (1994): *Sharing the Burden*. The Brookings Institution: Washington D.C.
- WILMOTH, J. R. (1997): «In search of limits», en K. W. Wachter y C. E. Finch (eds.), *Between Zeus and The Salmon: The Biodemography of Longevity*. Washington, DC: National Academy Press.

- WITTENBERG, R., PICKARD, L., COMAS-HERRRERA, A., DAVIES, B. y DARTON, R. (1998): «Demand for Long-Term Care: Projections of Long-Term Care Finance for Elderly People». PSSRU: University of Kent.
- WOLF, D. A. y SOLDÓ, B. J. (1995): «Married women's allocation of time to employment and care of elderly parents», *Journal of Human Resources* 29(4): 1259-1276.

Impreso en:  
CEGE Creaciones Gráficas, S.A.  
Ciutat d'Asunción, 42  
08030 Barcelona  
D.L.: B. 26772-2001  
ISBN: 84-88099-72-X