

# ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

## Una mirada al panorama futuro de la población española

El proceso de envejecimiento de la población española está incrementando progresivamente el número de personas en situación de dependencia, es decir, aquellas que no pueden realizar actividades de la vida diaria y que precisan ayuda para ejecutarlas. Envejecimiento y dependencia constituyen un auténtico reto para las familias y la política social de un país. Este trabajo quiere dibujar el panorama que se abre a los individuos, las familias, la sociedad, los gobiernos y demás agentes sociales, ante la creciente dependencia.

El reto tendrá un impacto en los sistemas de protección social, en los presupuestos de las finanzas públicas, en la estructura económica (inversión, ahorro, consumo) e incluso en las finanzas familiares. Responder al desafío significa reestructurar políticas, sistemas económicos y relaciones sociales y familiares.

La familia ha sido el instrumento, no presupuestario, con el que los gobiernos han hecho frente a la dependencia. Pero está al límite de su potencial de cuidados y no puede seguir soportando sola la carga. La solidaridad pública es necesaria para mantener el sistema actual sin dañar a la familia. De ahí la obligación de implementar medidas legales y estrategias, públicas y privadas, para responder al desafío de la dependencia.



# ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

Una mirada al panorama futuro  
de la población española



# ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

Una mirada al panorama futuro  
de la población española

Rafael Puyol Antolín | Antonio Abellán García (Coord.)

**Envejecimiento y dependencia.**

**Una mirada al panorama futuro de la población española.**

Rafael Puyol Antolín, Antonio Abellán García (Coord.)

Madrid: Mondial Assistance, [2006]. – XVI + 234 p.

© Autores varios

© Mondial Assistance

ISBN: 84-611-2982-2

Depósito Legal: M-42551-2006

Diseño y Edición: OPE

Impresión: Green Printing

# Índice

<b>Prólogo</b>	VII
<b>Lista de Autores</b>	XI
<b>Introducción</b>	
<b>1) Envejecimiento y dependencia</b>	3
<i>Rafael Puyol Antolín y Antonio Abellán García</i>	
<b>Estructura demográfica y vivienda en el proceso de envejecimiento</b>	
<b>2) Estructura demográfica de la población española. Un ejercicio de prospectiva</b>	13
<i>Rafael Puyol Antolín</i>	
<b>3) La vivienda en propiedad: patrimonio familiar y activo financiero</b>	32
<i>Julio Vinuesa Angulo</i>	
<b>Dependencia: valoración y tendencias</b>	
<b>4) Las personas mayores con dependencia</b>	53
<i>Antonio Abellán García y Cecilia Esparza Catalán</i>	
<b>5) Dependencia y envejecimiento. Valoración</b>	73
<i>Antoni Salvà y Toni Rivero</i>	
<b>6) Carga de enfermedad y tendencias de morbilidad de la población española</b>	91
<i>Ricard Gènova Maleras, Elena Álvarez Martín y Consuelo Morant Ginestar</i>	
<b>La protección de la dependencia. Cuidados y cuidadores</b>	
<b>7) Cómo abordar la dependencia funcional</b>	111
<i>Demetrio Casado</i>	
<b>8) Panorama europeo de la protección social a la dependencia</b>	127
<i>Gregorio Rodríguez Cabrero</i>	
<b>9) El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales</b>	148
<i>Pilar Rodríguez Rodríguez</i>	
<b>10) La influencia protectora de las redes familiares y sociales</b>	169
<i>Ángel Otero, M<sup>a</sup> Victoria Zunzunegui, François Béland, Ángel Rodríguez Laso</i>	
<b>11) Domésticas cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes en el sector privado de asistencia de personas mayores</b>	186
<i>Raquel Martínez Buján</i>	
<b>12) La oferta de servicios sociales. El impacto de la futura Ley de Dependencia</b>	202
<i>Mayte Sancho Castiello y Rosa Díaz Martín</i>	
<b>Anexo</b>	
<b>13) Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España</b>	223
<i>Elsa Palacios Ramos y Antonio Abellán García</i>	



## Prólogo

Los cambios socio-demográficos que se observan en nuestro país están generando nuevas situaciones a las que dar respuesta desde los diferentes ámbitos: la Administración, en todas sus versiones, la Sociedad, la Empresa Privada. El incremento de la población de mayores de 65 años, el aumento de su esperanza de vida, un mayor número de enfermedades crónicas están poniendo de manifiesto la carencia de medios humanos y materiales con los que las familias cuentan para atender las crecientes necesidades asistenciales de este segmento de población a medida que va perdiendo su autonomía y se convierte en dependiente.

Las personas dependientes necesitan el apoyo de otras personas para realizar actividades diarias, desde las más básicas como son levantarse por la mañana, el aseo personal, salir a la calle, comer, etc. a, según aumenta la dependencia, ayudas materiales y técnicas. De este colectivo se ha ocupado tradicionalmente la familia. Sin embargo, ésta ha cambiado radicalmente su estructura: hoy la mayoría de sus miembros trabajan, la monoparentalidad, e incluso el tamaño de las viviendas están ocasionando que los cuidados anteriores no puedan ser prestados en el seno familiar.

Antes estas circunstancias, es importante sentemos las bases sobre las cuales queremos asegurar que, independientemente de la evolución de los modelos familiares y demográficos, las personas dependientes tengan garantizados sus cuidados. Estamos pensando en medidas sociales, financieras, fiscales que faciliten a las familias los cuidados de sus seres queridos. El "apoyo informal" que sustenta gran parte del cuidado actual a las personas dependientes, mayores o discapacitadas está entrando en crisis.

Aunque las medidas sociales, financieras y fiscales que reclamamos hayan de venir de la Administración, opinamos que es la iniciativa privada la que será capaz de poner los medios para que se ejecuten. Medios en forma de personal cualificado para el cuidado personal, en forma de tecnología de alarmas y comunicación en caso de necesidad, en forma de centros de día y residencias.

Ahondando en el principio ratificado por todos los especialistas que "envejecer en casa" es más saludable y hace más feliz a las personas y, por lo tanto, les alarga la vida, la sociedad ha de disponer de opciones que, en la medida de lo posible, sobre todo, en los estadios de dependencia leve y media, se facilite la convivencia y evite el desarraigo del modo de vida habitual confiando las tareas de apoyo a profesionales cualificados.

Somos conscientes de la importante demanda de estos servicios, aunque todavía a niveles más sociales y políticos que de mercado, y, en la parte que nos corresponde, intentaremos contribuir a satisfacerla. Para esto, queremos comenzar reflexionando junto a un grupo seleccionado de expertos sobre este asunto que consideramos de vital importancia para la sociedad española.

Confiamos, en nuestro deseo de cooperación útil con la sociedad, aportar al conocimiento de cuestiones tan importantes nuestro pequeño grano de arena.

## **Lista de Autores**



## Lista de autores por orden alfabético

**Antonio Abellán García** es profesor de investigación en el Instituto de Economía y Geografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Forma parte de su Grupo de Envejecimiento y ha dirigido diferentes proyectos de investigación y varias tesis doctorales. Es responsable de Portal Mayores, sitio en la Red (Internet) especializado en Gerontología y Geriátrica. Colabora habitualmente con el IMSERSO en proyectos e informes (*Las personas mayores en España*) y Fundaciones y otras entidades. Ha publicado diversos libros y numerosos artículos de investigación en revistas científicas. Su área de interés es el envejecimiento y la dependencia. [abellan@ieg.csic.es](mailto:abellan@ieg.csic.es)

**Elena Álvarez Martín** es licenciada en Medicina y Cirugía y doctora en Epidemiología y Salud Pública con una tesis sobre carga de enfermedad por VIH-sida en España. Es asimismo Master de Salud Pública (oficial sanitario) por la Escuela Nacional de Sanidad y especialista vía MIR en medicina familiar y comunitaria. Actualmente es profesora titular del departamento de medicina preventiva y salud pública en la Universidad Rey Juan Carlos. Su experiencia profesional previa se desarrolló en el Centro Nacional de Epidemiología y el Departamento de Salud Internacional del Instituto de Salud Carlos III. [elena.alvarez.martin@urjc.es](mailto:elena.alvarez.martin@urjc.es)

**François Béland.** Doctor en sociología por la Universidad de Laval en 1978. Profesor titular del Departamento de Administración de la Salud de la Universidad de Montreal y Profesor asociado del Servicio de Geriátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de McGill. Co-director del grupo de investigación entre ambas universidades en servicios integrados para personas mayores (SOLIDAGE) y miembro del grupo interdisciplinar en Salud (GRIS). Sus líneas de investigación se refieren a gerontología social y utilización de servicios sociales y de salud. Participó activamente en el diseño del estudio "Envejecer en Leganés", del que sigue formando parte como investigador colaborador. Consultor y experto ante diferentes gobiernos y organismos internacionales. [francois.beland@umontreal.ca](mailto:francois.beland@umontreal.ca)

**Demetrio Casado.** Doctor en Farmacia (Universidad Complutense) y Diplomado en Sanidad (Escuela Nacional de Sanidad). Ha sido Técnico Superior de Administración de la Seguridad Social (jubilado). Dirige el Seminario de Intervención y Políticas Sociales y colabora con varias fundaciones científicas y técnicas. Ha publicado numerosos trabajos, entre los que se destacan estos últimos: "Expectativas de las personas mayores

respecto a la Ley de Dependencia" (*Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 2006), "Discapacidad y subparticipación", (en *V Informe FUEM de Políticas Sociales*, 2006) y "Las discapacidades y los servicios sociales, en España" (*Servicios Sociales y Política Social*, 2006). [demetriocasado@terra.es](mailto:demetriocasado@terra.es)

**Rosa Díaz Martín.** Licenciada en Geografía e Historia. Gerontóloga. Es Jefa de Sección del Observatorio de Personas Mayores del Imserso. Su actividad abarca el diseño de programas para mayores, programas formativos para profesionales, participación en grupos de estudio e investigación. Realiza función docente en Cursos y Masters de Gerontología. Ha representado al Imserso en actividades formativas gerontológicas en el marco de la cooperación en diversos países de Iberoamérica. Ha participado en diferentes publicaciones del ámbito social y gerontológico español. [rdiazm@mtas.es](mailto:rdiazm@mtas.es)

**Cecilia Esparza Catalán** es diplomada en Estadística por la Universidad de Salamanca y licenciada en Ciencias y Técnicas Estadísticas por la Universidad Miguel Hernández. En la actualidad forma parte del Laboratorio de Estadística del Instituto de Economía y Geografía del CSIC, donde colabora como asesora estadística en diversos trabajos y proyectos de investigación de ciencias sociales, e imparte cursos de formación en análisis de datos y software estadístico. Ha desempeñado diversas tareas estadísticas para la Conselleria de Turisme (Generalitat Valenciana) y para la consultora Enclave Proyectos. [cecilia@ieg.csic.es](mailto:cecilia@ieg.csic.es)

**Ricard Gènova Maleras** pertenece a la primera promoción de demógrafos salida del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona, en el año 1989. Actualmente es Técnico Superior Especialista en el Servicio de Informes de Salud y Estudios y Sistemas de Información de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid, donde es uno de los responsables de la redacción del Informe anual de Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. Ha trabajado anteriormente en el Instituto de Demografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1989-1996), y en el Departamento de Salud Internacional del Instituto de Salud Carlos III (1996-2004), de cuya Escuela Nacional de Sanidad es profesor de demografía desde 1996. [ricard.genova@salud.madrid.org](mailto:ricard.genova@salud.madrid.org)

**Raquel Martínez Buján** es profesora en el Departamento de Ciencia Política y Sociología de la Universidad Carlos III (Madrid). Forma parte del grupo de

investigación ESOMI especializado en el análisis de las migraciones internacionales cuya dirección corresponde al catedrático Antonio Izquierdo Escribano. Su tesis doctoral versa sobre “Inmigración y envejecimiento: el cuidado de personas mayores como un yacimiento de empleo para personas inmigrantes”. Cabe destacar entre sus últimas publicaciones: “El cuidado de ancianos: un vínculo entre la inmigración y el envejecimiento” (Panorama Social), y “La reciente inmigración latinoamericana a España” (CEPAL, Comisión Económica para América Latina). [rmbujan@polsoc.uc3m.es](mailto:rmbujan@polsoc.uc3m.es)

**Consuelo Morant Ginestar** es licenciada en Medicina y Cirugía, con la especialidad vía MIR en medicina preventiva y salud pública. Actualmente es responsable de Epidemiología en la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Su interés por las enfermedades psiquiátricas se remonta a su formación, años atrás, en el Instituto Psiquiátrico Pere Matas de Reus. Su principal línea de investigación se centra en la carga de enfermedad de las demencias y de la depresión. Ha trabajado anteriormente como médico de atención primaria, y como epidemióloga en el Departamento de Salud Internacional del Instituto de Salud Carlos III y en el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. [consuelo.morant@salud.madrid.org](mailto:consuelo.morant@salud.madrid.org)

**Ángel Otero.** Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid, con plaza vinculada en el Hospital La Paz. Desde 1989 es el Coordinador de la Unidad Docente de Atención Primaria de la UAM y desde 2004 Director de la Cátedra UAM/Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria. En 1997 se incorpora al estudio “Envejecer en Leganés”, al que da continuidad como Investigador Principal y en 2001 incorpora este estudio al proyecto CLESA (Comparison of Longitudinal European Studies on Aging). Su línea de investigación se refiere a la identificación de las necesidades de salud y utilización de servicios socio-sanitarios en las personas mayores. [angel.otero@uam.es](mailto:angel.otero@uam.es)

**Elsa Palacios Ramos.** Diplomada en Biblioteconomía y Documentación por la Universidad de Zaragoza, licenciada en Documentación por la Universidad Complutense de Madrid y titulada en Licence d'Ingénierie Documentaire por la Universidad de Toulouse le Mirail II. Ha trabajado como documentalista en varias organizaciones privadas de diversa índole. Se incorpora al Consejo Superior de Investigaciones Científicas en el año 2001. Colabora con el Grupo de Investigación sobre Envejecimiento,

Instituto de Economía y Geografía, en el desarrollo del proyecto Portal Mayores, de cuyas secciones de salud e investigación es responsable. [elsa@ieg.csic.es](mailto:elsa@ieg.csic.es)

**Rafael Puyol Antolín.** Catedrático de Geografía Humana de la Universidad Complutense de Madrid y Rector de la misma desde 1995 hasta 2003. Fue Presidente del Grupo de Población de la AGE, Vicepresidente de la Real Sociedad Geográfica; Miembro de la Junta Directiva del Capítulo Español del Club de Roma. Ex vicepresidente de la Fundación General de la UCM.y Vice-Presidente de la Fundación Instituto de Empresa es Patrono de cinco Fundaciones más. Académico de la Real Academia de Doctores. Miembro del Jurado del Premio Príncipe de Asturias a la investigación científica y técnica desde 1996. Presidió el consejo de Administración del Colegio de Estudios Europeos "Miguel Servet", de París. Fue Vicepresidente de la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas. Colaborador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Miembro del Consejo Editorial de varias Revistas. Está en posesión de medallas de oro de cinco Universidades y posee varias condecoraciones internacionales. Es Doctor Honoris Causa por siete Universidades extranjeras. Está especializado en Demografía. Ha publicado 16 libros y más de 100 artículos. [Rafael.Puyol@ie.edu](mailto:Rafael.Puyol@ie.edu)

**Toni Rivero.** Economista. Es responsable del Área de Estudios y Consultoría del Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona. Sus principales líneas de trabajo se centran en el diseño de programas públicos de atención a la dependencia, en especial los criterios de acceso y la valoración, así como el análisis del mercado de servicios sociales y sociosanitarios; y la formulación de políticas locales de promoción del envejecimiento activo. Ha trabajado en la Fundación CIREM en el análisis y políticas de nuevos yacimientos de empleo. Entre sus publicaciones más recientes destaca el *Anuario del Envejecimiento. Cataluña 2004*. FICE, 2004 y *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Instituto Edad & Vida, 2005. [antonio.rivero@uab.es](mailto:antonio.rivero@uab.es)

**Gregorio Rodríguez Cabrero.** Doctor en Ciencias Económicas y licenciado en Derecho. Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá (Madrid). Director de la *Revista Española del Tercer Sector*. Tiene una amplia trayectoria en investigación y publicaciones sobre dependencia, entre las que cabe mencionar: *La protección social de la dependencia* (1999, coord.); *Protección social de la dependencia en España* (2004,

Fundación Alternativas); *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia* (2003, con Julia Montserrat:); "Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo" (2005, en V. Navarro: *La situación social en España*.); ha coordinado con Víctor Renes el nº 141 (2006) de *Documentación Social*, un monográfico sobre Protección social de la dependencia en España. [gregorio.rodriguez@uah.es](mailto:gregorio.rodriguez@uah.es)

**Ángel Rodríguez Laso.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en salud pública por la London School of Higiene and Tropical Medicine. Premio extraordinario de doctorado en la Universidad Autónoma de Madrid en 2004. Desde noviembre de 2000 a abril de 2004 ha trabajado como profesor asociado e investigador de la UAM adscrito al proyecto de la Unión Europea CLESA (Comparison of Longitudinal European Studies on Aging), como miembro del equipo investigador de "Envejecer en Leganés". Desde abril de 2004 es técnico superior de salud pública en el Servicio de Análisis e Intervención de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. [angel.rodriguez@salud.madrid.org](mailto:angel.rodriguez@salud.madrid.org)

**Pilar Rodríguez Rodríguez.** Desde mediados de los ochenta ha trabajado en áreas de gerontología y servicios sociales. Fue coautora del Plan Gerontológico para los años 90 y Directora de Programas del Plan. A partir de 1993 dirige el Servicio de Estudios del IMSERSO, desde donde promovió y dirigió investigaciones, entre las que destacan las de apoyo informal. Fue Directora General de Atención a Personas Mayores en el Principado de Asturias (1999-2003). Ha sido miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y dirige la Colección de Libros "Gerontología Social" de la misma. Tiene un su haber más de 80 publicaciones, tanto en libros como en revistas especializadas. [PilarRR@princast.es](mailto:PilarRR@princast.es)

**Antoni Salvà.** Médico especialista en Geriatría. Director del Instituto de Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona, y co-Director del Plan Director Sociosanitario del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Sus líneas de trabajo incluyen las políticas públicas en relación a la dependencia y la atención sociosanitaria, la investigación clínica y epidemiológica de los principales problemas de las personas mayores y especialmente aquellos relacionados con: las caídas y los problemas de movilidad, la nutrición o la enfermedad de Alzheimer. Anteriormente trabajó en el Hospital de Mataró y en el Servicio Catalán

de la Salud, donde fue director del Programa "Vida als Anys" y jefe de la División de atención sociosanitària. Es autor de diversos artículos en revistas científicas, y editor de la *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. [antoni.salva@uab.es](mailto:antoni.salva@uab.es)

**Mayte Sancho Castiello.** Es psicóloga y Master en Gerontología Social. Funcionaria del Imsero desde 1978. Profesora de Políticas sociales y modelos europeos de protección social en diversos títulos de postgrado impartidos por diferentes universidades españolas. Experta del Consejo del Europa en el área de protección social a las personas mayores dependientes. Actualmente responsable del Observatorio de las Personas Mayores del Imsero. Vicepresidenta de la Sociedad Española de Gerontología y Geriatría. [mtsanchoc@mtas.es](mailto:mtsanchoc@mtas.es)

**Julio Vinuesa Angulo** es Profesor de Geografía Humana de la UAM. Profesor de Demografía en los Cursos de Urbanismo y Ordenación del Territorio del INAP (MAP), del Master en Urbanismo y Ordenación del Territorio (IES-CEU), y de los Cursos de Ordenación del Territorio y Medio Ambiente de FUNDICOT. Es consultor de distintas entidades públicas y privadas, en temas de demografía y demanda de suelo y vivienda: Planes Territoriales y Planes de Ordenación Urbana de una veintena de ciudades y entidades territoriales; IV Plan Regional de Vivienda de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; Desequilibrios territoriales en Madrid (Ayuntamiento de Madrid). Demanda de Vivienda en la Comunidad de Madrid (ASPRIMA). Es Autor de más de sesenta publicaciones. [julio.vinuesa@uam.es](mailto:julio.vinuesa@uam.es)

**María Victoria Zunzunegui.** Doctora en epidemiología por la Universidad de California (Berkeley, 1985). Profesora en el Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Montréal desde 1999. Miembro del grupo de Investigación Interdisciplinar en Salud (GRIS), del Centro de Investigación Lea Rohback del Observatorio Montrealés sobre Desigualdades Sociales en Salud, del grupo de investigación en servicios integrados para personas mayores (SOLIDAGE) y del grupo de investigación Metrópolis sobre la salud de los inmigrantes. Fue profesora de epidemiología en el Centro Universitario de Salud Pública de Madrid (1989-1994) y en la Escuela Andaluza de Salud Pública (1995-1999). Impulsora del estudio "Envejecer en Leganés" en 1993, al que continua ligada en la actualidad. [maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca](mailto:maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca)

# Introducción

## 1. Envejecimiento y dependencia

Rafael Puyol Antolín | Antonio Abellán García



# 1. Envejecimiento y dependencia

El proceso de envejecimiento de la población española está incrementando progresivamente el número de personas en situación de dependencia, es decir, aquéllas que no pueden realizar actividades de la vida diaria y que precisan ayuda para ejecutarlas. Envejecimiento y dependencia constituyen un auténtico reto para las familias y la política social de un país. Este trabajo quiere dibujar el panorama que se abre a los individuos, las familias, los gobiernos y demás agentes sociales, ante la creciente dependencia, que se acentuará en el futuro, pues el aumento de la longevidad motivará un envejecimiento de las personas ya mayores, y añadirá un desafío extra a las situaciones de dependencia, pues ésta aumenta notablemente con la edad.

A lo largo de siglos, la población de 65 y más años no había alcanzado el 5% del total de la población en ninguna sociedad. Pero a lo largo del siglo XX ese umbral ha sido traspasado por muchos países, especialmente de Europa; ahora sólo se encuentran tasas más bajas en los países del África Subsahariana. Hacia 2050, España alcanzará el 30%, según las últimas proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE, Inebase: "Proyecciones de población calculadas a partir del Censo de 2001"). Mientras los individuos ganan longevidad, la calidad de vida de ese período ganado es el centro de atención desde el punto de vista del bienestar del individuo y de la sociedad.

Los desafíos del proceso de envejecimiento tendrán un impacto en los sistemas de protección social, en los presupuestos de las finanzas públicas, en la estructura económica (inversión, ahorro, consumo) e incluso en las finanzas familiares. Responder al desafío del envejecimiento significa reestructurar políticas, sistemas económicos y relaciones sociales y

familiares. El envejecimiento también tendrá consecuencias en la reordenación de flujos internacionales de población, y algunos autores estiman que afectará al orden geopolítico internacional. El proceso es inexorable, no es circunstancial.

Los gobiernos han de afrontar los programas de protección social (pensiones y cuidados sanitarios y de larga duración), y manejar adecuadamente los ingresos vía impuestos y contribuciones y los gastos, sin olvidar los otros grandes capítulos de la protección (educación, paro y otras actividades). El gasto público incrementado en la función vejez es un desafío para el equilibrio presupuestario, en unas administraciones cada vez más obligadas a reducir déficit público y equilibrar ingresos y gastos. La discusión sobre cómo equilibrar tiempo de cotización, contribuciones al sistema de protección social y pensiones es cada vez más intensa. Subir impuestos para cubrir necesidades crecientes de cuidados sanitarios y de larga duración puede afectar al crecimiento económico.

La economía debe manejar adecuadamente costes de capital y mano de obra, costes de impuestos, mantenimiento de la producción de bienes y servicios, consumo familiar, etc., con un mantenimiento de la productividad y la competitividad. El envejecimiento afecta sin duda al consumo, por una ralentización del crecimiento, pero sobre todo por un cambio en los patrones de consumo, pues los hogares de las personas mayores tienen un esquema de gastos diferente al de matrimonios jóvenes y con hijos. Y también a los sistemas de ahorro: la llegada a la edad de la jubilación de las generaciones del baby-boom en general en Europa y Norteamérica (en España, será a partir de la década de los 20), puede significar que fondos de pensiones y otros productos de inversión y ahorro puedan tener más salidas que entradas de capital, y las personas de edad con capacidad de ahorro puedan tener diferentes estrategias (más conservadoras) de inversión de capital. Todo ello puede afectar a la estabilidad de los mercados financieros mundiales, pues en el caso de Europa y Norteamérica las generaciones del baby-boom se empiezan a jubilar ya en la próxima década, y existe un debate sobre cómo puede afectar a los flujos de capital este envejecimiento global.

El envejecimiento también afectará al mercado de trabajo. Por una parte, porque la propia masa laboral envejece; aparecen nuevas cualidades y habilidades pero se van perdiendo otras y los costes laborales

medios aumentan. Por otra, si una menor, o estabilizada, o escasamente creciente masa trabajadora ha de mantener a un creciente colectivo de personas mayores, la productividad por trabajador ha de crecer considerablemente para compensar este desequilibrio demográfico: menos personas han de crear más riqueza, aumentando la productividad o estando más tiempo en la carrera laboral. Está teniendo ya un impacto en los flujos migratorios. Una oleada de inmigrantes procedentes del mundo en desarrollo se integra en los últimos años (y previsiblemente en los próximos) en la masa laboral. El envejecimiento y la dependencia (en concreto por el nicho de trabajo que genera), presionarán a la sociedad y a los gobiernos sobre la conveniencia de la inmigración.

Los individuos han de prever su situación de bienestar futuro, una vez retirados del mercado de trabajo, y de su bienestar físico y social. Y ante una creciente longevidad y un previsible aumento del deterioro funcional físico, los individuos han de afrontar situaciones de previsible dependencia, es decir, situaciones en que no podrán valerse por sí mismos y precisarán ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

La respuesta a la dependencia, es decir, los cuidados de larga duración, puede ser considerada como un producto de una sociedad envejecida. Es una consecuencia del estadio demográfico en que nos encontramos. La dependencia y los cuidados no están restringidos exclusivamente a las personas mayores, pero se incrementan notablemente con la edad, especialmente a partir de los 80 años, en que una de cada dos personas tiene discapacidad y necesita ayuda en diverso grado.

La evolución demográfica, el crecimiento del número de personas con dependencia, y los cambios familiares y sociales no permiten mantener el actual sistema de cuidados de larga duración, cuyo peso recae en la familia, especialmente en las mujeres. Porque habrá más personas mayores, pues ahora se alcanza masivamente el umbral de los 65 años; habrá más pues los mayores viven ahora más que antes; y habrá más dependientes en cifras absolutas incluso si bajan las tasas de dependencia.

La familia ha sido el instrumento, no presupuestario, con el que los gobiernos hacen frente a la dependencia. Los lazos familiares en España, al igual que en el resto de países del modelo "mediterráneo", son estrechas. Las familias proveen casi el 80% de las necesidades de cuidados

de larga duración de los mayores en situación de fragilidad. Pero la familia (término eufemístico que esconde realmente el trabajo de la mujer) está al límite de su potencial de cuidados y no puede seguir soportando sola la carga del envejecimiento y la dependencia; por dos motivos principales: a) porque los cambios demográficos afectan a la estructura familiar; b) porque los cambios sociales operados afectan sobre todo a las relaciones familiares y de cuidados.

La estructura familiar ha sufrido un proceso de verticalización: menos hijos y más generaciones de la misma familia viviendo a la vez, por una mayor longevidad. Cada vez es mayor el número de parejas sin hijos o con un solo hijo, que no tendrán hermanos, ni sobrinos. Y este estiramiento de la estructura con más generaciones vivas, provocará que incluso los cuidadores de los más mayores dependientes sean a su vez personas de más edad: envejece la sociedad, envejece la estructura familiar, envejecen los ya viejos y envejece la fuerza del cuidado tradicional.

El cambio social que más puede afectar a las relaciones familiares y a su potencial de cuidados es la participación de la mujer en el mercado laboral. Este cambio está ligado a un deseo de realización profesional, a la situación familiar y a sus nuevos niveles educativos y de formación. La mayor participación femenina conlleva un menor potencial cuidador, lo que cuestiona el modelo tradicional de atención a los dependientes. Además, una vez en actividad laboral, es más conflictivo que la abandonen cuando cambia su situación familiar y aparece la dependencia en algún miembro de la familia.

Las políticas públicas se han organizado de forma que mantienen este patrón de cuidados, basado en la solidaridad familiar, porque las políticas siguen siendo subsidiarias y no integrales, con lo que se crean situaciones de inequidad, donde las familias más solidarias son las que menos apoyo reciben. La solidaridad pública es necesaria para mantener el sistema actual pero sin damnificar a la familia. De ahí la necesidad de medidas legales y estrategias, públicas y privadas, para responder al desafío de la dependencia.

Este libro trata de aportar elementos para un mejor conocimiento de la dependencia, como complemento a las implicaciones del envejecimiento arriba citadas, repasando cuestiones sobre el escenario demográfico futuro,

algunas estrategias concretas de los individuos, la cuantificación del fenómeno y las respuestas al mismo: cuidados, red familiar y políticas sociales. Para ello, se estructura en tres grandes apartados. El primero es una mirada panorámica al futuro de la población española, un ejercicio de prospectiva y un conocimiento del contexto en que se desarrolla la demografía española, con especial atención a dos realidades: la estructura de la población con sus transformaciones más recientes, su dinámica demográfica, con una visión de su futuro próximo, y la vivienda, espacio donde se desarrollan las principales actividades de la vida diaria. En un proceso de envejecimiento demográfico la vivienda adquiere un mayor protagonismo como hogar de las personas de edad bajo diferentes formas de convivencia, y como riqueza patrimonial y seguro de vejez; dinámica demográfica y mercado de vivienda tienen una estrecha interrelación. La vivienda, como ahorro y activo financiero, puede ser convertida en generadora de rentas, especialmente oportunas en los últimos años de vida de sus propietarios.

El segundo apartado analiza el problema central de la dependencia. Una estimación señala su magnitud: casi un millón y medio de personas mayores se encuentran en situación de dependencia y afecta a casi tantas familias; se considera que más de 200.000 personas tienen dependencia absoluta y más de 400.000 grave, y el número de dependientes aumentará en el futuro, incluso aunque las tasas de dependencia se estabilicen, por el progresivo envejecimiento demográfico. La valoración de la persona con dependencia puede realizarse por múltiples objetivos: conocer sus necesidades y establecer un plan de cuidados; con finalidad epidemiológica para planificar servicios; conocer si la persona reúne requisitos para acceder a alguna prestación pública. Por ello, ha parecido adecuado abordar un instrumento operativo de valoración de la dependencia, que resume el marco teórico de este tipo de instrumento, y sus características: validez (capacidad de medir), fiabilidad y sensibilidad al cambio. Se analizan igualmente la tendencia de la morbilidad, pues la discapacidad que genera dependencia procede generalmente de problemas y condiciones de salud. El cálculo de vida ajustada por discapacidad permite alguna conclusión: peor salud relativa de las mujeres a pesar de su mayor esperanza de vida, y relevancia de las enfermedades neuropsiquiátricas, con consecuencias muy discapacitantes; entre las personas mayores, las demencias suponen cerca de uno de cada cuatro años de vida sana perdidos y se prevé un aumento futuro junto a enfermedades cerebrovasculares e isquemia cardíaca y dolencias de tipo musculoesquelético.

El tercer apartado de la monografía es un análisis de la respuesta a las situaciones de dependencia, es decir, la forma en que se organizan los sistemas de protección. En la introducción se afronta la manera de abordar el problema de los cuidados y se señalan algunas estrategias de acción: ha de ser mayoritariamente en el domicilio; con oferta suficiente y universalista de prestaciones residenciales; aumento de servicios de apoyo públicos; atención al cuidador; trabajar por la accesibilidad física y activa en domicilios y edificios. Conocer el panorama de la dependencia en el contexto europeo sirve de ayuda a la organización de los sistemas de protección en España; para ello, se repasan los problemas prácticos de la universalización real, como la accesibilidad a los servicios, la suficiencia y calidad de los mismos, la coordinación entre sistemas e instituciones; la experiencia europea nos señala que existen dificultades de coordinación entre sistemas por razones de cultura profesional y distintas trayectorias organizativas. Y por supuesto un problema fundamental abordado es el de la sostenibilidad futura del sistema (financiación).

A continuación, se presta especial atención a los mecanismos en los que se basa la protección y los cuidados de larga duración. El apoyo informal ha sido y seguirá siendo la forma mayoritaria de afrontar el problema de la dependencia: la familia, y en especial la hija de edad intermedia, ha asumido la carga y son el baluarte en el que apoya la protección; la instauración de nuevos derechos sociales de atención a la dependencia no debe significar que se produzca una inversión radical de la situación actual y pedir a las Administraciones que se responsabilicen en exclusiva de la protección. La familia seguirá jugando un papel importante. En esta línea, se quiere destacar la influencia protectora de las redes familiares y sociales en el retraso de la aparición de la dependencia, como elementos decisivos de un envejecimiento más exitoso, pues existe evidencia de la asociación de distintos aspectos de las relaciones sociales con el proceso de salud-enfermedad. En España, cobra importancia la red de apoyo informal y el tardío desarrollo de los servicios sociales, que resaltan más la figura del cuidador principal; también se comprueba que el bienestar mental de los cuidadores está fuertemente asociado al hecho de recibir apoyo emocional de su familia. Los inmigrantes juegan un papel importante en la provisión de cuidados; la principal vía de privatización de la asistencia dirigida a personas mayores es el servicio doméstico, cuyas ventajas (disponibilidad horaria y condiciones laborales) son dos aspectos que inciden en su demanda junto con la incorporación

laboral de la mujer nativa y las deficiencias del sistema público de protección social; la cuidadora inmigrante desempeña el trabajo físico (limpieza del hogar) y emocional (dispensación de asistencia) que con anterioridad cubría el trabajo reproductivo de las mujeres nativas.

Finalmente, para cerrar este tercer apartado, se presenta una reflexión sobre el papel de los servicios sociales, que aún ocupan un lugar poco relevante en el sistema de cuidados. La próxima aprobación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, va a suponer un punto de inflexión esencial en el papel de los recursos sociales destinados a las personas que necesitan ayuda; la universalidad en el acceso y el reconocimiento de estos derechos como de carácter subjetivo pleno, conferirán otra categoría a los servicios sociales y sociosanitarios para estas personas. Aunque en España se ha hecho un importante esfuerzo en desarrollar estos servicios (residencias, centros de día y ayuda a domicilio), siguen presentando carencias, especialmente este último, y se mantiene el histórico desencuentro entre el sistema sanitario y social en la provisión de recursos.



# **Estructura demográfica y vivienda en el proceso de envejecimiento**

## **2. Estructura demográfica de la población española. Un ejercicio de prospectiva**

Rafael Puyol Antolín

## **3. La vivienda en propiedad: patrimonio familiar y activo financiero**

Julio Vinuesa Angulo



## **2. Estructura demográfica de la población española. Un ejercicio de prospectiva**

### **Las proyecciones de población. Consideraciones metodológicas**

Una proyección de población no es una predicción. La profesión de adivino escasea entre los demógrafos que, por lo general, no están dotados de varitas mágicas o bolas de cristal para observar y orientar el futuro.

Las proyecciones de población no suelen verificarse casi nunca en los términos exactos de la previsión. Hay errores que son muy mal recibidos por los usuarios que se ven defraudados si los cálculos iniciales no se cumplen, sobre todo si han tomado decisiones que la realidad hace inadecuadas o inútiles.

Los demógrafos que hacen proyecciones son como los hombres del tiempo que se limitan a realizar previsiones, nunca predicciones con carácter irrefutable, acostumbrados como están a una realidad cambiante que puede seguir diferentes caminos. Pese a todo, se ha mejorado bastante en materia de proyecciones de población y lo que resulta importante es que pese a los errores posibles, esas proyecciones siguen teniendo una extraordinaria utilidad para prever las necesidades futuras de ambitos que tienen una insustituible componente demográfica. ¿Cómo podemos calcular las necesidades futuras de formación, salud, pensiones o los diferentes consumos de bienes y servicios si desconocemos el volumen y las características de los usuarios?. Descartada, por obvia, su utilidad ¿En qué consiste una proyección de población?

El método más utilizado por los organismos estadísticos es el llamado de los componentes a través del cual se calculan los volúmenes poblacionales desagregados por sexo y edad. A partir de la población observada en un momento concreto del tiempo se evalúa la población futura de la siguiente forma:

1º) Estimación de los supervivientes de las distintas generaciones, en función de las tasas de mortalidad.

2º) Incorporación de nuevas personas debido a la fecundidad-natalidad de las madres.

3º) Si la proyección es abierta, balance de los movimientos migratorios. Evolución de la emigración e inmigración en el territorio analizado durante el periodo de la proyección.

Hay que arrancar de una población desagregada por sexo y edad a la que se denomina población de partida o población base. Después se establecen hipótesis sobre el devenir de los tres componentes que permiten calcular la cuantía y la estructura por sexo y edad en otro momento posterior.

La población de partida suele ser la correspondiente a un Censo. Los nacidos y fallecidos se obtienen de las cifras del Registro Civil recogidas en la Estadística del Movimiento Natural de la Población y los datos de la migración se obtienen de una miscelánea de fuentes como la Estadística de Variaciones Residenciales, los Padrones, los Censos, algunos registros administrativos, etc...

Después viene lo más complicado de la operación que es la formulación de hipótesis sobre cómo van a evolucionar los tres fenómenos demográficos considerados.

Quizás el más sencillo es la mortalidad. Sabemos que la esperanza de vida va a crecer pero que la mortalidad bruta aumentará debido al envejecimiento de la población. La evolución será suave y gradual. No se esperan catástrofes mortíferas ni evoluciones (involuciones) como las que sufrieron en el pasado cercano las poblaciones de los países del Este de Europa.

Hasta hace poco tiempo la fecundidad tenía un comportamiento bastante estable; ahora parece que crece y con ella la natalidad que está experimentando el influjo favorable de la inmigración extranjera. Pero la evolución futura se presenta bajo el signo de la incertidumbre. Hay luces que anuncian una prolongación de la recuperación, pero hay sombras que la hacen difícil. De unas y otras nos ocuparemos enseguida.

Por su parte, las migraciones, de hecho la inmigración se ha convertido en los últimos tiempos en el componente fundamental de nuestro crecimiento. Somos el país de la actual U.E. con mayor volumen de extranjeros recibidos y por ello, el que más crece. ¿Pero esa situación se va a mantener en el futuro? Las hipótesis de esta variable no son fáciles de establecer, como pronto vamos a comprobar.

Estas son las (lógicas) reflexiones de partida a nuestro intento de saber qué va a ser de nosotros, para conocer cuantos seremos, cómo seremos y donde vamos a vivir.

Para ello voy a utilizar las proyecciones del INE calculadas a partir del Censo de 2001. Como es conocido estas proyecciones, que utilizan el método de los componentes, tienen como horizonte final de la proyección el año 2060 para el total nacional y el 2017 para las Comunidades Autónomas y las provincias ya que ir más allá para estos ámbitos territoriales reduciría mucho la fiabilidad.

Dadas las características y objetivos de este estudio el horizonte elegido para el total del país ha sido más próximo. Lo he llevado únicamente al 2025 manteniendo el 2017 para el análisis por Comunidades. Para el cálculo de supervivientes y nacimientos se utilizan las cifras del Movimiento Natural definitivas del 2002 y provisionales del 2003.

En el caso de la mortalidad se utiliza como indicadores la esperanza de vida al nacimiento que se proyecta a 30 años vista, horizonte razonable para la extrapolación de las tendencias observadas. Dado que nuestro análisis tiene como horizonte el 2025 la esperanza a esa fecha está próxima al valor a partir del cual se mantiene estable (desde el año 2031 hasta el final de la proyección).

Para las hipótesis sobre las migraciones exteriores se dispuso de los datos de los años 2002 y 2003 y de las cifras estimadas del 2004 incorporadas a la base padronal del INE.

Sin duda, las migraciones constituyen actualmente el elemento de mayor incertidumbre a la hora de realizar las proyecciones. Su imprevista aceleración en los últimos años y la multiplicidad de factores que afectan a su evolución (entradas y salidas) aconsejan al INE manejar dos supuestos diferentes. La primera hipótesis consiste en considerar que las entradas netas de extranjeros evolucionarán de acuerdo a la tendencia más reciente hasta el año 2010, a partir del cual se mantienen inalterables

La segunda hipótesis, más restrictiva, se apoya en los cálculos establecidos por EUROSTAT. Para el periodo 2002-2006 se establecen unas entradas netas iguales a las del escenario número 1, pero a partir de este último año la tendencia es decreciente hasta el 2010. Entre el 2010 y el 2059 el volumen neto anual se mantiene en torno a las 100.000 personas, pasando de 112.000 en el primer año a 101.600 en el último.

## Las hipótesis sobre la evolución de los fenómenos demográficos

Somos uno de los países con mayor esperanza de vida al nacer. En 2002 un varón podía esperar vivir como media casi 77 años y una mujer más de 83 (83,34). Casi 7 años más para las mujeres, una normalidad estadística entre los países demográficamente más avanzados.

Las hipótesis sobre la evolución futura de este indicador hasta el horizonte de nuestro análisis (2025) son lógicamente favorables aunque moderadas.

La tabla 2.1 las resume para los 2 escenarios.

Las diferencias son pequeñas. En ambos casos a la  $e_0$  se le supone un incremento algo mayor en el escenario 1 que en el 2, y que es ligeramente superior para los hombres que para las mujeres. En cualquier circunstancia, al final de la proyección las mujeres rondan los 86 años de

$e_0$  y los varones en torno a los 80. Caben otras posibilidades si alguno de los descubrimientos científicos en evolución obtienen los resultados deseados en términos de conservación de vidas humanas. Pero no resulta fácil prever cuando se van a producir, ni cuales van a ser sus efectos previos sobre la mortalidad. De ahí que, aunque provisionales y revisables (como todas) las hipótesis sobre la mortalidad puedan ser calificadas de razonables.

Lo que no ofrece ninguna duda es que el número total de defunciones va a crecer en consonancia con el aumento de nuestro nivel de envejecimiento. De 365.000 de fallecidos en el 2002 pasaremos a más de 472.000 en el 2025, es decir, un aumento de casi 108.000. Tal y como, previsiblemente van a evolucionar las cosas, crear una funeraria puede no resultar mal negocio a medio plazo. Clientes no van a faltar.

**Tabla 2.1 Hipótesis sobre la esperanza de vida al nacimiento**

AÑOS	HIPÓTESIS 1			HIPÓTESIS 2		
	VARONES	MUJERES	DEFUNCIONES	VARONES	MUJERES	DEFUNCIONES
<b>2002</b>	76,63	83,36	364.931	76,62	83,34	364.939
<b>2005</b>	77,43	84,03	369.192	77,38	83,90	372.517
<b>2010</b>	78,34	84,79	390.130	78,25	84,51	393.871
<b>2015</b>	79,23	85,54	413.184	79,09	85,08	418.312
<b>2020</b>	79,84	86,04	442.386	79,65	85,44	446.113
<b>2025</b>	80,37	86,48	472.535	80,15	85,75	472.366

Fuente: INE

Como siempre, los cálculos sobre la fecundidad y la natalidad resultan más complicados.

Primero vamos a ofrecer los datos (Tabla 2.2), después intentaremos interpretarlos.

**Tabla 2.2 Hipótesis sobre la fecundidad y natalidad**

Años	HIPÓTESIS 1			HIPÓTESIS 2		
	Nº. Medio hijos/mujer	Edad media Matrimonios	Nacimientos	Nº. Medio hijos/mujer	Edad media Matrimonios	Nacimientos
<b>2002</b>	1,26	30,82	416.518	1,26	30,82	416.518
<b>2005</b>	1,33	30,97	457.971	1,33	30,97	457.968
<b>2010</b>	1,40	31,08	479.800	1,40	31,08	469.059
<b>2015</b>	1,49	31,09	466.868	1,49	31,09	439.305
<b>2020</b>	1,51	31,10	426.724	1,51	31,10	384.885
<b>2025</b>	1,52	31,12	408.415	1,52	31,12	356.466

Fuente: INE

El futuro del fenómeno tiene luces y sombras, todas ellas posibles porque nos movemos en un terreno con bastantes dificultades interpretativas. No obstante, hay algunos elementos positivos que pueden actuar. Va a haber una escasez “relativa” de jóvenes y por lo tanto van a ser mayores sus posibilidades de acomodación en el mercado de trabajo. Bajo la hipótesis de una economía con evolución favorable, ello significa una situación de acercamiento al pleno empleo para nuestros trabajadores y un crecimiento de la demanda de trabajadores extranjeros. Más trabajo significa, a priori, más matrimonios o uniones, más hijos y la posibilidad de un rejuvenecimiento del calendario nupcial y natal. (Cuestión, esta última que no contemplan las hipótesis del INE). Más trabajo significa también más capacidad de acceso a la vivienda y menos hijos habitando con sus padres hasta edades tan tardías.

Las luces tienen obstáculos que les hacen sombras. No sabemos si van a seguir existiendo las mismas dificultades que hoy para compatibilizar vida laboral y familiar en unas condiciones de incorporación necesaria de la mujer al mundo laboral. No es fácilmente pensable un sobreesfuerzo reproductivo de las madres potenciales en una situación de menos mujeres en edad de procrear. Queda un largo camino por recorrer en la pretensión de modificar una cultura empresarial poco favorable a la maternidad y la igualdad laboral. Habría que alterar la política (cicatera) de ayudas a la maternidad y favorecer la definición de una auténtica política de ayuda familiar. Los mecanismos estables de apoyo a las familias como los que existen en Francia o los países escandinavos favorecen el deseo de tener

hijos. En cambio, en España como en otros estados mediterráneos, esas políticas están dotadas de muchos menos recursos y carecen casi completamente de eficacia. Particularmente nuestro país es el estado de la Unión Europea que tiene el menor porcentaje del PIB dedicado a la familia.

Quizás a corto plazo la escasez relativa de jóvenes sea un factor decisivo de la recuperación posible. A él habría que añadir el papel que pueda jugar la incorporación de nacimientos aplazados durante el periodo de larga desnatalidad que hemos vivido. Sin olvidar la función de los hijos de madre extranjera que ya hoy suponen el 15% del total de nacidos en España.

Pero a medio y largo plazo, sólo si se consigue definir y aplicar una política rigurosa de conciliación se conseguirá un efecto favorable sobre la fecundidad.

¿Qué nos dicen las hipótesis del INE? Como se ve son idénticas en planteamientos aunque algo diferentes en resultados. Ambas ofrecen una recuperación del nivel de fecundidad desde el 1,3 hijos por mujer actual a 1,52 en el 2025. Ambas suponen también un crecimiento ligero de la edad media a la maternidad prolongando una tendencia que se viene produciendo desde hace años. La edad media a la maternidad de las madres en 2025 será de unos cuantos meses más que al comienzo de la proyección.

A pesar de la recuperación prevista del nivel de fecundidad, al final de la proyección caen los nacimientos. En ambas hipótesis crecen hasta el año 2010. Son los hijos de las madres nacidas en torno a 1980 cuando la natalidad no se había desplomado todavía que gozan además de unos niveles crecientes de fecundidad. Después los nacidos vivos disminuyen ya que van entrando en juego las madres que nacieron en la época de mayor descenso de la natalidad (1985 y 1995). En ambas hipótesis hay, al final, menos nacimientos. En la más favorable (1ª) 70.000 menos en el periodo 2015-2025 y en la más baja (2ª) 112.000 menos.

Así pues, la recuperación de la fecundidad sólo se va a reflejar en una paralela recuperación de los nacimientos a corto plazo. Parece que los periodos inmediatos serán los años de las luces. Después no habrá una ocurrencia paralela. Serán los tiempos de las sombras.

Con estos pronósticos ¿Cuál será la aportación al crecimiento general del balance entre nacimientos y defunciones? Es decir, ¿En qué número se va a mover el saldo vegetativo? Veamos las cifras según las hipótesis. (Tabla 2.3) Ambas señalan una misma tendencia aunque desigual en las cifras. El aumento de la natalidad hasta el 2015 compensa el incremento permanente y progresivo de la mortalidad, provocando un saldo vegetativo favorable hasta esas fechas. Después la reducción prevista de los nacimientos hace entrar a la población en un crecimiento natural negativo considerablemente más intenso en la hipótesis 2. En el horizonte de la proyección, las pérdidas del crecimiento vegetativo se situarán entre las 65.000 y las 116.000 personas en cada hipótesis. La sombra del crecimiento negativo se vuelve a cernir sobre nosotros a corto plazo, reproduciendo una situación que ya estuvimos a punto de estrenar en la primera mitad de los años 90 del pasado siglo y que fue abortada por la llegada de inmigrantes y su favorable repercusión sobre los nacimientos.

**Tabla 2.3 Evolución del saldo vegetativo**

	<b>ESCENARIO 1</b>	<b>ESCENARIO 2</b>
<b>Años</b>		
<b>2002</b>	51.587	51.579
<b>2005</b>	88.779	85.451
<b>2010</b>	89.670	75.188
<b>2015</b>	53.684	20.993
<b>2020</b>	-15.662	-61.228
<b>2025</b>	-64.490	-115.900

Fuente: INE

En términos demográficos (y económicos) la inmigración vino bien a este país que recuperó gracias a ella su crecimiento poblacional, sus niveles de nupcialidad y su natalidad. El saldo migratorio positivo ha sido un factor fundamental en la evolución pasada de nuestra población. La gran incógnita es saber si va a continuar siéndolo en el futuro. Debido a esas dificultades de cálculo el INE, como apunté antes, ha establecido dos grandes supuestos sobre el futuro. Enseguida los veremos, pero antes permítanme algunas reflexiones previas.

Saber qué población extranjera vamos a tener exige de un lado, calcular cuantos de los actuales inmigrantes van a permanecer entre nosotros y cuantos van a regresar a sus países de origen; y de otro lado, conocer cuantos nuevos van a venir.

Son dos interrogantes difíciles de dilucidar por lo que sólo admiten respuestas aproximadas y provisionales.

Para comenzar diremos que las “señales” que pueden manejarse para conocer el grado de instalación e integración de los inmigrantes, apuntan a un creciente deseo de permanecer entre nosotros de un volumen creciente. Factores como la categoría de los permisos de residencia, la reagrupación familiar, las nacionalizaciones o la presencia de jóvenes, alimenta esa hipótesis. Ahora bien, contestar a la pregunta ¿Cuántos de esos más de 4 millones de extranjeros que hoy comparten nuestra vida quedarán para siempre entre nosotros?, resulta poco menos que imposible. ¿Un 40%? ¿Un 50%? ¿Un 60%? ¿Más? Todo dependerá de cómo progrese la economía y de la evolución futura de un conjunto de circunstancias internacionales y nacionales, que hagan necesario o deseable el retorno, o imprescindible o querida la permanencia.

Lo que sí es seguro es que parte de los actuales inmigrantes volverá a sus países de origen y que tendremos otros nuevos. Vivimos una etapa de furia inmigratoria que a veces nos hace pensar que se va a mantener indefinidamente. Probablemente todavía asistiremos a periodos de fuertes inmigraciones, pero el mantenimiento de flujos a medio plazo con la misma intensidad que en el pasado cercano es algo más difícil de prever.

Como ha ocurrido con España, algunos países considerados actualmente de emigración podrían transformarse en receptores (y no sólo en lugares de paso) de corrientes que hoy nos eligen como destino (Marruecos, Libia). El desarrollo económico del Este de Europa (otro de nuestros abastecedores) podría convertir a estos estados (de demografía depauperada) en focos receptores, cambiando igualmente el signo de su balance. Y lo mismo podemos decir de algunos países latinoamericanos o asiáticos.

Como recuerda Alain Parant es posible que pueda producirse un desplazamiento hacia Asia del epicentro de la economía mundial con la competencia de distintos países de economía emergente (China por ejemplo) hacia los cuales podrían reorientarse flujos migratorios internacionales de Asia o África.

Son todo posibilidades, pero no descartables, lo cual introduce un elevado margen de incertidumbre en el destino futuro de los trasvases internacionales en un mundo cada vez más globalizado.

Como país receptor cualificado no vamos a estar exentos de la influencia de alguna o varias de estas circunstancias que ocasionarían influencias decisivas en la cuantía de los inmigrantes a recibir. Es necesario, por lo tanto, establecer varios escenarios que contemplen flujos con mayor o menor intensidad. Estos son los dos que ha realizado el INE. (Tabla 2.4)

**Tabla 2.4 Entradas netas del extranjero**

	<b>ESCENARIO 1</b>	<b>ESCENARIO 2</b>
<b>Años</b>		
<b>2002</b>	647.867	647.867
<b>2005</b>	460.132	460.132
<b>2010</b>	284.874	112.182
<b>2015</b>	282.284	112.469
<b>2020</b>	279.695	110.333
<b>2025</b>	277.106	107.333

Fuente: INE

En ambos escenarios el cálculo de las entradas netas es decreciente hasta el año 2010, fecha a partir de la cual se estabiliza prácticamente en volúmenes diferentes según las hipótesis. En el escenario 1 en torno a las 280.000 y en el 2 algo por encima de las 100.000. El total de entradas netas en España durante el periodo 2002-2025 se eleva a 8.173.096 en el escenario 1 y a 4.882.374 en el escenario 2. Este último, por lo tanto, establece unas entradas que equivalen al 60% de las previstas en el escenario 1.

Demos ahora un paso más con toda precaución y planteémoslo con un interrogante ¿Es posible calcular la población extranjera que tendremos en el país al final de la proyección? La respuesta inmediata es que no porque no sabemos cuantos se van a ir y cuantos se van a nacionalizar y de los que vendrán desconocemos el número de los que igualmente se conviertan en españoles.

Pero, a pesar de todo, voy a ofrecer un volumen que me apresuro a decir que es sólo tentativo. Y lo voy a dar a través de una piraeta en el tiempo (y en el método) y para cada una de las hipótesis. Me explico. La población extranjera el 1-1-05 era según el Padrón de Habitantes de 3,7 millones y las entradas netas desde el 2006 al 2025 son según el esce-

nario 1, 5.949.636. Eso quiere decir que si los datos del cálculo se reproducen con cierta exactitud en el 2025 tendríamos 9,6 millones de extranjeros que representarían el 19,35% de la población del país. Si ahora hacemos el mismo ejercicio con el escenario 2, la cifra total de extranjeros sería de 6,3 millones y el porcentaje del 13,77%.

Así pues, en la hipótesis más alta la población extranjera que a 1-1-2005 representaba el 8,5% del total doblaría con creces su presencia relativa en el devenir de los próximos 20 años. ¿Será posible?, ¿y de serlo, será positivo? ¿Qué costes habrá de pagar nuestra sociedad por semejante presencia?. Son cuestiones que no tienen una respuesta sencilla, pero que habrá que ir pensando por si acaso. Porque si es posible que no pueda haber tantos inmigrantes a medio plazo, es lógico pensar que sí habrá más que hoy.

Más, pero ¿Quiénes? Supongamos, en efecto, que vamos a tener casi 10 millones de extranjeros, ¿Cómo sería en ese caso su composición por orígenes y por sexos y edades?.

Repito, una vez, que los datos que ofrezco responden a un simple cálculo consistente en aplicar los valores relativos de la estructura actual al nuevo volumen previsto. Da de la inmigración futura una imagen impresionista y no tiene más pretensión, que imaginar un futuro posible.

Así pues, partamos de 9.680.246 extranjeros (en realidad serían menos porque algunos miles acabarían nacionalizándose). De ellos 5,1 millones serían varones y alrededor de 4,5 millones de mujeres. La inyección de 600.000 hombres atenuaría muy ligeramente la estructura por sexos del conjunto de nuestra población que ya sabemos tiene un ligero predominio del sexo femenino.

Por edades aproximadamente 1,5 millones tendría menos de 15 años y 465.620 más de 65. Casi 1 millón de niños más para escolarizar y medio millón añadido de pensionistas. Nuevos gastos sociales por la base y la cima de la pirámide de edades, pero una población adulta (potencialmente activa) de efectivos cuantiosos (más de 7,7 millones).

En cifras absolutas crecerán las diferencias por orígenes. La Unión Europea aportará 2 millones por 1,8 millones de africanos y 3,7 millones

de latinoamericanos. El resto de los países del Este suministrarían 1,5 millones (probablemente menos por las razones que hemos apuntado antes) y los países asiáticos cerca de medio millón. La colonia extranjera va a sufrir un claro proceso de latinoamericanización que será un factor positivo para el desenvolvimiento de la integración.

Por último, y antes de pasar a ofrecer los resultados obtenidos a partir de estas hipótesis, vamos a ver como juegan en distintos momentos de la proyección el saldo vegetativo y las entradas netas del extranjero (Tabla 2.5).

**Tabla 2.5 Evolución de saldo vegetativo y las entradas netas del extranjero**

Años	HIPÓTESIS 1			HIPÓTESIS 2		
	CREC. NATURAL	SALDO MIGRATORIO	TOTAL	CREC. NATURAL	SALDO MIGRATORIO	TOTAL
<b>2002</b>	51.587	647.867	699.454	51.579	647.867	699.446
<b>2005</b>	88.779	460.132	548.911	85.451	460.132	545.583
<b>2010</b>	89.670	284.874	374.544	75.188	112.182	187.370
<b>2015</b>	53.684	282.284	335.968	20.993	112.469	133.462
<b>2020</b>	-15.662	279.695	264.033	-61.228	110.333	49.105
<b>2025</b>	-64.490	277.106	212.616	-115.900	107.333	-8.567

Fuente: INE

El factor fundamental de la evolución es para ambas hipótesis el saldo migratorio. No sólo, porque es mayor que el crecimiento natural sino porque cuando éste entra en cifras negativas lo compensa y sigue ofreciendo crecimientos de conjunto favorable (saldo en el 2025 en la hipótesis 2).

En el horizonte de la proyección las diferencias entre ambos escenarios son significativas. En el primero el crecimiento positivo supera las 212.000 personas, mientras que en el segundo obtenemos un crecimiento de conjunto negativo, aunque modesto.

## Los resultados

El primer objetivo es saber cuantos seremos. Calcular, de acuerdo a las hipótesis manejadas para los factores del crecimiento, qué población tendrá el país al final de la proyección y en algunos de los años intermedios que hemos seleccionado como referencias cronológicas.

España va a seguir creciendo en los próximos 15 años. De hecho, aunque hayamos situado nuestro horizonte en el 2025, las proyecciones del INE mantienen el crecimiento ascendente hasta el año 2050. Según el escenario 1 y hasta la década de los 40 según el escenario 2.

El crecimiento es mayor en el caso del escenario 1 (Tabla 2.6) que en el 2.

**Tabla 2.6 Evolución de la población (datos a 1 de enero)**

POBLACIÓN	AÑOS						TOTAL 2002/2025	
	2002	2005	2010	2015	2020	2025	ABS	%
	<b>ESCENARIO 1</b>	40,9	42,9	45,3	47,1	48,6	49,8	8,9
<b>ESCENARIO 2</b>	40,9	42,9	44,7	45,5	46,0	46,1	5,2	12,70

Fuente: INE

En el 2025, de acuerdo al primero, estaríamos rozando los 50 millones de personas, con un crecimiento absoluto de casi 9 millones y un porcentaje de incremento del 21,7%. Según el otro escenario en el final de la proyección sólo seríamos 46 millones con un aumento desde el origen de 5,2 millones y un crecimiento relativo del 12,7%.

Las medias del crecimiento anual durante el periodo considerado nos ilustran acerca de su intensidad (Tabla 2.7).

**Tabla 2.7 Medios de crecimiento anual. Período 2002/2025**

	2002/2005	2005/2010	2010/2015	2015/2020	2020/2025
<b>ESCENARIO 1</b>	656.919	475.391	361.316	309.225	240.775
<b>ESCENARIO 2</b>	655.681	355.628	167.873	100.790	23.018

Fuente: INE

Dos conclusiones resultan evidentes. La primera es que, una vez más, los resultados del escenario 1 son mucho mejores. La segunda es la pérdida progresiva de la intensidad numérica del crecimiento a medida que se avanza en el tiempo.

Pero más importantes que las cifras absolutas o los valores de crecimiento relativo es la distribución de ese crecimiento por sexos y edades.

El análisis por sexos no ofrece sorpresas. Los resultados (en este caso sólo los del escenario 1 ya que los del 2 son prácticamente idénticos)

ponen de manifiesto un ligero predominio del sexo femenino, común a otras sociedades industrializadas, que evoluciona mínimamente a la baja a lo largo del tiempo (Tabla 2.8).

**Tabla 2.8 Evolución de la composición por sexo (escenario 1 en %)**

	<b>AÑOS</b>					
	<b>2002</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>
<b>VARONES</b>	49,03	49,16	49,28	49,36	49,44	49,49
<b>MUJERES</b>	50,97	50,84	50,72	50,64	50,56	50,51

Fuente: INE

El examen por edades ratifica las tendencias que vienen observándose desde hace tiempo: una disminución (ligera) de la población joven, un retroceso (también pequeño) de la población adulta, un envejecimiento progresivo de esta población y sobre todo una intensificación del envejecimiento y un envejecimiento de la propia vejez.

En ambos escenarios observamos los mismos procesos, pero con cifras y valores relativos distintos (Tabla 2.9).

**Tabla 2.9 Evolución de la estructura por edades**

<b>EDADES</b>	<b>ESCENARIO 1</b>		<b>ESCENARIO 2</b>	
	<b>2002</b>	<b>2025</b>	<b>2002</b>	<b>2025</b>
<b>0-15</b>	14,55	14,15	14,55	13,77
<b>16-39</b>	38,62	27,23	38,62	26,13
<b>40-64</b>	29,87	37,80	29,87	38,46
<b>65 Y MÁS</b>	16,96	20,82	16,96	21,64

Fuente: INE

En el año de partida había casi 6 millones de jóvenes, 28 millones de adultos y casi 7 de viejos.

El escenario 1 prevé que pese a su ligera disminución relativa en el 2025 haya 1 millón más de jóvenes (7 millones), 4,3 millones más de adultos (32,4 millones) y 3,5 millones más de viejos (10,3 en total).

El escenario 2 contempla un aumento más reducido de jóvenes (tan sólo 400.000 que los dejaría en 6,3 millones) y de adultos (1,7 millones que los situaría en casi 30 millones) y un crecimiento de más de 3 millones de viejos que rebasarían los 10 millones en total.

Este es el gran asunto de la evolución de la estructura por edades. Un aumento considerable, en cualquier escenario, de las personas de 65 años y más.

Y paralelamente una intensificación de la propia vejez. Aumentarán las personas de más de 65 y también las de más de 75 y las de más de 80. El ejemplo de éstas últimas puede ser ilustrativo de esa tendencia de la población vieja de hacerse cada vez más vieja. Según el escenario 1 (las cosas en el otro suceden de una manera parecida) en el 2002 había 1,6 millones de octogenarios que representaban cerca del 4% de toda la población. Pues bien, en el 2025 ya serán 3,2 millones con un 6,5% de todos los habitantes.

Tener tanta gente mayor no es valorado como un privilegio, sino como un problema cargado de inconvenientes y costes, de incapacidades y dependencias. Y no tendría que ser así. El hecho de que haya gente que viva más años y en unas condiciones que se pretende hacer mejores debería ser contemplado como una conquista social, como una victoria ante la muerte que ha tenido que retrasar progresivamente su acción. Al final nos gana la parca pero cada vez vendemos más cara su victoria. Más cara, sin duda, como se verá en este informe, porque el envejecimiento, no sólo por el pago de las pensiones, sino también por el de otros gastos sociales, incluidos particularmente los sanitarios, es un proceso oneroso.

Si nos atenemos al umbral de los 65 años el número de personas que van a cumplir esa edad va a ser, como hemos visto, creciente. Pero eso no debería hacernos suponer un incremento paralelo y automático del número de viejos. A medida que crece nuestra esperanza de vida deberíamos elevar la edad a la que considerar como vieja a una persona, incluso desde la simple perspectiva estadística. La edad física, mental y hasta laboral no tiene (no debería tener) relación con la edad cronológica. Todo va a depender del papel que las sociedades avanzadas atribuyan a sus mayores.

Por otro lado, el envejecimiento no es un fenómeno que se pueda eliminar. La subida de la natalidad y la inmigración pueden paliar sus efectos, pero no evitarlo. Hay que convivir con él, aceptarlo y adaptarse a sus exigencias y necesidades. Su propia asunción como algo inevitable y en bastantes casos positivo, es el primer paso para dar respuesta a sus efectos económicos y sociales.

La intensificación de la vejez va a demandar nuevas obligaciones por parte de los poderes públicos. Pero no todo va a ser una cuestión de dinero. Hay que diseñar nuevas fórmulas imaginativas para hacer socialmente útiles a unas personas que no pierden su talento por una simple decisión administrativa que además tendría que ser revisada.

El análisis del volumen y de la composición por sexos y edades debe ser completada por un estudio de la distribución territorial de los habitantes. No sólo se trata de saber cuantos seremos y qué composición nos definiría, sino también de calcular donde viviremos.

Antes de ofrecer los resultados recordaré tres observaciones previas. La primera es que el nivel de análisis territorial son las actuales Comunidades Autónomas. La segunda que el horizonte más lejano a esta escala es, como adelantamos, el año 2017. La tercera es que sólo utilizaremos el escenario 1 a fin de simplificar y clarificar la exposición y porque además al 2017 las diferencias entre los dos escenarios no son muy significativas. Realmente, el escenario 2, más contenido, sólo contempla una diferencia de menos de 2 millones sobre el escenario 1.

Veamos ahora los datos (Tabla 2.10). En conjunto entre el inicio y el final de la proyección se contempla un incremento de casi 7 millones o lo que es lo mismo de un 17% más de habitantes.

De las 17 Comunidades Autónomas, 14 tienen aumentos y sólo 3 disminuciones. Estas últimas son Asturias que pierde un 4%, Castilla y León (-1,33%) y Galicia (-0,44%). En términos absolutos los crecimientos son fuertes en Cataluña, Madrid, la Comunidad Valenciana y Andalucía. En todas ellas las ganancias están comprendidas entre 1 millón y 1 millón y medio de habitantes.

En términos relativos destacan 3 Comunidades con valores muy fuertes; Baleares, Murcia y la Comunidad Valenciana; y otras 5 con valores intensos Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid y la Rioja. En general la periferia crece más que el Centro. Los aumentos son significativos en ambos archipiélagos y el Mediterráneo evoluciona mejor que el Atlántico-Cantábrico.

El cuadro ofrece más información y sin duda, suscita más reflexiones, pero los hechos apuntados sintetizan de forma sucinta los rasgos más significativos de la evolución.

Tabla 2.10 Evolución de la población por comunidades (escenario 1)

REGIONES	POBLACIÓN							AUMENTO/DISM ABS	2002/2017 %
	2002	2005	2010	2015	2017				
ANDALUCÍA	7.360.469	7.639.572	8.010.213	8.312.216			8.422.962	1.062.493	14,43
ARAGÓN	1.203.660	1.239.065	1.276.771	1.301.747			1.310.633	106.973	8,88
ASTURIAS	1.061.942	1.058.319	1.044.992	1.026.133			1.017.778	-44.164	-4,16
BALEARES	872.836	957.604	1.064.860	1.152.082			1.185.474	312.638	35,81
CANARIAS	1.779.169	1.902.683	2.056.937	2.176.091			2.220.240	441.071	24,80
CANTABRIA	534.915	549.621	568.849	584.118			589.399	54.484	10,18
CAST. Y LEÓN	2.454.546	2.463.433	2.455.716	2.432.848			2.421.817	-32.729	-1,33
CAST. LA MANCHA	1.760.162	1.851.769	1.977.607	2.084.527			2.125.012	364.850	20,72
COMUNIDAD VALENCIANA	4.163.094	4.503.560	4.934.885	5.287.899			5.422.529	1.259.435	30,25
CATALUÑA	6.343.786	6.761.511	7.263.708	7.650.499			7.794.750	1.450.964	22,87
EXTREMADURA	1.058.148	1.069.322	1.078.599	1.080.478			1.080.386	22.238	2,10
GALICIA	2.693.733	2.709.593	2.710.345	2.692.086			2.681.812	-11.921	-0,44
MADRID	5.426.248	5.821.633	6.274.830	6.609.755			6.734.192	1.307.944	24,10
MURCIA	1.198.606	1.295.516	1.419.072	1.520.411			1.559.159	360.553	30,08
NAVARRA	555.879	580.473	611.080	634.792			643.303	87.424	15,72
PAÍS VASCO	2.082.258	2.099.495	2.112.824	2.110.015			2.104.445	27.757	1,33
RIOJA	276.679	293.483	314.340	330.921			337.195	60.516	21,87
CEUTA	71.585	71.179	69.052	65.879			64.427	-7.158	-10,00
MELILLA	66.529	67.170	67.274	66.035			65.196	-1.333	-2,00
<b>TOTAL</b>	<b>40.964.244</b>	<b>42.935.001</b>	<b>45.311.954</b>	<b>47.118.532</b>			<b>47.780.709</b>	<b>6.822.035</b>	<b>16,64</b>

Fuente: INE

## Conclusiones

1º) Las proyecciones manejadas son las llevadas a cabo por el INE calculadas a partir del Censo 2001. Nuestro horizonte ha sido el 2025 para el conjunto del país y el 2017 para el análisis espacial que utiliza las Comunidades Autónomas como referencia.

2º) Para los datos de conjunto se comparan los dos escenarios contemplados en la proyección. Para el análisis regional sólo las cifras del escenario 1.

3º) Las hipótesis sobre la esperanza de vida al nacer suponen un crecimiento entre 3 y 4 años para el escenario 1 y de 2,5 para el escenario 2. Los varones tienen ganancias algo superiores a las mujeres, pero al final de la proyección se mantienen las diferencias en torno a los 6 años (hombres en torno a 80 años y mujeres alrededor de 86).

4º) Para la fecundidad se prevé una recuperación desde 1,3 hijos por mujer hasta 1,52 en el 2025. Ello no impide el descenso del volumen de nacimientos. Crecen hasta el 2010, pero luego se reducen (70.000 menos desde el inicio al final de la proyección según el escenario 1 y 112.000 según el escenario 2).

5º) Hasta el 2015 se produce un crecimiento vegetativo favorable. Al final de la proyección el saldo natural es negativo aunque variable según los escenarios (-65.000 de acuerdo al escenario 1 y -116.000 según el escenario 2).

6º) La misma tendencia decreciente se prevé para la inmigración que se reduce progresivamente hasta el 2010 para estabilizarse en unas 280.000 personas según el escenario 1 y algo por encima de las 100.000 de acuerdo al escenario 2. Entre el 2002 y 2025 el primero calcula unas entradas netas de 8,1 millones y el segundo casi 5 millones.

7º) El factor fundamental del crecimiento para ambas hipótesis es el saldo migratorio. No sólo porque es mayor que el crecimiento natural sino porque cuando este último entra en cifras negativas lo compensa, provocando un crecimiento de conjunto favorable.

8º) España va a seguir creciendo en los próximos 15 años. Hasta los 50 millones según el escenario 1 y hasta los 46 si se cumple el 2.

9º) Con muy ligeras diferencias se mantendrá la actual proporción por sexos favorable a las mujeres (50,2%) y se ratificarán las tendencias que se vienen observando en la estructura por edades: pequeña disminución relativa de la población joven, y adulta, intensificación del envejecimiento y envejecimiento de la propia vejez.

10º) Por Comunidades Autónomas (horizonte 2017) 14 tienen aumentos y sólo tres disminuciones.

### **3. La vivienda en propiedad: patrimonio familiar y activo financiero**

#### **Planteamiento y propósitos**

La alta proporción de españoles que han resuelto sus necesidades de alojamiento haciéndose propietario de una vivienda es un rasgo característico que nos diferencia social y económicamente de otros países europeos.

La vivienda, aparentemente algo fácil de objetivar, tiene, sin embargo, múltiples caras en las que, más o menos nitidamente, acaba inscribiéndose el ciclo de vida familiar y reflejándose importantes elementos de la dinámica demográfica, de la estructura social y de la coyuntura económica.

Las interferencias entre hogares y vivienda han sido, sobre todo, contempladas en relación con el denominado *problema de la vivienda* o la dificultad de ciertos sectores sociales para poder satisfacer dignamente sus necesidades de alojamiento, y por ello ha preocupado, especialmente, la vinculación de la oferta de residencia con la población joven y con los procesos de emancipación.

En esta época, en la que ya es efectivo un proceso de envejecimiento demográfico avocado a la intensificación, es imprescindible seguir mirando hacia el futuro, escudriñando aspectos de la realidad que se van a ver afectados por los cambios demográficos vividos y por vivir. Sin duda, la vivienda, como alojamiento y como activo financiero, adquiere un

nuevo protagonismo y está llamada a representar nuevos y destacados papeles en el futuro escenario del envejecimiento demográfico.

En estas páginas, tras el obligado posicionamiento conceptual sobre las relaciones entre vivienda y dinámica demográfica, se intentará una aproximación a la dimensión de los flujos de *mayores* propietarios de vivienda, potencialmente partícipes de los productos financieros dirigidos a obtener una renta vitalicia de la vivienda propia.

Por último, continuando con el ejercicio de prospectiva, se proponen algunas reflexiones sobre los nuevos efectos de la relación entre envejecimiento demográfico y la vivienda en propiedad en su calidad de importante activo financiero, potencialmente utilizable por la *población mayor* para obtener rentas complementarias siempre oportunas cuando no imprescindibles, pero sin olvidar otros aspectos como su importante y tradicional condición de expectativa hereditaria.

## La vivienda: alojamiento, ahorro, inversión, patrimonio familiar, herencia

El Censo de 2001 define vivienda como “todo recinto estructuralmente separado e independiente que... está concebido para ser habitado por personas, y no está totalmente destinado a otros usos, y aquellos otros que no cumpliendo las condiciones anteriores están efectiva y realmente habitados.”. Concreta después la idea de “vivienda familiar”, añadiendo a lo anterior “que en la fecha censal no se utilizan totalmente para otros fines”. Por último, la *vivienda familiar* se considera *principal* “cuando es utilizada toda o la mayor parte del año como residencia habitual de una o más personas”.

Interesa también recordar que la vivienda puede ser clasificada como *desocupada* o *vacía* cuando “no es la residencia habitual ni es utilizada de forma estacional, periódica o esporádica” y como *secundaria* “cuando es utilizada solamente parte del año, de forma estacional, periódica o esporádica y no constituye residencia habitual”.

El criterio de uso de la vivienda como alojamiento ya introduce un panorama poco nítido, pero puede hacerse aún más indefinido cuando se

incorporan otros criterios de clasificación a partir de algunas de las características intrínsecas de la vivienda como la antigüedad, la superficie, el número de habitaciones, el equipamiento disponible, el estado de conservación, o los problemas o deficiencias que presentan.

En este trabajo, sin negar la importancia de los anteriores, el criterio de clasificación sobre el que se fija la atención es el *régimen de tenencia*. Pero entonces, tal como hace el Censo de Población y Vivienda de 2001, el sujeto de observación deja de ser la *vivienda* para pasar a ser el *hogar* (grupo de personas residentes en la misma vivienda familiar). Es el hogar el que aparece caracterizado por el régimen de tenencia de la vivienda en la que reside, que puede ser: 1) en propiedad por compra, totalmente pagada; 2) en propiedad por compra, con pagos pendientes (hipotecas...); 3) en propiedad por herencia o donación; 4) en alquiler; 5) cedida gratis o a bajo precio por otro hogar, la empresa...; 6) otra forma. La identificación práctica en el Censo de 2001 entre *hogar* y *vivienda familiar principal* permiten considerar también el régimen de tenencia como una característica de esas viviendas.

Así pues, siendo el objeto de análisis la *población mayor*, se centra la atención en los hogares cuya *vivienda familiar principal en propiedad*, atributo que se convierte en el principal eje vertebrador del estudio. La compra de la vivienda para uso propio tiene siempre la condición de activo económico, que además de servir para satisfacer necesidades de alojamiento del propietario, se convierte inevitablemente en una forma de ahorro y de inversión. Ahorro, por cuanto que supone detraer unas ciertas rentas del consumo, e inversión por que se espera que el precio pagado por la vivienda experimente importantes revalorizaciones. Efectivamente, además de su condición de bien inmueble, tangible y duradero, históricamente se ha comportado como un activo financiero que cíclicamente vive procesos de fuerte revalorización. Sin querer entrar en la maraña de cifras que distintas instituciones dan sobre la evolución de los precios de la vivienda, alguien que comprase una vivienda en 1995, en 2005 habría visto incrementado su valor entre un 150% y un 200%, a ello habría que añadir el rendimiento como bien de uso y restarle los costes financieros de la inversión si los tuviere.

Esa doble condición de bien de uso, imprescindible para satisfacer una necesidad básica, reconocida como el derecho fundamental a una

vivienda digna, y su condición de inversión, en ocasiones especulativa, enturbia y desvirtúa el mercado de la vivienda y las interdependencias existentes entre hogar y vivienda (Vinuesa, J. 2004).

Si entre los hogares jóvenes que buscan satisfacer sus necesidades de alojamiento o *demanda primaria*, no se puede ignorar la incidencia del hecho de que una vivienda en propiedad es también una forma de ahorro e inversión segura y rentable, en los hogares formados por personas mayores, la vivienda en propiedad además del alojamiento, es la materialización de unos ahorros y unos rendimientos. En suma, de un enriquecimiento que podría hacerse especialmente útil en el último tramo de la vida de los propietarios, cuando merced a las rentas aumentan las necesidades.

También es importante considerar que la vivienda es un bien muy duradero, cuya vida puede abarcar varios ciclos familiares, y en su condición de bien inmueble, vinculado a una porción de suelo urbano, su vigencia no sólo es ilimitada sino que siempre concita importantes expectativas de revalorización. Por su duración y su alto valor, en la mayor parte de las familias españolas, la vivienda constituye la parte fundamental del caudal hereditario o conjunto de bienes que una generación hereda de las precedentes. La herencia como institución, jurídicamente reglamentada y con un hondo arraigo social, será, por tanto, otro de los ejes vertebradores de la relación hogar vivienda dentro del conjunto de cambios sociales y económicos que irá imponiendo el proceso de envejecimiento demográfico.

A través del esquema del ciclo de vida familiar de tres generaciones sucesivas (Figura 3.1), puede deducirse que el aumento de la esperanza de vida ha de modificar el significado y la utilidad de la herencia o proceso de transferencias intergeneracionales de los patrimonios familiares. El alargamiento de la vida de los heredables hace que aumente también la edad de los herederos y que el efecto sobre estos de la rotación patrimonial vaya siendo diferente.

Efectivamente, representa un cambio sustancial pasar de recibir la herencia al comienzo de la vida adulta, como ocurría a principios del siglo pasado, a recibirla al borde de la jubilación, como está sucediendo ahora. En el ejemplo de la figura 3.1, se pone de manifiesto que el alargamiento del

**Figura 3.1.- Aproximación a la edad de la segunda y la tercera generación en el momento de producirse la extinción (herencia de la vivienda) de la primera (\*)**

<b>Ciclo de la primera generación</b>				<b>Ciclo de la segunda generación</b>				<b>Ciclo de la tercera generación</b>			
<i>Edad en el evento</i>	<i>Evento</i>	<i>Fase del ciclo</i>	<i>Vivienda</i>	<i>Edad en el evento</i>	<i>Evento</i>	<i>Fase del ciclo</i>	<i>Vivienda</i>	<i>edad en el evento</i>	<i>Evento</i>	<i>Fase del ciclo</i>	<i>Vivienda</i>
28,0	Emancipación	Formación del hogar	Compra de la vivienda hasta la cancelación de los préstamos	28,0	Emancipación	Formación del hogar	Compra de la vivienda hasta la cancelación de los préstamos	28,0	Emancipación	Formación del hogar	Compra de la vivienda
29,5	Nacimiento de los hijos	Fase expansiva		29,5	Nacimiento de los hijos	Fase expansiva		29,5	Nacimiento de los hijos	Fase expansiva	
33,0		Fase estable		33,0		Fase estable		33,0		Fase estable	
57,5	Salida de los hijos	Fase de contracción		57,5	Salida de los hijos	Fase de contracción		57,5	Salida de los hijos	Fase de contracción	
62,0		Nido vacío	62,0	Nido vacío		62,0	Nido vacío				
75,0	Fallecimiento pareja	Viudez	75,0	Fallecimiento pareja	Viudez	75,0	Fallecimiento pareja	Viudez			
85,0	Fallecimiento	Extinción	85,0	Fallecimiento	Extinción	85,0	Fallecimiento	Extinción			

(\*) Elaborado desde la perspectiva de una mujer y suponiendo el mantenimiento de los parámetros demográficos actuales de edad, de emancipación, calendario de nacimiento de los hijos y esperanza de vida de hombres y mujeres. De acuerdo con los datos del Colegio de Registradores de España para 2006, se ha considerado una duración media de las hipotecas de unos 25 años.

ciclo de vida familiar hace que la transmisión por herencia de la vivienda de una generación, coincida con el final del periodo de *nido vacío* previo a la viudez de los hijos y herederos directos y con el periodo en torno a la emancipación de los nietos.

Por último, en otro orden de cosas y para completar el carácter de la vivienda, es preciso recordar que la localización es un atributo fundamental de la vivienda y por ello cualquier análisis que se quiera realizar sobre su posible utilización como activo financiero, deberá partir de la correspondiente delimitación del ámbito territorial del mercado en el que se encuentre. La vivienda ha de ser considerada como una porción de espacio privado, que tiene una localización en el territorio, generalmente en un ámbito urbano, que la califica y en buena medida determina su utilidad, su precio y las expectativas de generar plusvalías.

## Predominio de la vivienda en propiedad: un caso límite en el contexto europeo

A diferencia de lo que ocurre en el resto de los países europeos, ser propietario de una vivienda es una circunstancia normal en España y el fuerte predominio de la vivienda en propiedad sitúa a la sociedad española en una posición especial ante el proceso de envejecimiento demográfico. La propiedad es el régimen de tenencia que ha ido imponiéndose y consolidándose a lo largo del último medio siglo. A pesar de las consecuencias negativas que tiene la escasa proporción de viviendas en alquiler y de las declaraciones de los sucesivos Planes de Vivienda durante los últimos decenios en apoyo a la vivienda en alquiler, lo cierto es que la proporción de propietarios de vivienda se mantienen por encima del 80%, Según el Censo de 2001 la proporción hogares con viviendas en propiedad era de 82,17% para el conjunto de España, con irrelevantes variaciones entre las zonas *urbana* (81,88%), *intermedia* (82,47%) y *rural* (82,98%).

La comparación con los datos de la Unión Europea (Tabla 3.1) pone de manifiesto la divergencia de la situación española; los valores de España prácticamente duplican a los de Alemania y si en los últimos años puede apreciarse un cierto proceso de convergencia es porque en los países europeos aumentan las proporciones de propietarios más rápidamente que en España.

**Tabla 3.1 Proporción de viviendas en propiedad (%)**

	1994	2001
EU(15)	57,9	64,0
Francia	54,7	63,1
Alemania	38,5	43,6
España	78,8	84,8

Fuente: Eurostat. INE. Panel de Hogares de la Unión Europea

No es este el momento de detenerse en la explicación de esta singularidad de la sociedad y de la economía españolas. Son muchos y muy variados los factores que han contribuido a tan altas proporciones de propietarios: el fuerte proceso de éxodo rural y urbanización que se inicia con la segunda mitad del siglo pasado; el enfoque que el régimen franquista dio a la política de vivienda; una legislación de alquileres excesivamente intervencionista a favor de los inquilinos; y una política fiscal favorecedora de la compra de la vivienda y casi ciega ante la especulación, han contribuido a unas condiciones objetivas del mercado, en las que resulta mucho más interesante la compra que el alquiler, en las que los ciudadanos ven la posibilidad de participar de formidables revalorizaciones, aunque el esfuerzo económico a realizar condicione y retrase su proceso de emancipación e hipoteque la economía del hogar durante decenios.

Pero al margen de cuales sean los factores y las circunstancias, lo cierto es que existe en la sociedad española esa propensión a la vivienda en propiedad que tras más de medio siglo se ha convertido en la principal forma de ahorro, hasta el punto de que según la Encuesta Financiera de las Familias, elaborada por el Banco de España en 2002, un 87,4% de la riqueza de los hogares españoles corresponde a activos reales, de los que más del 90% son activos inmobiliarios, proporción que se hace mayor entre los hogares con rentas más bajas.

## **Casi nueve de cada diez *mayores* estarán respaldados por su vivienda**

Como se enunciaba al principio, lo que interesa es incorporar al estudio de los *mayores*, como característica sociodemográfica, la condición de propietario de su vivienda. Es necesario, por tanto, contabilizar la cantidad de *mayores* propietarios, pero la información estadística disponible

presenta limitaciones básicas para poder profundizar en el análisis de esta circunstancia que abre importantes expectativas en el panorama de la sociedad envejecida.

Sólo es posible una aproximación a la realidad a partir de los datos del Censo de 2001 y, en menor medida, de la Encuesta de Condiciones de Vida y del Panel de Hogares (INE, Eurostat), y siempre a través de la utilización de procedimientos indirectos. La principal limitación a efectos de lo que aquí interesa es que, tal como ya se ha indicado, el régimen de tenencia de la vivienda es una característica del hogar y por consiguiente no es directamente atribuible al individuo, que es la unidad de análisis más adecuada. La estadística nos dice qué hogares son propietarios de la vivienda que ocupan, pero sobre las personas sólo nos dice cuál es el régimen de tenencia de la vivienda en que residen. Sólo podemos tener certeza de la propiedad individual cuando se trate de hogares unipersonales, pero en el resto de los casos, tanto desde el punto de vista jurídico como sociodemográfico, no es posible identificar de forma inequívoca a los propietarios de la vivienda de los hogares formados por varias personas y que pueden presentar estructuras muy diversas.

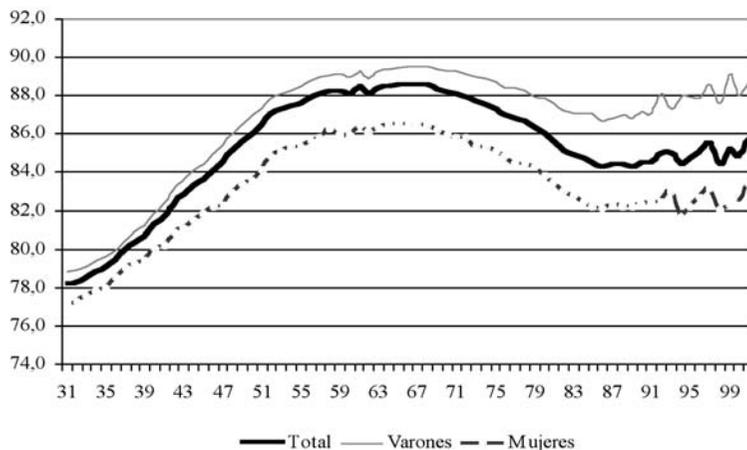
El punto de partida es el hogar "propietario" y para tratar de traducirlo a individuos propietarios se ha utilizado aquí el concepto de *persona de referencia* (anteriormente denominada por la estadística oficial *persona principal* y antes *cabeza de familia*). Como se sabe, este concepto, necesario para poder determinar las relaciones existentes entre los miembros del hogar y, a partir de ellas, su estructura, ha ido convirtiéndose en algo puramente operativo y sin una significación inequívoca. Sin embargo es razonable considerar que, especialmente entre los hogares de *mayores*, puede darse una muy alta coincidencia entre la persona que a efectos censales se considera *persona de referencia* y quién realmente ostente el título de propiedad de la vivienda. En los casos de hogares formados por un matrimonio la propiedad sería, normalmente, compartida.

Desde ese supuesto, a continuación se concretan algunos parámetros relevantes de la relación entre los *mayores* y la condición de propietario de vivienda con objeto de dimensionar el fenómeno. Las curvas de la Figura 3.2 muestran que las proporciones de propietarios (personas de referencia) son siempre superiores para los varones que para las mujeres a todas las edades y que la condición de propietario se intensifica con la edad. La inflexión que se aprecia a partir de los 70 años podría ser más

un efecto generacional que de edad. Como ya se ha dicho, no es hasta la segunda mitad del siglo pasado cuando se va haciendo fuertemente preponderante el régimen de tenencia en propiedad.

Los 70 años es la edad mínima normalmente exigida por las entidades financieras para que los *mayores* puedan contratar productos con los que obtener rendimientos económicos de la vivienda propia (Herranz, R., 2006). En 2001 había 2,5 millones de hogares con *persona de referencia* de 70 o más años de edad, de las cuales 1,3 millones eran varones y 1,2 mujeres y, para ese grupo la proporción de viviendas en propiedad se mueve siempre por encima del 84%. Pero, pensando en el futuro, el grupo de 55 a 69 años, que irá atravesando entre 2001 y 2015 el umbral fijado para este tipo de prácticas financieras, además de ser más numeroso (2,9 millones en 2001) presenta proporciones bastante más elevadas, siempre por encima del 88%, y nada permite pensar que la condición de propietario vaya a descender con la edad.

**Figura 3.2.- Proporción de hogares con vivienda en propiedad según la edad y el sexo de la persona de referencia.**



Fuente: INE. Censo de 2001. Elaboración propia

Si se considera la estructura de los hogares, los datos de la Tabla 3.2 vuelven a confirmar la proporción superior al 80% para los hogares de *mayores*. Se puede añadir además otro dato relevante: los hogares de *mayores* con pagos pendientes en la compra de su vivienda no llegan al 5%,

y razonablemente, esas deudas serán siempre pequeñas en relación con el valor del inmueble.

**Tabla 3.2 Hogares según estructura y régimen de tenencia (2001)**

	Hogares con vivienda en propiedad	Porcentaje de hogares con vivienda en propiedad con pagos pendientes (hipotecas...)	Porcentaje de hogares con vivienda en propiedad
Total	11.654.379	22,8	82,2
Una mujer de 65 o más años	856.670	2,9	82,1
Un hombre de 65 o más años	259.734	2,8	82,4
Dos adultos, uno al menos de 65 años o más, sin menores	1.565.638	4,6	88,1

Fuente: INE. Censo de 2001. Elaboración propia

Según el Panel de Hogares de Eurostat en 2001, las personas mayores de 65 años que vivían solas eran propietarias de sus viviendas en un 53,1% en el conjunto de los 15 países, mientras que en España el porcentaje era del 83,6.

Otro aspecto relevante, puesto de manifiesto por el Panel de Hogar, es que mientras en los hogares del conjunto de los 15 países de la Unión Europea con una renta inferior al 60% de la media, la proporción de propietarios era del 50,1%, entre los que tenían una renta por encima del 140%, era del 73,5. Sin embargo, en el caso de España ambos valores eran prácticamente iguales, 84,8% y 86,2%, respectivamente, lo que vuelve a poner de manifiesto el carácter casi universal de la propiedad de la vivienda en España, sin incidencia de las diferencias de renta.

La relación con la actividad de la *persona de referencia* del hogar muestra nuevamente que la proporción de propietarios de vivienda se incrementa con la edad. Tal como indican los datos de la Encuesta de Condiciones de vida (Tabla 3.3), es el grupo de los jubilados (88,3%) el que presenta mayores proporciones, por encima del de los activos (78,3%) y del de los parados (63,5%). La comparación de esta variable con otros países de la Unión Europea vuelve a reflejar la singularidad del caso de España. El Panel de Hogares da una proporción en 2001 para el conjunto de los 15 países de la UE de 64,6% de *retirados* propietarios.

Son poco significativas, aunque en la dirección esperada, las diferencias que produce el estado civil de las *personas de referencia* del hogar. Tal como refleja la Tabla 3.3, hay una mayor proporción de propietarios entre los casados y los viudos que entre los solteros y, especialmente, que entre los separados y divorciados.

**Tabla 3.3 Proporción de hogares propietarios de la vivienda según el estado civil**

	Todos los hogares			Hogares con <i>persona de referencia</i> de 70 o más años		
	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Todos	82,9	84,0	80,6	86,7	88,4	84,2
Solteros	80,5	81,9	77,8	81,6	83,6	80,4
Casados	85,6	86,0	84,3	89,0	89,3	87,6
Viudos	84,6	85,9	84,1	84,8	87,0	83,9
Separados y divorciados	70,3	69,7	70,8	72,9	71,8	73,8

Fuente: INE. Censo de 2001. Elaboración propia

## Vivienda en propiedad y dependencia

Los cambios sociales son siempre procesos complejos, en sus causas y en sus consecuencias. Pero ello no evita que lo más frecuente sea encontrar imágenes del futuro obtenidas mediante la simplificación y la extrapolación de la realidad presente. Por ejemplo, cuando se hacen valoraciones de la estructura por edad en 2025 o, incluso en 2050, y se compara la proporción de *mayores* y la proporción de activos, los cambios anunciados por las proyecciones demográficas, tomados como ciertos, conducen necesariamente a conclusiones seriamente preocupantes. Pero en el análisis se suele pasar por alto la evolución de otros aspectos sociales y económicos muy importantes. No se hace el esfuerzo de imaginar que igual que la estructura por edad de la población, y en relación con ella, cambiarán también, entre otros, la productividad, la eficiencia del sistema económico, las condiciones de salud y las pautas de comportamiento de los individuos de unas y otras edades. En el arriesgado ejercicio de la prospectiva, la simplificación de los procesos y el empeño de valorar el futuro con los parámetros sociales, económicos y antropológicos del presente es casi siempre un atajo hacia el error.

En la relación envejecimiento demográfico y alta proporción de vivienda en propiedad, hay algunos hechos que permiten hacer previsiones razonables para los próximos años y que invitan a plantear interrogantes sobre su incidencia:

1º Va a seguir aumentando la esperanza de vida. Esta previsión, junto con la evidencia de la propia estructura por edades, anuncia que en los próximos años seguirá creciendo la población de *mayores*: las proyecciones del INE calculan para 2016 una población de 6,4 millones de mayores de 70 años y 2,8 millones de mayores de 80 años. Las tasas anuales de crecimiento acumulativo entre 2006 y 2016 serían del 1,71% y del 3,76% respectivamente.

Estos ritmos de crecimiento, especialmente rápidos en el grupo de mayores de 80, en el que aumentan considerablemente las situaciones de dependencia, ayudan a imaginar la evolución de las necesidades de las personas mayores y los esfuerzos a realizar para su atención, aunque, como ya se ha dicho, es obligado tratar de ir más allá de la evidencia aplastante de los números. Hay que preguntarse también por la evolución de la intensidad de las prestaciones y por la forma en que irán gravitando sobre los diferentes agentes sociales implicados: administraciones, instituciones financieras y de seguros, familias y propios interesados.

2º La proporción de propietarios de vivienda para los mayores de 70 años, que en 2001 estaba por encima del 84%, a la vista de los datos de las generaciones que se irán incorporando al grupo, subirá entre 4 y 5 puntos porcentuales. Podría decirse que en 2016 nueve de cada diez mayores de 70 años serán propietarios de una vivienda, teóricamente susceptible de ser utilizada para incrementar, en ocasiones de forma sustancial, su capacidad de renta, modificando sus condiciones de vida y su relación de dependencia.

3º En los últimos años están aflorando productos financieros sobre la idea de la renta vitalicia, dirigidos a los mayores de 70 años que son propietarios de una vivienda. En octubre de 2005 el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) presentó en el Congreso de los Diputados una Proposición de Ley sobre *Beneficios fiscales a determinados actos de disposición de bienes que conforman el patrimonio inmobiliario personal para asistir las necesidades económicas de la vejez y la dependencia*,

básicamente dirigida a mejorar el tratamiento fiscal de la denominada *hipoteca inversa*. En distintos momentos los medios de comunicación se han hecho eco de la intención del Gobierno de España de presentar un proyecto de Ley de Mercado Hipotecario, en el que se incluirían medidas incentivadoras de la contratación de este tipo de productos mediante beneficios fiscales. La idea que subyace tras estas iniciativas legislativas, aún sin concretar, es fomentar el uso de productos como la *hipoteca inversa* y *los seguros de dependencia*, para buscar nuevas formas de contribuir a la protección de las personas mayores y, especialmente, de las más dependientes.

Los productos son teóricamente de una gran diversidad y de una adaptabilidad casi ilimitada a las condiciones de los propietarios (Herranz, Rubén, 2006). Su utilidad social es evidente y sin embargo, de momento, su implantación es casi testimonial. Ante esto, cabe preguntarse ¿Qué ha cambiado para que las entidades financieras comiencen recientemente a dedicar atención a esta oportunidad de negocio, ya obvia desde hace años? ¿Sólo ha cambiado el número potencial de clientes o se atisban también otras circunstancias favorables? ¿Es sólo la utilidad social, centrada en los *mayores*, lo que mueve al Gobierno a plantear medidas fiscales favorecedoras de la propagación de estos productos financieros? ¿Permiten estos productos diseñar horizontes en los que tomen cuerpo algunas válvulas de escape para el exceso de presión que el envejecimiento demográfico produce sobre las arcas públicas?.

4º La condición de propietario es casi universal y por tanto puede producir una primera impresión de homogeneidad, pero se disipa inmediatamente al incorporar, como es obligado, el precio de la vivienda. Se trata de un activo económico cuya capacidad de generar una renta al propietario estará determinada básicamente por su precio, que en buena medida es consecuencia de su localización. No todas las viviendas suscitan el mismo interés de las entidades financieras, que, en coherencia con la lógica económica de este tipo de negocios, preferirán operar con los inmuebles situados en las zonas urbanas de mayor dinamismo. Es normal que dirijan sus operaciones a las viviendas por encima de unos determinados precios y localizadas en núcleos consolidados.

Las estadísticas de precios de viviendas, siempre discutibles, reflejan una gran y creciente divergencia territorial, hasta el punto de que el precio

medio de la Comunidad de Madrid casi dobla la media de España, triplica los de Castilla-La Mancha y Galicia y cuadruplica ampliamente el de Extremadura. Teniendo en cuenta que no existen esas diferencias en el esfuerzo a realizar para hacer frente a las crecientes necesidades de los *mayores*, cabe preguntarse: ¿Cómo hará frente el Estado a este enorme desequilibrio regional?

Obviamente, un estudio de esta desigualdad, concretando el ámbito de análisis a la escala local o intralocal, ofrecería un panorama de mayores disparidades. La estadística de precios del Ministerio de la Vivienda para viviendas de segunda mano en el cuarto trimestre de 2006 en núcleos de más de 25.000 habitantes refleja un abanico que va de 763,2 euros/m<sup>2</sup> en Hellín a 3.603,1 euros/m<sup>2</sup> en San Sebastián.

El mercado de la vivienda ha experimentado en España en los últimos años un enorme dinamismo, en producción y en precios. Su tradicional comportamiento cíclico debe hacer pensar en la posibilidad de que en los próximos años se dejen notar en la evolución de los precios el exceso de oferta e incluso una disminución que afectaría especialmente a las zonas con menor desarrollo urbano. La gran proporción de viviendas vacías y segundas viviendas puede ser un argumento a favor de estas inquietudes, como también lo puede ser en sentido contrario la importancia creciente de la demanda exterior.

Aunque cabe suponer en principio un cierto paralelismo entre el nivel de renta de los hogares y el precio de sus viviendas, las desiguales revalorizaciones en función de los procesos de desarrollo urbano a lo largo del tiempo provocan importantes y numerosos desajustes, especialmente en las zonas centrales de las ciudades, donde son frecuentes los casos de *mayores* que, siendo propietarios de una vivienda de un enorme valor económico, tienen niveles de renta insuficientes incluso para el mantenimiento de la propia vivienda. Es una disfunción económica que se suma muchas veces a las de los tamaños excesivos y los servicios insuficientes de las viviendas y que deja sentir sus efectos sobre el propio espacio urbano, que a pesar de poseer una importante centralidad, vive, en muchos casos, procesos de deterioro y declive. El desarrollo de algunas de las fórmulas financieras que permiten al *mayor* la obtención de rentas de la propia vivienda podrían tener también efectos paliativos sobre tales disfunciones, ayudando a corregir este problema urbanístico de forma más racional y favorable para los propietarios *mayores* que en la situación actual acaban siendo objeto de expulsión.

Diferentes desarrollos legislativos, en especial de la normativa que permita aplicar la denominada Ley de Dependencia, irán determinando la forma en que las haciendas públicas traten estos desequilibrios. La exclusión de prestaciones para los *mayores* propietarios de una vivienda o con una mayor capacidad de renta podría provocar comportamientos de ocultación o de transmisión adelantada del patrimonio.

5° Desde una perspectiva económica, cabe considerar que, con carácter general, tras la jubilación, la consiguiente reducción de los ingresos, avocaría a los *mayores* a utilizar sus ahorros para mejorar puntualmente o de forma permanente su nivel de renta. También que, más adelante, como consecuencia del incremento de sus necesidades de ayuda, el creciente grado de dependencia podría hacer imperativo recurrir a todos los activos disponibles, siendo entonces cuando aparecería inexcusablemente la utilización de la vivienda-ahorro. Pero esta lógica de comportamiento, inspirada en la racionalidad económica, no es suficiente para predecir la hipotética predisposición de los *mayores* hacia estos productos que teóricamente pueden serles de tanta utilidad.

Hay algunos otros aspectos de la realidad que es necesario ponderar (Herranz, Rubén, 2006). La vivienda, como ya se ha dicho, tiene en nuestra sociedad una gran importancia económica al constituir en la mayor parte de los casos la casi totalidad del patrimonio familiar. Pero quizás por eso mismo tiene también un alto valor simbólico. La vivienda en propiedad constituye, por distintas razones fiscales y de mercado, un serio anclaje espacial, con fuertes argumentos para la permanencia. La vivienda en propiedad suele ser así "para toda la vida" y como escenario de toda la historia familiar es percibida como un legado, lo cual casa mal con la idea de convertirla al final de la vida en parte de una operación financiera que, aunque no sea necesariamente así, elimina o enturbia la herencia a transmitir a los hijos. La renta vitalicia no es una novedad en el panorama jurídico pero sí en los usos sociales. Por el contrario, la herencia es una institución jurídicamente reglamentada y socialmente muy arraigada. No es irrelevante en nuestra sociedad, quizás como un atavismo del ruralismo predominante hasta hace menos de medio siglo, que los bienes inmuebles, además de constituir la mayor parte del caudal hereditario familiar, creen vínculos transgeneracionales de identidad.

En semejante situación, la herencia es también una expectativa de enriquecimiento para los que han de recibirla. La generalizada revalorización

de las viviendas contribuye también, seguramente, a alimentar y hacer más intensas tales expectativas

Así, la posibilidad de que se extienda en los próximos años la práctica de que los *mayores* españoles utilicen la vivienda para incrementar sus rentas, plena de sentido desde una perspectiva demográfica y económica, ha de ser pasada por el tamiz de la aceptación social que pueda tener este tipo de prácticas.

Como ya se mencionaba más arriba, el aumento de la esperanza de vida y el alargamiento de los ciclos familiares podrían obligar a replantear algunos aspectos de la legislación hereditaria. Por ejemplo, algunos matrimonios deciden salvaguardar por vía testamentaria la permanencia del cónyuge superviviente en la vivienda familiar, parcialmente heredada por los hijos a la muerte, en la mayor parte de los casos, del padre.

También el alargamiento de los ciclos de vida familiar puede obligar a replantear algunos de los códigos en las relaciones intergeneracionales ya que ha aumentado considerablemente el tiempo en el que los padres han de recibir asistencia de diversa naturaleza de sus hijos. Por otra parte, aunque a más largo plazo, habrán de notarse los efectos de la reducción del número de hijos por mujer y cada vez serán más numerosos los hogares unipersonales y los hogares con un único descendiente o sin descendencia directa.

En otro orden de cosas, la avanzada edad de los propietarios es, a la vez, un factor necesario y contrario a la generalización de estos productos, que, por novedosos, generarán desconfianzas y temores en una etapa vital nada proclive a la innovación o a la asunción de riesgos. La falta de autonomía se traslada también al ámbito de la toma de decisiones y con frecuencia será el entorno familiar quien acabe teniendo que abordar un dificultoso proceso en el que la racionalidad suele quedar postergada por los sentimientos.

## Conclusión

El mercado inmobiliario residencial español se ha configurado como el principal actor en el desarrollo urbano durante el último medio siglo. Es

un factor excesivamente marcado por las ansias especulativas y está detrás de muchos de los excesos urbanísticos y territoriales, pero también juega un destacado papel en la marcha de la economía y, sobre todo, ha convertido a casi de 9 de cada 10 *mayores* en propietarios.

La importancia de la vivienda en propiedad, como ahorro capaz de incrementar la renta de las personas mayores, aparece en el escenario de los cambios demográficos y va a obligar a reconsiderar el régimen jurídico de la protección a la dependencia, la financiación del sistema sanitario y de la dependencia, y a recomponer el apoyo informal de las propias familias.

Los *mayores* españoles se enfrentan al futuro con el bagaje de un importante ahorro y el adecuado aprovechamiento de este recurso se plantea como una oportunidad espléndida para ellos, para sus familias, para las haciendas públicas y para las entidades financieras, pero también como un reto difícil por cuanto que introduce nuevos elementos a considerar en defensa de la solidaridad interregional, en la política redistributiva y, sobre todo, en las prácticas sociales, especialmente en una nueva manera de entender la herencia y las relaciones intergeneracionales. Los cambios que necesariamente han de producirse en las relaciones entre generaciones de padres, hijos y nietos, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, más concretamente del periodo de dependencia, y como consecuencia también de los muchos cambios en las estructuras de hogares y familias, pueden tener una importante ayuda en el activo económico que constituye la vivienda familiar.

Es muy interesante profundizar en la idea de que las viviendas, como ahorro y como activo financiero, brindan la oportunidad de ser convertidas en generadoras de rentas, especialmente oportunas en los últimos años de vida de sus propietarios. Pero es precisa una perspectiva más amplia. Hay que pensar en cómo utilizar el patrimonio inmobiliario para una más adecuada organización de las ayudas intergeneracionales. El descenso de la fecundidad, que tan importante papel desempeña en el proceso de envejecimiento demográfico, es el reflejo de la actitud de unas generaciones frente al esfuerzo personal y económico que comporta crear otras generaciones nuevas. No es ocioso pensar que los jóvenes hogares agotan buena parte de su capacidad de renta en la compra de una vivienda.

## Referencias bibliográficas

Banco de España (2004) Encuesta Financiera de las Familias españolas (EFF) 2002: (Esta encuesta es la única fuente estadística en España que permite relacionar las rentas, los activos, las deudas y el gasto de cada unidad familiar).

Naredo, José Manuel; Carpintero, Óscar y Marcos, Carmen; (2005) *"Patrimonio inmobiliario y balance nacional de la economía española (1991-2004)"* Ensayos.2005 n° 4 Fundación de las Cajas de Ahorro. (Elaborado a partir de la Encuesta Financiera de la Familia referida al último trimestre de 2002, elaborada por el Banco de España, analiza la composición y el valor del patrimonio inmobiliario en España desde 1991 a 2004).

Herranz González, Rubén (2006). "Hipoteca Inversa y figuras afines". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n° 49. [Fecha de publicación: 21/03/2006]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/herranz-hipoteca-01.pdf>. (Es una explicación completa y detallada de diferentes productos financieros que posibilitan obtener rentas periódicas adicionales a los mayores propietarios de una vivienda, incorpora también reflexiones sobre su aplicabilidad en razón de factores sociológicos y psicológicos).

INE. - *Encuesta de Condiciones de Vida* <http://www.ine.es/inebase> (La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) (normalizada por la Comisión Europea) está enfocada al estudio de la pobreza y desigualdad, el seguimiento de la cohesión social en el territorio. Está dirigida a hogares y da continuidad al Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE), realizado durante el periodo 1994-2001. Las características y objetivos de ambas encuestas son similares, aportando el PHOGUE una experiencia muy valiosa para la nueva encuesta).

Vinuesa Angulo, Julio (2005) "Dinámica demográfica, mercado de vivienda y territorio", *Papeles de Economía Española*, n° 104, 2005, pp.253-269. (Estudio de las implicaciones demográficas en el mercado de la vivienda con una especial valoración de la dimensión territorial).



# **Dependencia: valoración y tendencias**

## **4. Las personas mayores con dependencia**

Antonio Abellán García | Cecilia Esparza Catalán

## **5. Dependencia y envejecimiento. Valoración**

Antoni Salvà | Toni Rivero

## **6. Carga de enfermedad y tendencias de morbilidad de la población española**

Ricard Gènova Maleras | Elena Álvarez Martín  
Consuelo Morant Ginestar



## 4. Las personas mayores con dependencia

### Introducción

Este capítulo presenta una estimación del número de personas mayores con dependencia en España y una descripción de sus principales características personales (sociodemográficas y condiciones de salud) y de su entorno inmediato (con quién viven y quién les cuida). También se ofrece una interpretación de la evolución pasada y de la tendencia futura de la dependencia.

Conocer el alcance y circunstancias de la dependencia, y de la discapacidad que la provoca, es importante por varios motivos. En primer lugar, es un indicador de las condiciones de salud de los individuos y una forma de medir el bienestar global de una sociedad. En segundo, contribuye al debate acerca de si la ganancia de vida conseguida (de hecho se está ganando vida sobre todo en las edades elevadas, 75-80 años), se traduce en vidas más o menos saludables, y si la discapacidad aumenta o disminuye mientras desciende la mortalidad. En tercer lugar, porque la familia ha soportado tradicionalmente, y de forma no compensada, la carga de la dependencia; dado que el número de personas mayores aumenta, interesa conocer la carga y saber si se incrementará para organizar estrategias de atención. Finalmente, presentar cuestiones sobre dependencia contribuye a crear conciencia del problema, a hacerlo más visible y rescatarlo de la intimidad familiar, donde se encuentra actualmente, y a preparar a la sociedad para soluciones o alternativas necesarias.

*Dependencia y discapacidad.*- Enfermedad, deficiencia, discapacidad y dependencia son cuatro eslabones de la cadena que representa el proceso

global de discapacidad. Aunque los términos se utilizan a veces indistintamente, todos tienen su propia delimitación. Especialmente importante es el ámbito, médico o social, al que se asignan. Enfermedades y deficiencias entran dentro de la esfera médica, y discapacidad y dependencia en la social, aunque las fronteras no son claras, y de hecho, la coordinación entre ambos ámbitos es necesaria en muchas circunstancias.

Una *enfermedad* (o un accidente o un problema congénito) es el primer eslabón del proceso que suele llevar a una *deficiencia*, un mal funcionamiento de un órgano o sistema orgánico, a nivel del cuerpo, que puede tener a su vez consecuencias en el funcionamiento físico, mental o social de la persona, es decir, conducir a una limitación funcional y a una incapacidad.

La *discapacidad* es la dificultad para desempeñar papeles y actividades de la vida cotidiana, habituales para personas de similar edad y condición sociocultural. Es la expresión de una limitación funcional o cognitiva en un contexto social. Es la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas por su salud) y las demandas del medio, es decir, lo que exige ese entorno (físico, social, laboral) para desarrollar actividades, papeles o tareas sociales. En este sentido, no es únicamente un concepto médico, no es ante todo un problema de salud, sino más bien social (Puga y Abellán, 2004).

Esta dificultad o incapacidad obliga a la persona que la experimenta a solicitar ayuda de otra para poder realizar esas actividades cotidianas. En esto consiste la *dependencia*: es una consecuencia social de la discapacidad; es la respuesta social al problema, aunque no todas las personas con discapacidad necesitan asistencia. Dependencia es una situación de discapacidad en la que interviene el factor contextual de ayudas (Querejeta, 2004).

A efectos de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, conocida como Ley de Dependencia, y en situación de trámite parlamentario durante 2006, dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (BOCG, 2006). Este concepto se basa en la recomendación del Consejo de Europa (*Recomendación n° 98 (9) relativa a la dependencia*, adoptada el 18 de septiembre de 1998).

*La medición de la dependencia.* - Existe un amplio debate sobre la delimitación y alcance de los conceptos citados, pero ante todo sobre la forma de medirlos. Suele medirse la discapacidad como la dificultad para ejecutar actividades de la vida diaria, básicas (vestirse, levantarse, comer), instrumentales (hacer las tareas domésticas, usar el teléfono, realizar la compra, etc.), o de movilidad (interna dentro de las casas, o externa como desplazamientos o paseos), y la dependencia como necesidad de ayuda para realizarlas, o como la propia recepción de asistencia en esas actividades. En otro capítulo de esta monografía (A. Salvà y A. Rivero: *Dependencia y envejecimiento. Valoración*), se aborda la confección de un instrumento de valoración de la dependencia, encuadrado en un marco teórico y en las experiencias internacionales, que actualmente se encuentra en fase de validación. Se espera que ese instrumento constituya un elemento de referencia para futuras mediciones.

Pero en la actual monografía hemos querido enmarcar el fenómeno de la dependencia presentando una estimación, fundamentada en este caso en los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003 (ENS). En el módulo de hogar de esta encuesta se preguntó sobre dificultad genérica para realizar actividades de la vida diaria, y si se necesitaba algún tipo de ayuda o cuidado de otras personas. Se realizó un segundo módulo de salud para adultos y niños (cuestionarios diferentes). Adicionalmente, si el sujeto de la entrevista del segundo módulo tenía 65 ó más años, se pasaba una relación de 27 actividades corrientes de la vida para conocer su capacidad funcional (se elimina la actividad de cortarse las uñas de los pies).

A efectos de esta medición, se considera **persona de edad dependiente** aquella que ha declarado problemas para realizar alguna de las actividades concretas de la vida diaria, es decir, que tenía discapacidad, y que además ha reconocido en el módulo de hogar de la citada encuesta que necesitaba ayuda. En el Anexo I de este libro se presentan otras estimaciones realizadas en España.

## La dependencia según diferentes características

Un 21,5% de las personas de edad son dependientes en algún grado, es decir, **1.495.391 personas**, un 15,9% de los varones y un 25,6% de las mujeres (ENS, 2003). Conviene destacar que un 78,5% de los mayores

(5.461.869) están libres de dependencia. Entre los dependientes, un 14,9% han declarado una dificultad absoluta, 29,0% grave, y 56,1% moderada para la realización de actividades de la vida diaria, según su propia percepción de severidad (Tabla 4.1). A pesar de que la conclusión, tras el repaso de las diferentes estimaciones, es que existe una gran variabilidad de criterios de medición, lo cierto es que la mayoría de ellas sitúa entre un 20-25% la población mayor con discapacidad o dependencia.

**Tabla 4.1 La dependencia entre las personas de edad. España, 2003**

Edad	Efectivos			Tasas			Distribución		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
65-69	50.440	123.232	173.672	5,4	11,1	8,5	10,7	12,0	11,6
70-74	105.330	179.892	285.222	12,9	16,1	14,8	22,3	17,6	19,1
75-79	120.881	188.944	309.825	19,4	22,9	21,4	25,6	18,5	20,7
80+	194.819	531.854	726.673	33,7	55,8	47,5	41,3	51,9	48,6
<b>Total</b>	<b>471.470</b>	<b>1.023.922</b>	<b>1.495.391</b>	<b>15,9</b>	<b>25,6</b>	<b>21,5</b>	100	100	100
	Distribución de la severidad								
Severidad	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Moderada	239.510	598.593	838.103	28,6	71,4	100	50,8	58,5	56,1
Grave	161.160	272.574	433.734	37,2	62,8	100	34,2	26,6	29,0
Absoluta	70.799	152.755	223.554	31,7	68,3	100	15,0	14,9	14,9
Total dep.	471.469	1.023.922	1.495.391	<b>31,5</b>	<b>68,5</b>	<b>100</b>	100	100	100

Nota: severidad autodeclarada, pregunta 8.

Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos

**Sexo y edad.** - Las diferentes estimaciones y cálculos muestran que la prevalencia se incrementa con la edad, y es una norma general en todas las sociedades (INE, 2005a). Las tasas de discapacidad y dependencia son mayores entre los varones de edades jóvenes (jóvenes y adultos) que en mujeres. Sin embargo, a partir de los 50 años, aproximadamente, las tasas femeninas superan a las masculinas. A partir de los 65 años, la dependencia tiene un claro perfil femenino: el 68,5% de los dependientes son mujeres. Las tasas difieren seis puntos entre 65 y 79 años, pero se profundizan las diferencias entre sexos según se cumplen años; a partir de los 80, superan los 22 puntos porcentuales, y a esa edad casi uno de cada dos mayores es persona dependiente. La viudez, con tasas de 32,2% de dependencia (que doblan a la de personas casadas), significa un riesgo añadido de dependencia, pues traduce generalmente una mayor edad, rentas más bajas y está más extendida entre las mujeres.

Distintos factores, además de los biológicos, explican esa diferencia entre sexos, como razones de percepción de las dificultades según papeles

asignados, o resistencia de los varones a reconocer fragilidad o debilidad y peores estados de salud, o tareas sesgadas tradicionalmente por sexo, a lo que contribuye la forma de preguntar por las dificultades en los cuestionarios, o razones de nivel educativo.

*Nivel de instrucción.*- Es uno de los factores más determinantes del bienestar, del estado de salud y de situaciones de discapacidad y dependencia. El riesgo de padecer discapacidad aumenta según desciende el nivel educativo: las tasas entre las personas con estudios superiores se sitúan en el 13,1%, y las de los que no tienen estudios o son analfabetos alcanzan el 29,8% (Tabla 4.2).

**Tabla 4.2 Dependencia entre las personas de edad según características personales**

<i>Estado civil</i>	tasa	%	<i>Nivel de instrucción</i>	tasa	%
soltero	23,5	7,8	Sin estudios y analfabetos	<b>29,8</b>	<b>54,0</b>
casado	16,3	46,7	Est. primarios	17,4	36,8
viudo	<b>32,2</b>	44,8	Est. secundarios	12,6	5,5
sep+div	12,9	0,7	Est. superiores	13,1	3,8
<i>Estado de salud</i>	tasa	%	<i>Actividad física principal</i>	tasa	%
muy bueno	3,4	0,6	sentado la mayor parte de la jornada	<b>42,0</b>	42,5
bueno	6,7	10,7	de pie la mayor parte de la jornada	6,5	47,8
regular	19,3	36,6	caminando, llevando algún peso	5,8	9,4
malo	48,6	36,0	tareas con gran esfuerzo físico	0,0	0,3
muy malo	<b>66,3</b>	16,1			

Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos. Total: 1.495,391; %= porcentaje vertical

Un mayor nivel de instrucción ha sido garantía de mejores oportunidades en la vida y refleja disponer de más recursos para afrontar los problemas de salud y discapacidad cuando aparecen. Posiblemente un menor nivel de instrucción signifique además haber tenido una procedencia de familia humilde y que esas personas hubieron de ingresar antes en el mercado de trabajo o en papeles reproductivos, no completando la formación escolar básica, o ni siquiera participando en el sistema educativo, y por todo ello, tuvieron menos oportunidades de mejores empleos y mayores recursos económicos.

Las personas de menor estatus socioeconómico y nivel de instrucción suelen tener riesgo más alto de discapacidad. Y el perfil predominante de las mujeres muy mayores de estas generaciones es el de viuda, con una reducida pensión de viudedad, y con tasas de analfabetismo y sin estudios más

altas que los varones. La influencia de bajos ingresos se deja sentir también en el calendario de discapacidad. Las personas que viven en hogares de mayores ingresos manifiestan un retraso en la entrada en discapacidad respecto a las de menos ingresos (INE, 2005a).

*Las actividades consideradas.* - Las dificultades para realizar las actividades cotidianas suelen repetir un orden jerárquico y diferencias entre sexos, más acentuadas en las mujeres. Las principales son las referidas a la movilidad del cuerpo y dentro y fuera de casa (Tabla 4.3). Además, se inician a edad más temprana. A continuación, vienen los problemas para una amplia gama de actividades instrumentales, como las tareas domésticas, que también están relacionadas con la movilidad. Finalmente, con menores frecuencias y tasas de prevalencia y con una entrada más tardía, los sujetos tienen problemas para cuidados personales, acabando con problemas para comer, que es la habilidad que se pierde en último lugar (Puga y Abellán, 2004). Esta gradación en importancia y calendario no refleja sino un principio de jerarquía sociobiológica de funciones (Katz y Akpom, 1976).

**Tabla 4.3 Dependientes según tipo de actividad**

<i>Actividades de la vida diaria</i>	Efectivos	% sobre total 65+
limpiar el suelo	1.242.919	17,9
andar una hora	1.192.298	17,1
coger el autobús	1.159.893	16,7
limpiar la casa	1.112.984	16,0
comprar comida o ropa	1.066.054	15,3
cambiar sábanas	970.056	13,9
lavar ropa a mano	946.295	13,6
hacer la cama	844.618	12,1
lavar a máquina	843.416	12,1
<i>subir 10 escalones</i>	<i>840.952</i>	<i>12,1</i>
<i> ducharse</i>	<i>821.332</i>	<i>11,8</i>
coser botón	805.192	11,6
preparar comida	775.931	11,2
fregar platos	749.153	10,8
quedarse solo noche	703.590	10,1
administrar dinero	690.783	9,9
preparar desayuno	648.303	9,3
tomar medicinas	611.269	8,8
usar teléfono	577.475	8,3
vestirse	555.984	8,0
andar	496.688	7,1
peinarse o afeitarse	425.468	6,1
levantarse	422.485	6,1
lavarse	420.877	6,0
comer	294.778	4,2

Nota: severidad autodeclarada, pregunta 8.

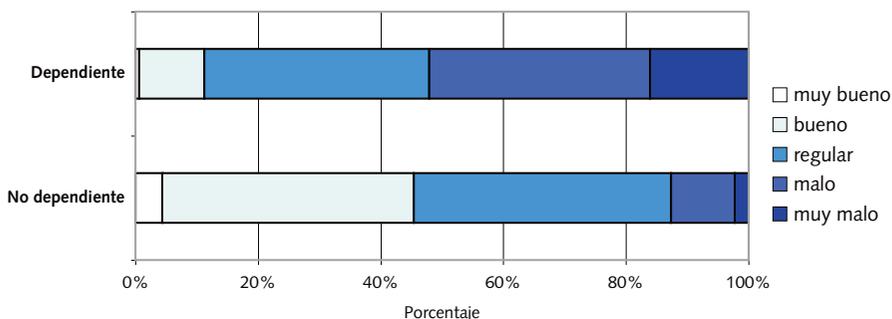
Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos

## Estado de salud

*Percepción del estado de salud.* - La percepción del estado de salud (salud subjetiva) es una de las medidas más usuales para conocer el estado de las personas, pues tiene una estrecha relación con la salud objetiva, refleja el estado físico, las enfermedades realmente padecidas y factores sociales, económicos y del entorno de las personas. Es un indicador útil para la administración y los responsables políticos, pues equivale a la voz de los ciudadanos en un tema tan importante para ellos como la salud. Es un indicador predictivo de necesidades asistenciales y para la organización de programas.

Las personas de edad con alguna dependencia declaran un estado de salud peor que la media de los mayores (Figura 4.1, ver Tabla 4.2). Más de la mitad de aquéllos (51,1%) autoperceben su salud como mala o muy mala, y sólo el 12,6% del resto de la población. En el otro extremo de la escala, sólo uno de cada diez dependientes valora positivamente (bien o muy bien) su estado de salud (45,4% el resto de los mayores). Estas percepciones se acentúan en su escala negativa entre las mujeres y entre las personas de estatus socioeconómico más bajo.

**Figura 4.1.- Estado de salud de la población de 65 y más años**



Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos.

*Enfermedades y dolencias.* - Las condiciones de salud de los dependientes difieren de las del resto de la población. Declaran dolencias o enfermedades más habitualmente y en proporciones muy superiores; lo mismo sucede con enfermedades diagnosticadas por su médico. Artrosis y proble-

mas reumáticos son las enfermedades diagnosticadas en mayor medida (62,4% de los dependientes la declaran), lo que es congruente con el hecho de que las discapacidades de movilidad son las más extendidas, y además, las primeras que adquieren. Hipertensión arterial, mala circulación, colesterol o problemas cardiovasculares, ocupan un segundo puesto, y las diferencias entre personas dependientes y no dependientes son más acentuadas. El número medio de enfermedades padecidas por los dependientes (3,7) es superior a la media de los no dependientes (2,2) (ENS, 2003).

Como consecuencia de tasas más altas de discapacidad, peor percepción de su estado de salud, y peores condiciones de salud, los dependientes (y en general los mayores), utilizan el sistema sanitario de forma masiva y en claro contraste con el resto de la población más joven. El 95,5% de los mayores han acudido al médico al menos una vez en el último año, pero se eleva al 99,3% si se trata de dependientes. Sin embargo si se mide la intensidad en un período más corto, las últimas dos semanas, el porcentaje se sitúa en el 48,1% (58,5% entre los dependientes); y entre éstos, uno de cada cuatro realiza dos o más visitas en ese período de tiempo.

Este patrón de uso es similar para el sistema hospitalario y de urgencias, aunque más acentuado que en la asistencia primaria básica, pues el 29,6% de los dependientes ha sido hospitalizado al menos durante una noche en los últimos doce meses, por un 12,9% del resto de la población de edad (en ingreso único o reincidencia). También duplican la utilización de los servicios de urgencia, donde ha acudido uno de cada dos dependientes en el último año. Y esta mayor utilización se efectúa sobre servicios sanitarios públicos, pues el 93,3% de los mayores acude a un servicio de la Seguridad Social, un 4,1% suele ir a una sociedad médica y el 2,1% a una consulta privada (ENS, 2003)

*Hábitos.* - Junto a la percepción del estado de salud, los hábitos de vida saludable aparecen como elemento determinante de las condiciones objetivas de salud de los individuos. El sedentarismo no sólo es perjudicial para la salud en sí mismo, sino que suele ser un indicador de otros estilos de vida poco saludables a los que se asocia.

El sedentarismo para actividades cotidianas (trabajo o tareas de casa) es casi tres veces superior entre los dependientes que en el resto de la población (ver Tabla 4.2); 83,1% se declaran sedentarios y un 87,0% tampoco

realizan actividad física en tiempo de ocio. Se constata la estrecha relación entre este hábito y dependencia, aunque a veces sea difícil conocer cuál es la causa y cuál la consecuencia, pues si bien el sedentarismo ha sido señalado como factor de riesgo para entrar en discapacidad, también es cierto que una enfermedad crónica que cause dependencia puede ser motivo de una menor movilidad y un mayor sedentarismo en hábitos cotidianos (INE, 2005a)

Un ejemplo de la importancia de la actividad física es el hecho de que una de cada cinco personas de edad es dependiente, pero el sedentarismo eleva la tasa de dependencia hasta el 39,0%, mientras que si se realizasen tareas o actividades de pie o moviéndose, bajaría al 6,6%.

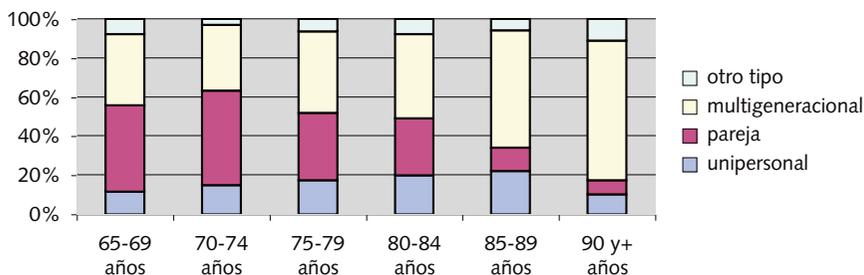
## **Hogar y dependencia. Con quién viven las personas con dependencia**

La severidad de la dependencia, la organización de los cuidados de larga duración y otras circunstancias personales (edad, estado civil, condiciones de salud, etc.) determinan la forma de convivencia de los mayores en situación de necesidad. Esta forma de convivencia cambia a lo largo de la vejez debido a diversos eventos o transiciones demográficas o familiares, o motivada por cuestiones de salud y discapacidad. Muchas personas pasan por diferentes etapas y forman parte de distintos tipos de hogares (Figura 4.2). Entre los dependientes el ciclo más frecuente se inicia con hogares en pareja, y se acaba a edades elevadas en hogares multigeneracionales, viviendo con algún hijo, a la vez que aumenta la institucionalización y disminuye el número de hogares solitarios.

Los mayores en general prefieren envejecer en casa y permanecer en el propio hogar tanto tiempo como sea posible. La propia casa tiene muchos significados. Suele ser el principal o único recurso de gran valor económico que tienen. Encierra muchos valores sentimentales e históricos, pues ha sido el lugar de vida y convivencia durante muchos años, más acentuado en España donde la movilidad residencial a lo largo del curso de vida es más baja que en otros países europeos. Mantenerse en casa significa mantener las redes sociales establecidas y un mayor potencial de contactos. La proximidad de mayores a familiares es también en España

un hecho destacable respecto de otros países europeos. Por ejemplo, el 55,7% de las personas de 50 y más años dice que su hijo (el más cercano) vive en el mismo hogar o en el mismo edificio (16,6% en Dinamarca, por ejemplo) (Share, 2004; Puga, Abellán y Sancho, 2006).

**Figura 4.2.- Con quién viven los dependientes**



Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos

Este patrón mediterráneo de convivencia y proximidad responde a múltiples causas. A veces, se debe a preferencias, en estrecha asociación con actitudes culturales (valores, sentimientos, creencias, tradición y costumbre, una tendencia hacia lazos intergeneracionales más estrechos). También influyen razones ligadas a diferentes calendarios de emancipación de los hijos del hogar paterno, razones de oportunidad, como disponibilidad de vivienda o trabajo, la necesidad de ayuda por parte de los hijos (cuidado de nietos), por estado de salud y limitación funcional de los padres ya mayores y posiblemente a la falta de servicios formales e institucionales. Tampoco son ajenas a este modelo otras razones relacionadas con las barreras burocráticas y de organización en el acceso a los servicios que refuerzan la exclusividad en la atención de los cuidadores familiares, que asumen la carga del cuidado como una obligación indiscutible, y provoca una reagrupación del mayor cuando está en situación de necesidad (Puga, Abellán y Sancho, 2006).

Pero una razón de peso de este patrón de convivencia estriba precisamente en la forma de proveer cuidados de larga duración.

## Quién les ayuda. El patrón del cuidado

Existe un patrón de cuidados de larga duración bien definido, mantenido a lo largo de años. Las mujeres dependientes eran cuidadas por sus hijas, y si estaban casadas, por sus hijas y marido. Los varones dependientes eran cuidados, en primer lugar, por su mujer, pues la mayoría estaban casados, y en segundo lugar por la hija. Esta predominancia de la hija es un rasgo más del sistema de atención informal español, que contrasta con el de otros países europeos, donde el principal cuidador es el cónyuge. Parece que en España las hijas constituyen un soporte permanente, preventivo y complementario a los cónyuges; son el pilar de la ayuda, las cuidadoras por excelencia, un auténtico centro de servicios para la familia, auténtico vehículo de la solidaridad familiar. Es posible que en el futuro aumente el papel de varones cuidadores, y no sólo por cambios en comportamientos y valores, sino también porque una mayor longevidad de los mismos les hará vivir más y se les presentarán más situaciones de discapacidad de su esposa que deban ser atendidas (Puga, Abellán y Sancho, 2006) (Tabla 4.4).

**Tabla 4.4** Quién cuida a los dependientes

Cuidador	% casos	Dependiente	
		varón	mujer
cónyuge o pareja	<b>33,7</b>	<b>56,8</b>	<b>22,7</b>
hija	<b>41,4</b>	<b>31,7</b>	<b>46,0</b>
hijo	<b>12,7</b>	<b>11,1</b>	<b>13,4</b>
nuera	<b>5,5</b>	<b>5,4</b>	<b>5,6</b>
otro pariente (hermano/a, yerno, tío/a, etc.)	<b>16,3</b>	<b>13,3</b>	<b>17,8</b>
personas empleadas en el hogar dedicadas al cuidado	<b>7,3</b>	<b>3,3</b>	<b>9,1</b>
vecinos y amigos	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>
servicios sociales	<b>8,1</b>	<b>7,8</b>	<b>8,3</b>
voluntarios (parroquia, cruz roja, etc.)	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
otro tipo de relación	<b>2,5</b>	<b>0,9</b>	<b>3,2</b>

Nota: Multirrespuesta (cuidadores y secundarios)

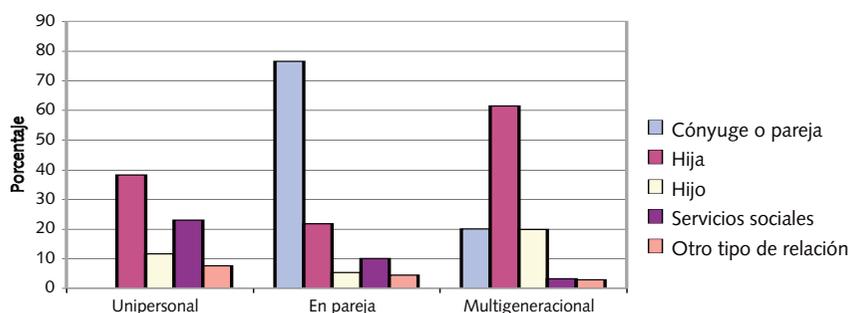
Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos

En el 41,4% de los casos de dependencia una hija asume la responsabilidad principal (o secundaria) de la atención, bien desde dentro del hogar (la mayoría de los casos) o desde fuera. En segundo lugar en importancia, el cónyuge de la persona dependiente asume esa responsabilidad (33,7%). Suele ser mujer (56,8% de los casos) cuidando a varón, más que varón (22,7%) cuidando a mujer. En esta diferencia importa la edad generalmente superior del varón, con más probabilidad de tasas de dependencia a mayor edad, y el estado civil, en el que la mayor parte de los varones son

casados, pero no a la inversa, pues la viudez predomina entre las mujeres. Por ello, es muy superior el papel de la hija cuidadora (46,0%) de una madre dependiente que de un padre dependiente. También existen razones de reparto de papeles o tareas domésticas, sesgado por sexo, que deja esta carga del cuidado tradicionalmente en las mujeres.

Este patrón se matiza según tipo de convivencia. En los hogares solitarios donde vive un dependiente (que generalmente no tiene una severidad acentuada), el 38,2% son atendidos por una hija, y el 22,9% por los servicios sociales, proporción ésta que es la de mayor entidad (8,1% es la media de casos atendidos en los hogares con dependientes) (Tabla 4.3).

**Figura 4.3.- Quién cuida según tipo de hogar donde vive el dependiente**



Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos

En los hogares donde el dependiente vive en pareja, la ayuda procede fundamentalmente del cónyuge (76,5%), aunque también la hija (desde fuera del hogar) atiende en el 21,7% de los casos, muchas veces como cuidadora secundaria. Los servicios sociales (10%) también se dejan sentir en este tipo de hogares.

En los hogares multigeneracionales, cuando el dependiente vive con alguno de sus hijos, destaca sobremanera el papel de la hija cuidadora: en el 61,4% de los casos una hija asume responsabilidades de atención; en el 19,4% es el hijo y en 8,7% la nuera. En cambio, los servicios sociales apenas tienen presencia (3,1% de los casos).

Finalmente, en otras formas de convivencia suelen predominar otros parientes (61,6%) y empleados de hogar, dedicados específicamente a

cuidar (23,1%) o a otras tareas domésticas (21,6%). En estos hogares, los servicios sociales públicos son también irrelevantes.

*Necesidad de un cambio en el patrón de cuidados.*- Esta asociación entre dependencia y hogar refleja uno de los problemas de las políticas sociales de atención a las personas en situación de necesidad. Las tasas de discapacidad más elevadas y la mayor proporción de casos severos se encuentran en hogares multigeneracionales, donde el dependiente suele ser atendido por un familiar (generalmente la hija), y las tasas más bajas y menos severas aparecen en los hogares solitarios. Mientras las situaciones de dependencia en estos hogares resultan alarmantes y más visibles socialmente, debido a la especial vulnerabilidad que les confiere la soledad residencial, los casos más graves –con la mayor carga de cuidados– son los más invisibles desde el ámbito público, por estar ya atendidos por la familia. Es decir, la solidaridad y la política social hacia los dependientes se basa fundamentalmente en la generosidad del modelo de cuidados mediterráneo: la familia.

Las políticas de apoyo público posiblemente se hayan organizado de forma que mantienen (u obligan a mantener) este patrón de cuidados, en parte porque esas políticas siguen siendo subsidiarias y no integrales, quizá porque son escasas y tienen limitados recursos, y quizá por desconocimiento de la realidad de los hogares donde viven los mayores o por la dificultad de instrumentar medidas operativas adaptadas a cada situación, a cada tipo de hogar y familia, que sean más equitativas.

Por otra parte, el papel de la mujer ha cambiado drásticamente en los últimos lustros y se espera que se profundice ese cambio en los próximos, por su mayor participación en el mercado de trabajo, una menor estabilidad del matrimonio (o de las formas tradicionales de familia), con rupturas matrimoniales y nuevos papeles, funciones y compromisos. Las mujeres cuidadoras, pertenecientes en su mayoría a la llamada generación sandwich (la que tiene entre 40 y 65 años de edad, aproximadamente), han estado priorizando la responsabilidad como cuidadoras que les ha sido socialmente atribuida por encima de sus opciones laborales y personales.

Las consecuencias sufridas por el cuidado se constituyen en un factor de tensión adicional sobre el modelo familiar de cuidados; llegan a hacer difícil, si no inviable en algunas circunstancias, esa forma de transferencia de recursos intergeneracionales que es el cuidado. La carga tiene incidencia en

el desarrollo de la vida normal de los cuidadores, de su entorno familiar, económico-laboral y en su propia salud. La carga es a veces excesiva en dedicación y en tareas molestas y comportamientos inadecuados de la persona dependiente; y el modelo familiar, esa riqueza de cuidados y relaciones, se resiente y existe un riesgo cierto de acabar damnificado, y de que pierda las ventajas comparativas que tenía sobre otras sociedades europeas. El tiempo es un recurso finito y el transferido hacia el dependiente se quita del resto de actividades cotidianas, incluso de cuidar a otros miembros de la familia como los propios hijos de los cuidadores. Los problemas de convivencia, la falta de espacio, las conductas insolidarias de otros miembros de la familia y la ausencia de intimidad, son elementos que pueden introducir importantes desequilibrios en la estructura familiar de los que conviven con un dependiente. Las mujeres adultas de las generaciones actuales soportan una carga de familiares dependientes no conocida por ninguna generación hasta la fecha.

Las solidaridades familiares son, y seguirán siendo, un elemento de extraordinario valor para mantener la cohesión social, pero si se la abandona en este empeño acabaremos perdiendo un recurso fundamental, y anhelado por otros sistemas sociales. Resulta imperativo incrementar la solidaridad pública para mantener la solidaridad familiar, mediante medidas legales y otras estrategias, públicas o privadas, para responder al desafío de la dependencia.

## Tendencia de las situaciones de dependencia

El conocimiento que arroja la evolución reciente de la discapacidad y la dependencia permite un ejercicio de prospectiva, cuyos resultados son importantes para la organización y planificación de políticas sanitarias y de provisión de cuidados futuros de larga duración. Éste es el auténtico desafío de una sociedad que envejece. El número de personas mayores en situación de necesidad dependerá fundamentalmente de cómo evolucione la mortalidad y las tasas de dependencia.

*Evolución reciente.*- Mientras los individuos ganan longevidad la calidad de esa vida ganada a la muerte es el centro de atención desde el punto de vista del bienestar del individuo y de la sociedad. ¿Se vive esa porción de vida en buenas o en malas condiciones de salud? ¿Se vive más

porque se vive mejor, o se vive más porque las enfermedades no son tan letales como antes? Estas preguntas encierran el debate sobre la compresión o expansión de la morbilidad. La respuesta a esta cuestión tiene un impacto profundo sobre el sistema familiar, en especial acerca de la demanda de cuidados de larga duración.

Existen discrepancias sobre la interrelación de las tendencias de mortalidad, morbilidad y entrada en discapacidad y dependencia; éstas han motivado la aparición de dos corrientes conceptuales básicas: la comprensión de la morbilidad (Fries, 1980), o la de la expansión (Gruenberg, 1977), que responden básicamente a los dos enunciados que encierra la anterior pregunta. Una tercera teoría, la del equilibrio dinámico, trata de explicar las tendencias de forma mixta: hay expansión de la morbilidad por la ganancia de vida, pero las condiciones de salud son más leves (Manton, 1982). Pero todas estas medidas de la discapacidad tienen dificultades conceptuales y prácticas para llevarlas a efecto. Se discute qué medir, si el inicio de la enfermedad crónica, o de la discapacidad (incapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria, y cuáles de éstas), así como las medidas universales de declive funcional, que permitan una serie histórica coherente y la realización de comparaciones entre países.

Las encuestas de apoyo informal y de condiciones de vida de las personas mayores (Imsero, 1993 y 2004, respectivamente), permiten una aproximación a las tendencias recientes, a través del cálculo del calendario de entrada en dependencia. La información básica la proporciona la edad de entrada en necesidad de ayuda (se consideran las actividades básicas y que además fuesen las mismas en una y otra encuesta) y se calcularon las tasas de incidencia (casos nuevos respecto de población libre de discapacidad), mediante un modelo de tabla de supervivencia en la que el evento a considerar fue la entrada en ayuda; además, se calcularon las tasas de prevalencia.

En primer lugar, se confirma un descenso de éstas últimas entre ambos años. En segundo lugar, se pudo comprobar un significativo declive en la incidencia, es decir, en el establecimiento o entrada en dependencia: porque existe una elevación de la edad o retraso del calendario y porque se ha producido un descenso de la probabilidad de dependencia, mayor a los 80-85 años (Abellán, Puga y Esparza, 2006).

Entre los 75-80 años, en ambas fechas, se sigue produciendo un incremento o salto en la incidencia, coincidente con las edades en que mayor ganancia de esperanza de vida se ha experimentado. Se ha ganado más tiempo antes de entrada en discapacidad y a edad más elevada, que supera incluso el tiempo ganado por la esperanza de vida. De confirmarse con otros estudios esta tendencia, se estaría produciendo una compresión de la necesidad de ayuda hacia edades más tardías, es decir, una parte considerable de la vida ganada se viviría en buena salud. El retraso del calendario de dependencia es el más efectivo mecanismo para reducir futuros miembros dependientes en la población española. Recientes estudios confirman un descenso de la prevalencia y una compresión de la duración de la vida con discapacidad (Otero et al., 2004; Sagardui-Villamor et al., 2005).

*Proyección de las situaciones de dependencia a 2020.*- El cálculo de efectivos futuros de población, por sexo y edad, corresponde al realizado por el INE, mediante el método de componentes (mortalidad, fecundidad y migración), y se obtiene bajo ciertas hipótesis sobre el devenir de estos factores, que son los que determinan el crecimiento y estructura por edad; el primero de ellos es fundamental para conocer la cifra de población mayor a 2020, pues en el momento del cálculo de la proyección ya han nacido todas las personas que compondrán los efectivos totales y todavía no han empezado a jubilarse masivamente las componentes de las grandes oleadas de inmigración de los 90 y primera década de este siglo y no se espera inmigraciones masivas de personas de edad. Según esta proyección, en 2020 habrá en España 9.345.955 personas de 65 ó más años (INE, 2005b).

Se han calculado dos escenarios de dependencia para personas mayores que responden a sendas hipótesis de evolución de la misma (Tabla 4.5).

**Tabla 4.5 Proyección de la dependencia a 2020**

	Edad	Población en 2020	Número Dependientes	
			Escenarios pesimista	optimista
<b>Ambos Sexos</b>	65 a 79 años	6.338.532	893.058	417.989
	80 o más años	3.007.423	1.427.199	1.427.199
	<b>Total</b>	<b>9.345.955</b>	<b>2.320.257</b>	<b>1.845.188</b>
<b>Varones</b>	65 a 79 años	2.927.322	337.605	104.837
	80 o más años	1.111.640	374.780	374.780
	<b>Total</b>	<b>4.038.962</b>	<b>712.385</b>	<b>479.617</b>
<b>Mujeres</b>	65 a 79 años	3.411.210	549.733	357.756
	80 o más años	1.895.783	1.057.557	1.057.557
	<b>Total</b>	<b>5.306.993</b>	<b>1.607.290</b>	<b>1.415.313</b>

Fuente: Población: INE: Proyecciones de población calculadas a partir del Censo de 2001. Escenario 1. Dependencia: calculada sobre la Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos

Escenario pesimista.- La hipótesis del primer escenario supone que las tasas de dependencia por edad y sexo se mantendrán constantes hasta 2020. Para el cálculo de las proporciones se ha empleado la Encuesta Nacional de Salud de 2003. Según esta hipótesis, el número de personas dependientes será de 2.320.257, es decir, 824.866 más que actualmente, y la tasa de dependencia será de 24,8%, más elevada que la actual, por un proceso de envejecimiento de la población ya mayor, que motivará que los efectivos de más edad (octogenarios) sean más abundantes, y es precisamente en ese conjunto donde las tasas de dependencia son mayores (47,5%)

Escenario optimista.- En este segundo escenario, la hipótesis de partida es que la dependencia evolucionará hasta el año 2011 según la tendencia más reciente es decir, con descensos, y a partir de ese año se mantendrá constante. Para conocer la tendencia reciente se han analizado las diferencias existentes entre las tasas por sexo y edad de las encuestas nacionales de salud de 1993 y 2001, que presentan similitud metodológica. Además, se ha realizado un contraste de hipótesis de cada uno de los porcentajes observados para determinar si las diferencias entre ambos años eran estadísticamente significativas. Considerando un nivel de confianza del 95%, no pueden ser consideradas distintas de cero en el caso de las personas de 80 y más años (total, varones y mujeres), ni en mujeres de 75-79 años.

De acuerdo a este ritmo de cambio hasta 2011 y de la permanencia de tasas constantes hasta 2020, la estimación del número de personas con dependencia en este año será de 1.845.189, con una tasa global de 19,7%, ligeramente más baja que la actual, pero con 349.798 dependientes adicionales a la cifra presente. Es decir, incluso en el escenario optimista el número de personas dependientes crecerá considerablemente en los próximos años.

## Conclusiones

Aproximadamente una de cada cinco personas de edad en España tiene dificultades para la realización de actividades de la vida diaria y necesita ser ayudada, es decir, es dependiente. La proporción de mujeres en esta situación es más elevada que en los varones. El riesgo de entrar en discapacidad y dependencia crece con la edad, de forma que a los 80 años uno de cada dos mayores ya es dependiente. Las personas con dependencia presentan un peor estado de salud subjetiva, más enfermedades crónicas, hábitos de vida menos saludables y son grandes demandantes de servicios sanitarios. Suelen tener un nivel de instrucción e ingresos más bajo. La carga de su cuidado cae fundamentalmente en la familia, pues la mayoría de ellos viven en hogares con alguno de sus hijos; merece destacar el papel de la hija de edad intermedia como cuidadora principal o secundaria en la mayoría de los casos.

La evolución de la dependencia refleja un declive de las tasas en los últimos años. Existe un retraso de la entrada en discapacidad y necesidad de ayuda hacia edades más elevadas, por lo que el tiempo ganado a la muerte por mayor longevidad no se vivirá todo en mala salud. Esta tendencia puede ser atribuida a una mejora de la atención sanitaria (primaria y hospitalaria con tratamientos más generalizados a todas las edades), y mejoras en las condiciones de vida, especialmente socioeconómicas, entre otros factores. A pesar de ello, se espera que la cifra total de personas dependientes en el año 2020 haya aumentado casi un 25%, en un escenario optimista, respecto del millón y medio existente en la actualidad, debido al envejecimiento de la estructura demográfica y en especial del colectivo de personas de más edad.

La evolución demográfica, el crecimiento del número de personas con dependencia, y los cambios familiares y sociales no permiten mantener el

actual sistema de cuidados de larga duración, cuyo peso recae en la familia, especialmente en las mujeres. Las políticas públicas se han organizado de forma que mantienen este patrón de cuidados, basado en la solidaridad familiar, porque las políticas siguen siendo subsidiarias y no integrales, con lo que se crean situaciones de inequidad, donde las familias más solidarias son las que menos apoyo reciben. La solidaridad pública es necesaria para mantener el sistema actual pero sin damnificar a la familia. De ahí la necesidad de medidas legales y estrategias, públicas y privadas, para responder al desafío de la dependencia.

## Referencias bibliográficas

- Abellán, A.; Puga, M.D.; Esparza, C. (2006): "Tendencias de la discapacidad en personas mayores, 1993-2004". Póster. 28º Congreso de la SEGG, Pamplona.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales (2006): *Proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 5 de mayo de 2006, n. 84-1.
- Fries, J.F. (1980): "Aging, natural death, and the compression of morbidity". *N. Engl. J. Med.*, vol. 303, p. 130-135.
- Gruenberg, E.M. (1977): "The failure of success". *Milbank Memorial Fund Quartely*, 55, 1, p. 3-24.
- IMSERSO: Encuesta de apoyo informal, 1993; Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores, 2004. [www.portalmayores.com](http://www.portalmayores.com), microdatos.
- INE (2002): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999*. Resultados detallados. Madrid, 489 p., y microdatos.
- INE (2005a): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Informe general*. Madrid, 444 p.
- INE (2005b): *Proyecciones de población calculadas a partir del censo de 2001*. Inebase.
- Katz, S.; Akpom, C.A. (1976) "A measure of primary sociobiological functions". *Int. J. Health Serv.*, vol. 6, 3, p. 493-508.
- Manton, K.G. (1982): "Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population". *Milbank Memorial Fund Quartely*, 60, 2, p. 183-244.
- Otero, A.; Zunzunegui, M.V.; Rodríguez-Laso, A.; Aguilar, M.D.; Lázaro, P. (2004): "Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española". *Rev. Esp. Salud Pública*, 78, p. 201-213.
- Puga González, M.D.; Abellán García, A. (2004): *El proceso de discapacidad*. Alcobendas, F. Pfizer, 216 p.

Puga, M.D.; Abellán, A.; Sancho, M.T. (2006): "Mayores y familia en la sociedad actual". En: *Informe España 2006. Una interpretación de su realidad social*. Madrid, Fundación Encuentro, 352 p.

Querejeta González, M. (2004): *Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid, Imserso, 162 p.

Sagardui Villamar, J. et al. (2005) "Trends in Disability and Disability-Free Life Expectancy Among Elderly People in Spain: 1986-1999". *The Journals of Gerontology*, 60A, 8, p. 1028-1034.

SHARE Project (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe*, <http://www.share-project.org/>, y microdatos.

## 5. Dependencia y envejecimiento. Valoración

### Valoración de la dependencia

La valoración de la persona con dependencia puede realizarse por múltiples y diversos objetivos: Para conocer las necesidades de la persona valorada y establecer un plan de cuidados, por lo tanto con un objetivo asistencial; Para conocer las necesidades o características de una población o un grupo de personas con finalidades descriptivas o epidemiológicas en muchas ocasiones necesarias para la planificación de las necesidades de servicios; Para conocer si una determinada persona reúne los requisitos para acceder a determinados servicios o prestaciones públicas.

Generalmente estos diferentes objetivos requerirán instrucciones de uso diferentes. Uno de los aspectos más relevantes a título de ejemplo es diferenciar si medimos o valoramos la necesidad de ayuda de otra persona, lo que sería directamente valorar la situación de dependencia o bien valoramos la discapacidad para realizar una determinada actividad. Toda dependencia responde a una discapacidad y sin embargo una persona con una discapacidad puede no ser dependiente para aquella misma actividad. Puede realizarla correctamente con una ayuda técnica o con un mayor esfuerzo para su realización sin necesidad de intervención de otra persona.

En general la valoración de la persona con dependencia se basa en conocer su capacidad para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria. Aunque el listado de actividades es muy amplio como se verá a

continuación cuando nos referiremos a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), usualmente se estudian las actividades de autocuidado (tradicionalmente denominadas básicas), las de movilidad y las actividades domésticas (tradicionalmente denominadas instrumentales). Para sistematizar la valoración normalmente se utilizan instrumentos o test.. Sea cual sea el uso que deba hacerse de un instrumento de valoración de la dependencia, debe reunir una características propias de cualquier instrumento: validez, es decir la capacidad de medir lo que pretende medir; fiabilidad es decir la reproducibilidad del resultado obtenido si es valorado por dos observadores diferentes (inter observador) o por el mismo observador pero en momentos diferentes (intra observador). Según el uso que deba hacerse de él, otra característica importante es la sensibilidad al cambio.

**Instrumentos clínicos asistenciales:** Dentro de este grupo a su vez podemos tener instrumentos distintos. Suelen utilizarse instrumentos validados que facilitan la sistemática de la valoración el registro y seguimiento a largo plazo y además la comunicación entre profesionales de un mismo equipo o entre distintos equipos. También facilitan la comprensión en las comunicaciones científicas. Los más frecuentemente utilizados en nuestro entorno son el Índice de Katz, el índice de Barthel, el MIF o el Índice de Lawton. Algunos como el MIF incorporan otros aspectos como el estado de ánimo o la situación social. Finalmente algunos como el Índice IVD del Resident Assessment Instrument" (RAI) forma parte de instrumentos más amplios de valoración integral. La valoración de las actividades de la vida diaria se utiliza especialmente para valorar necesidades de rehabilitación y se suelen incorporar al proceso de global de diagnóstico. En geriatría representa una de las partes importantes de la valoración geriátrica integral. Puede también necesitarse esta información para conocer las necesidades de ayuda por ejemplo en la planificación de un alta a domicilio desde un hospital. En general estos instrumentos se completan a partir de la observación directa.

**Instrumentos de uso epidemiológico:** En este caso se busca obtener una información para caracterizar un grupo o población. La mayoría de casos se obtiene la información mediante respuestas de la persona evaluada sobre su capacidad o no de desarrollar aquella actividad. Puede utilizarse instrumentos validados como hemos señalado en el caso anterior o bien simplemente utilizar listas de actividades. Los resultados obtenidos

permiten conocer la situación de dependencia de una población y establecer diferencias respecto a otras, por ejemplo de personas mayores en relación a personas jóvenes. También permiten conocer la evolución a lo largo del tiempo lo que da idea del impacto de las políticas públicas o en general de la evolución de la sociedad. Finalmente permite aproximarse a algunas necesidades de este grupo por ejemplo para la planificación de los servicios sociales.

**Elegibilidad para el acceso a sistemas de prestación social:** El desarrollo de políticas sociales que extienden o universalizan el acceso a determinadas prestaciones, ha generado una serie de instrumentos que tienen como objetivo identificar las características mínimas o básicas que deben tener las personas para poder beneficiarse de las prestaciones. A estos instrumentos nos referimos, a menudo, con el término “baremo”. Normalmente estos instrumentos a parte de identificar estas características deben permitir su cuantificación en una puntuación que permite establecer uno o varios puntos de corte según la severidad de la dependencia. A continuación se desarrollarán algunos de los modelos más importantes que se aplican en otros países con este objetivo.

## **Experiencias internacionales**

A lo largo de las últimas décadas, en los países más desarrollados de la OCDE se han extendido los programas públicos de acceso a prestaciones y a servicios de atención a la dependencia o a cuidados de larga duración. La importante trascendencia social de estos programas, que cubren necesidades básicas, así como el crecimiento del gasto público asociado a los mismos han motivado un interés creciente por la cuestión de cómo se seleccionan a los beneficiarios.

A continuación, se aportan resultados de una investigación sobre instrumentos de valoración de la dependencia empleados en distintos países que se llevó a cabo en el marco de un estudio del IMSERSO para la construcción de un instrumento de valoración de la dependencia en España (2005).

En España, según el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2004), la situación actual se caracteriza por el empleo de diferentes baremos o procedimientos de valoración de la dependencia para el acceso a los distintos

programas públicos de prestaciones y/o servicios que se han implantado en las Comunidades Autónomas. En este contexto destaca el baremo de ayuda de tercera persona (ATP) elaborado por los servicios técnicos de valoración del IMSERSO (Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre), que emplean todas Administraciones para el reconocimiento de la prestación complementaria de la Seguridad Social por necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria en los casos de personas con un reconocimiento oficial de minusvalía del 75% o más. El ATP se aplica sobre personas que han pasado un reconocimiento oficial de situación de discapacidad que funciona *de facto* como una valoración previa. Además el diseño de este instrumento no permite establecer fácilmente niveles de severidad, aunque se haya utilizado en ocasiones de este modo.

En otros países de la Unión Europea que cuentan con una importante tradición de programas públicos de atención a la dependencia, como los países nórdicos, se suelen emplear diferentes procedimientos de valoración que se deciden a escala local de acuerdo con el modelo de descentralización de la Administración en estos países. En los últimos años algunos países europeos han regulado leyes de rango estatal destinadas a desarrollar un sistema público de cuidados a las personas con dependencia. Normalmente en estos casos, Alemania, Austria, Luxemburgo, Francia se emplea un instrumento común de valoración. Otros casos como Holanda que no implantaron inicialmente un sistema de valoración común están abordando ahora este tipo de planteamiento. En todos estos países se han construido instrumentos específicos para valorar la dependencia a efectos de determinar la elegibilidad de los beneficiarios de los programas públicos de atención. Posteriormente se presenta con detalle el instrumento de valoración alemán por tratarse de la experiencia reciente más relevante que cuenta con una década de funcionamiento y algo más de dos millones de beneficiarios (un 2,3% de la población alemana).

En Estados Unidos, bajo el amparo financiero del programa Medicaid, todos los estados disponen de programas de provisión pública de prestaciones y/o servicios de atención dirigidos a las personas con dependencia. Un estudio (Tunner, 2003) de revisión exhaustiva de los sistemas de acceso a estos programas pone de manifiesto la existencia de una gran diversidad entre los distintos estados. En general, cada estado ha adoptado su propio instrumento de valoración, normalmente construido *ad hoc* para esta finalidad. En pocas ocasiones se encuentra que se haya empleado un instrumento de valoración clínica de la dependencia, como

el Índice de Barthel, de Katz o el Resident Assessment Instrument los cuales cuentan con una amplia difusión y experiencia en este país. Resulta frecuente que los estados empleen instrumentos distintos de valoración en función de si se solicitan servicios domiciliarios y/o en la comunidad o bien servicios residenciales. Cuando esto ocurre se suelen realizar valoraciones más amplias para el acceso a residencia que para el resto de servicios.

Por último, en Japón, bajo la influencia también de la experiencia alemana, se ha puesto en marcha una ley de atención a la dependencia que funciona desde el abril del 2000. El programa está dirigido principalmente a mayores de 65 años, aunque también pueden beneficiarse los mayores de 40 años que presenten una situación de dependencia por causa de una determinadas patologías (accidentes cerebrovasculares, demencias tempranas, etc.) (Ihara). Las personas de edades inferiores con dependencia deben acogerse al sistema social de atención a la discapacidad.

En el marco de la ley japonesa se realiza una valoración de la dependencia con el objeto de determinar la elegibilidad de los solicitantes, así como el nivel de severidad que estos presentan y que dan lugar a distintas prestaciones. En la valoración se emplea un instrumento común de valoración que fue diseñado a instancias del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social del Japón. El instrumento se compone de 85 variables que se agrupan en distintas categorías intermedias que contemplan aspectos relativos al funcionamiento físico y mental del solicitante, así como a la necesidad de recibir determinados tratamientos médicos. La singularidad del instrumento japonés reside en que los resultados de la valoración, que corresponden a minutos de atención, se obtienen a través de un árbol de decisiones, que se basa en las puntuaciones de las variables intermedias. La construcción de los grupos de valoración intermedia, el árbol de decisión y la asignación de tiempos se basa en amplios estudios sobre dependencia y necesidades de apoyos (Senda, 2004).

## **La experiencia del baremo de la Ley de Dependencia en Alemania**

La ley alemana establece que los beneficiarios deben encontrarse en una situación de necesidad de apoyo para la realización de unas determinadas

actividades de la vida diaria, durante un periodo mínimo de seis meses, y como consecuencia de la existencia de problemas en las condiciones de salud. La necesidad de apoyo se valora mediante un baremo, que es común para todos los *Länder*, y que ha sido construido específicamente para establecer la elegibilidad de los solicitantes.

El baremo comprende un conjunto de actividades de higiene personal, alimentación y movilidad, que se consideran como actividades básicas, y una serie de tareas domésticas (Tabla 5.1). En cada actividad se valora la frecuencia y el tiempo de cuidados que necesita el solicitante. Para ello los valoradores cuentan con una guía complementaria que facilita la aplicación del baremo. Esta guía se ha modificado en diversas ocasiones, introduciendo aclaraciones y criterios comunes, con el objetivo de mejorar la calidad de las valoraciones. En esta línea, destacó el establecimiento en 1997 de intervalos de minutos de atención de las actividades consideradas como básicas en el baremo y de criterios generales para las tareas domésticas (Medizinischer...).

El resultado final de la valoración se resume en la obtención de promedios diarios de tiempos de atención para el conjunto de las actividades básicas, para las tareas domésticas y para el conjunto de todas las actividades. Los beneficiarios de la ley de dependencia deben necesitar, según el baremo establecido, de 90 minutos como mínimo de cuidados diarios, la mitad de los cuales debe necesitarse obligatoriamente en las actividades básicas. Aquellos solicitantes que no cumplen con estos requisitos no reciben prestaciones y/o servicios a cargo de la Ley de Dependencia, aunque pueden quedar cubiertos por otras leyes en función de su situación (Servicios Sociales, Discapacidad, Sanidad, etc.).

A efectos de la provisión de prestaciones y/o servicios, la ley alemana ha establecido tres niveles de severidad de la dependencia, que en la práctica se han ampliado a cuatro (Von Kondratowitz, 2002). A continuación se presenta su definición y su determinación en base a los resultados de la aplicación del baremo:

**NIVEL I:** Se trata de personas que requieren ayuda al menos una vez al día para dos o más actividades consideradas como básicas y varias veces a la semana para las tareas domésticas. En el baremo esta situación se corresponde con un promedio de necesidad de ayuda para todas las actividades comprendido entre 1,5 y 3 horas diarias, necesitándose como mínimo 45 minutos en las actividades básicas.

**Tabla 5.1 Actividades del baremo de la ley de dependencia en Alemania**

<p>Higiene personal</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lavarse<ul style="list-style-type: none"><li>o Cuerpo completo.</li><li>o Parte superior del cuerpo.</li><li>o Parte inferior del cuerpo.</li><li>o Manos y cara.</li></ul></li><li>- Ducharse</li><li>- Bañarse</li><li>- Lavarse los dientes</li><li>- Peinarse</li><li>- Afeitarse</li><li>- Control de esfínteres<ul style="list-style-type: none"><li>o Higiene relacionada con la micción.</li><li>o Higiene relacionada con la defecación.</li><li>o Manipular la ropa.</li><li>o Cambio de pañales.</li><li>o Cambio/vaciado de bolsa de urostomía o colostomía</li></ul></li></ul> <p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar la ingesta de alimentos</li><li>- Realizar la ingesta oral de alimentos</li><li>- Alimentación por sonda.</li></ul> <p>Movilidad básica</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Levantarse y acostarse de la cama<ul style="list-style-type: none"><li>o Levantarse / acostarse</li><li>o Cambios de posición en la cama</li></ul></li><li>- Vestirse<ul style="list-style-type: none"><li>o Ponerse la ropa por completo</li><li>o Ponerse la ropa parcialmente</li><li>o Quitarse la ropa por completo</li><li>o Quitarse la ropa parcialmente</li></ul></li><li>- Andar</li><li>- Mantener la posición</li><li>- Subir escaleras</li><li>- Salir y volver al hogar</li></ul> <p>Tareas domésticas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hacer la compra</li><li>- Preparar la comida</li><li>- Limpiar el hogar</li><li>- Lavar los platos</li><li>- Lavar la ropa</li><li>- Manejar la calefacción</li></ul>
---

NIVEL II: Comprende a personas que necesitan ayuda tres veces al día en las actividades de la vida diaria. Estas personas deben obtener en el baremo un promedio de necesidad de ayuda para todas las actividades de 3 a 5 horas diarias, de las que 2 o más deben dedicarse a las actividades básicas.

NIVEL III: Son personas que requieren ayuda de forma continuada en las actividades de la vida diaria. En el baremo estas personas deben presentar un promedio de necesidad de ayuda para todas las actividades de más de 5 horas diarias, de las que 4 horas o más se destinan a las actividades básicas.

Dentro del nivel III, sin que haya sido reconocido expresamente por la ley, se ha establecido un nivel especial que se otorga en casos de personas clasificadas en el nivel III y que requieren una asistencia de carácter extraordinario que sobrepasa ampliamente los cuidados correspondientes a dicho nivel. Este nivel está limitado a un máximo del 3% de los casos que reciben atención en el domicilio en el nivel III.

Finalmente, es importante señalar que el empleo del baremo ha sido frecuentemente criticado en Alemania desde diferentes sectores, especialmente desde los profesionales de la geriatría y de la discapacidad, así como desde las asociaciones de personas mayores y de personas con discapacidad. Entre las principales críticas que se han realizado destacamos dos cuestiones que permanecen en el debate desde la implantación del sistema y que podrían incorporarse en futuros desarrollos del baremo.

Por un lado, se ha criticado mucho que el baremo no recoja de ninguna manera la necesidad de una supervisión generalizada, durante el día o la noche, y que no se vincula a ninguna de las actividades consideradas (Cuellar, 2000). Esta necesidad de apoyo puede presentarse, en ocasiones, en personas de cualquier edad que presentan problemas en las funciones mentales derivados de enfermedades como el Alzheimer, el Síndrome de Down, el Autismo, la Esquizofrenia, etc.

Por otro lado, los sectores profesionales han criticado abiertamente que la ley de dependencia no haya adoptado como baremo alguno de los instrumentos de valoración de la dependencia que se emplean habitualmente en la práctica clínica, en particular la geriatría reclama el empleo del índice de Barthel. Además se critica que el baremo de la ley no cuente con

una adecuada validación científica que respalde sus propiedades como instrumento de valoración (Maidhof, 1999 y 2002).

## **La Clasificación Internacional del Funcionamiento**

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, que se conoce con las siglas CIF. La OMS propone que la CIF se convierta en una herramienta al servicio de las Administraciones, los profesionales y los ciudadanos que proporcione un lenguaje común y un marco conceptual para la descripción y análisis de la discapacidad y del funcionamiento humano en su conjunto (OMS, 2001).

En la CIF el término discapacidad cambia su definición en relación a la clasificación anterior de la OMS (CIDDM-80) pasando de referirse solamente a la limitación para realizar actividades a tener un sentido más amplio que engloba las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

La CIF se estructura en cuatro niveles de clasificación. El primer nivel, que es el menos detallado, organiza la información en 4 componentes que corresponden a Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. En la Tabla 5.2 se ofrece la lista de títulos completos que comprenden este primer nivel de clasificación. Los siguientes niveles de clasificación profundizan en estos conceptos.

La clasificación se acompaña de definiciones de cada uno de sus componentes, así como de un sistema de graduación de las situaciones que se puedan identificar en cada uno de los ámbitos. Entre estas definiciones destaca la diferenciación que se recoge entre el desempeño y la capacidad a la hora de describir los componentes de Actividades y participación. Así, el desempeño/realización hace referencia a lo que una persona hace en el entorno real en el que vive. En cambio, la capacidad describe el máximo nivel probable de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un entorno normalizado. En el caso del desempeño las características de los entornos pueden diferir entre las personas, mientras que en el caso de la capacidad los entornos deben presentar características similares.

**Tabla 5.2 Lista de los títulos de los capítulos de la clasificación de primer nivel de la CIF (OMS, 2001)**

**Funciones corporales**

- Funciones mentales
- Funciones sensoriales y dolor
- Funciones de la voz y el habla
- Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
- Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino
- Funciones genitourinarias y reproductoras
- Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento
- Funciones de la piel y estructuras relacionadas

**Estructuras corporales**

- Estructuras del sistema nervioso
- El ojo, el oído y estructuras relacionadas
- Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio
- Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico
- Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor
- Estructuras relacionadas con el movimiento
- Piel y estructuras relacionadas

**Actividades y participación**

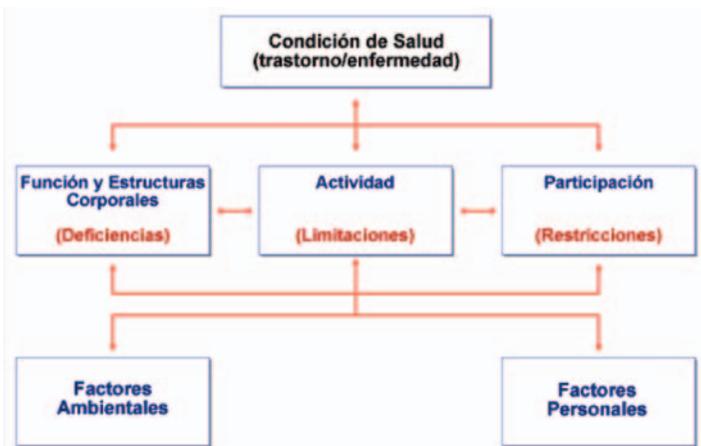
- Aprendizaje y aplicación del conocimiento
- Tareas y demandas generales
- Comunicación
- Movilidad
- Autocuidado
- Vida doméstica
- Interacciones y relaciones interpersonales
- Áreas principales de la vida
- Vida comunitaria, social y cívica

**Factores ambientales**

- Productos y tecnología
- Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
- Apoyo y relaciones
- Actitudes
- Servicios, sistemas y políticas

La diferenciación entre desempeño y capacidad refleja, en parte, que la CIF entiende que el funcionamiento de un individuo y su discapacidad es el resultado de la interacción de los distintos componentes de la clasificación, incluyendo las condiciones de salud y los factores contextuales, y también los factores personales.

Figura 5.1.- Interacciones entre los componentes de la CIF



Fuente: [http://sinais.salud.gob.mx/cecece/cif/cif\\_modelo.html](http://sinais.salud.gob.mx/cecece/cif/cif_modelo.html)

En relación con la valoración de la dependencia, la CIF constituye un importante avance metodológico aportando una clasificación y unas definiciones consensuadas internacionalmente que parten de un modelo de comprensión multidimensional de la discapacidad. Nos permite comprender con claridad que a) no siempre una persona con discapacidad tiene limitaciones en la realización de actividades; b) las limitaciones en las actividades se encuentran influenciadas por el entorno en que se desenvuelve la persona, pudiendo éstas modificarse o incluso desaparecer en función de las condiciones del entorno; c) las limitaciones en las actividades tienen diferentes niveles de severidad, no siendo siempre necesario el apoyo de tercera persona.

## Desarrollo de un instrumento de valoración de la dependencia

### *Condiciones del proceso de desarrollo*

Como hemos señalado anteriormente un instrumento de valoración debe tener unas características determinadas comunes como son la validez, la fiabilidad o la sensibilidad al cambio. Sin embargo la principal característica de los instrumentos o “baremos” utilizados para la elegibilidad en el marco de un sistema de prestaciones sociales es que responda a las expectativas o deseos del legislador. Es decir debe poder identificar las características que configuran los criterios de acceso y por lo tanto discriminar entre los que realmente se quiere que reciban determinadas prestaciones y los que no. Vamos a describir las características generales de un instrumento que pueda ser útil en nuestro entorno. El proyecto de ley para la promoción de la autonomía personal y atención a personas dependientes publicado en el BOE el 5 de Mayo de 2006 define la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria”. A su vez define las Actividades básicas de la Vida diaria como “las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: cuidado personal, actividades domésticas básicas, movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” (Proyecto de Ley 121/0084 de 5 de Mayo del 2006 de promoción de la autonomía personal y atención de las personas con dependencia). Un elemento a destacar es la necesidad de ayuda de una tercera persona como condición necesaria y no la sola existencia de discapacidad para poder considerarse dependiente. El mismo proyecto de ley señala que las situaciones de dependencia se clasificarán en 3 grados:

**GRADO 1.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

**GRADO 2.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos dos o tres veces al día pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

GRADO 3. Gran Dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita la presencia indispensable y continua de un cuidador.

Además cada grado se dividirá en dos niveles en función de la autonomía de la persona y del tipo de apoyo que requiere.

Por lo tanto el baremo que se deberá utilizar deberá poder clasificar a las personas con dependencia según estos grados de severidad en base a la necesidad de ayuda para la realización de las AVD. Además el resultado debe ser igual sea cual sea la causa de la dependencia, física, mental o sensorial.

En el proceso de desarrollo debe definirse además:

Que actividades se incluyen?

Que grado de detalle ? (actividades versus tareas)

Como se incluye la necesidad de ayuda

Como se puntúa

Como asignar los pesos para cada actividad

Como valorar la severidad

Pero además deberá se debe prestar especial atención a algunos aspectos como:

Incluir a todos los colectivos afectados en función no de su diagnóstico sino en función de la necesidad real de ayuda para las AVD

Necesidad de instrucciones variables específicas para algunos colectivos como por ejemplo los enfermos mentales o personas con déficit intelectual, a fin de facilitar su adecuada valoración.

Como considerar situaciones particulares como las condiciones de supervisión continuada

Como limitar el margen de error de los evaluadores

## Características del instrumento

El instrumento o baremo resultante tiene que ser aplicado a un amplio número de personas por ello deberá ser suficientemente breve y sencillo lo que facilite su aplicabilidad y la homogeneidad de las valoraciones. Además deberá ser congruente con las definiciones de la CIF referida anteriormente para que sea homologable con una clasificación internacional. Como hemos señalado anteriormente el instrumento debe ser útil para determinar el acceso a las prestaciones que se definan en la ley y por ello clasificar en niveles de severidad. Por último, el instrumento, aunque pueda utilizarse en la elaboración del plan de cuidados, no habría sido diseñado con este fin. Las características principales pueden resumirse en la tabla 5.3.

**Tabla 5.3 Características generales de un instrumento de valoración de la dependencia**

- **Basado en la valoración de actividades de la vida diaria**
- **Actividades basadas en la CIF**
- **Severidad medida con sistema de puntuación que permita establecer grados y niveles**
- **Incorpora la medida del desempeño y la necesidad de ayuda**
- **No está diseñado para una valoración integral aunque puede ayudar a la realización del plan individualizado de cuidados**

Además para poder cumplir con las otras características que marca el proyecto de ley son necesarias algunas instrucciones básicas.

Debe tenerse en cuenta tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad mental y/o de iniciativa, siempre y cuando existan deficiencias (motrices, mentales, sensoriales o de otro tipo).

Debe realizarse teniendo en cuenta el empleo de las ayudas técnicas disponibles por la persona, así como las barreras existentes en su entorno habitual.

Se valorará sin considerar los cuidados personales que recibe la persona. Es decir no debe infravalorarse la dependencia por el hecho de tener determinadas actividades cubiertas por un cuidador informal.

El proceso de valoración pretende objetivar la situación valorada. Para ello será de gran ayuda que además de la propia valoración de las AVD, el valorador disponga de información complementaria de las condiciones de salud y particularmente de los problemas, enfermedades, lesiones que sean causa de discapacidad. En este sentido un informe de salud permitiría:

Comprender las condiciones de salud asociadas a la existencia de dependencia

Asegurar que ha recibido todos los tratamientos adecuados incluyendo la rehabilitación

Valorar la posibilidad de modificaciones de la situación en el futuro inmediato

Y un informe social complementario debe facilitar la comprensión global de la situación del solicitante (la familia, el domicilio...) que luego será necesaria para la asignación de servicios.

### *Actividades de la Vida diaria*

Las actividades a considerar se seleccionaran de entre las que figuran en la CIF. La mayoría de baremos continen actividades de autocuidado, movilidad (que podemos considerar que representan las actividades básicas) y tareas domesticas. Una posible selección se presenta en la tabla 5.4:

**Tabla 5.4 Actividades de la vida diaria**

<b>Actividades de autocuidado</b>	<b>Actividades de movilidad</b>	<b>Actividades de la vida doméstica</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Comer y beber</li><li>■ Regulación de la micción/defecación</li><li>■ Otros cuidados corporales</li><li>■ Vestirse</li><li>■ Mantenimiento de la salud</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Transferencias corporales</li><li>■ Desplazarse dentro del hogar</li><li>■ Desplazarse fuera del hogar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Hacer la compra</li><li>■ Preparar comidas</li><li>■ Limpieza del hogar</li><li>■ Cuidado de la ropa</li></ul>

Además del desempeño para las actividades también es importante señalar el grado de apoyo de otra persona. En el marco de un estudio realizado con el IMSERSO para el desarrollo de un instrumento de valoración

de la dependencia y que actualmente está en fase de validación este aspecto se ha introducido con esta clasificación:

**A.** Preparación o Supervisión. La persona valorada sólo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para realizar la actividad y/o le haga indicaciones o estímulos, sin contacto físico, para realizar la actividad correctamente y/o evitar que represente un peligro.

**B.** Asistencia física parcial. La persona valorada requiere que otra persona le acompañe o ayude físicamente en la realización de las tareas de la actividad.

**C.** Asistencia física máxima. La persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización física de las tareas de la actividad.

**D.** Asistencia especial. La persona valorada presenta trastornos de comportamiento que dificultan la prestación de asistencia física en la realización de la actividad.

### *Los profesionales de la valoración*

En los procedimientos tanto o más importante es el instrumento o baremo como el conjunto del proceso diseñado. En este apartado un elemento clave son los profesionales valoradores. Debe existir un proceso de formación específico que comprenda como mínimo, el conocimiento de la Ley, el conocimiento y la adquisición de habilidades para el manejo del instrumento de valoración, así como otros aspectos complementarios sobre la discapacidad.

También es muy importante el perfil profesional. Sin limitar las posibilidades a ninguna profesión de las ciencias de la salud o de las ciencias sociales, hay que decir que la profesión de enfermería y de terapia ocupacional son las más idóneas en base a su currículo formativo. Sin embargo, otras profesiones como la medicina, la psicología y el trabajo social pueden desempeñar este papel con una formación adecuada.

### *Retos y limitaciones de los instrumentos*

Los baremos o instrumentos de valoración no pueden solucionar todas las dificultades de un proceso complejo de valoración aunque un buen

planteamiento inicial en su desarrollo puede ayudar a limitar o controlar estas dificultades. No siempre el diseño del instrumento es suficiente para minimizar estas limitaciones y de hecho, programas con años de funcionamiento siguen sin resolver algunas de ellas satisfactoriamente. Tanto o más relevantes son la definición de la dependencia utilizada, el proceso de valoración o de la propia cartera de prestaciones.

Algunos de los principales retos son:

Evitar falsas exclusiones de personas con deterioro cognitivo, intelectual o en general con problemas de salud mental: Puesto que el resultado final de la valoración es la necesidad de ayuda para realizar determinadas actividades es de especial relevancia como se interpreta la capacidad o no. La instrucción básica debe incorporar el hecho que la falta de decisión, motivación u otro problema mental que impide realizar una determinada actividad confiere a esta persona la condición de dependencia para aquella actividad aunque no haya ninguna limitación observada desde el punto de vista físico. La inclusión de variables especiales para identificar a esta población es necesaria en la información complementaria (informe de salud) pero no aporta valor al proceso concreto de valoración de la severidad de la necesidad de ayuda.

Cómo valorar las situaciones que cursan en episodios o crisis: El procedimiento de la valoración debe establecer los criterios bajo los cuales hay que proceder a la valoración. En general se considera que debe realizarse en la situación basal o libre de crisis introduciendo un criterio temporal para aquellas situaciones en que las crisis o episodios son muy frecuentes.

Qué ocurre con la resolución de las situaciones frontera entre los diferentes niveles de severidad. Es un problema inevitable en los modelos basados en la puntuación. Solamente un sistema validado y sensible a los cambios disminuirá la sensación de injusticia que genera estar en el límite inferior de la accesibilidad.

La variabilidad inter observador. A parte de un instrumento sencillo y bien desarrollado solamente la buena formación de los valoradores disminuirá la variabilidad. Un buen manual debe formar parte del proceso de formación.

Que necesitan apoyo permanente pero de baja intensidad: La incorporación de los niveles de ayuda permite identificar estas situaciones.

## Referencias bibliográficas

Cuellar, AE.; Wiener, JM. (2000): Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. *Health Aff (Millwood)*. May-Jun;19(3):8-25.

Ihara, K.: Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and the Long-Term Care Insurance Program. Versión electrónica. 37 p.

Maidhof R, Pirk O, Winkel M, Hartung J. (1999): A different approach, a new instrument for expert assessment of disability stages? *Gesundheitswesen, Ago-Set*; 61(8-9):380-4 [article in German]

Maidhof R, Schneider F, Rachold U, Gerber J, Niehoff JU, Sann J (2002): The "Barthel Index": alternative to expertising in compulsory care insurance? *Gesundheitswesen*, 64(1):54-9 [article in German]

Medizinischer Dienst der Krankenkassen: Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Versión electrónica. 148 p.

MTAS (2004): Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España.

Organización Mundial de la Salud (2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.

Senda, T.; Ohuchi, A.(2004): Characteristic analysis of tree-based model in Long-Term Care Insurance of Japan. *Proceedings of the 2nd International Conference on Information Technology for Application (ICITA 2004)*. 434:439. Versión electrónica.

Tunner, MC, Harrington, Ch (2003): "Nursing facility and home and community based service need criteria in the United States". *Home Health Care Services Quarterly*, 22(4):65-83.

Von Kondratowitz, HJ., Tesch-Romer, C., Motel-Klingebiel, A. (2002): Establishing systems of care in Germany: a long and winding road. *Aging Clin Exp Res*, Aug;14(4):239-46

## 6. Carga de enfermedad y tendencias de morbilidad de la población española

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Describir el estado de salud de una población es, de acuerdo con esta definición, una tarea compleja. Las perspectivas desde las que se puede abordar son múltiples (desde la propia autopercepción subjetiva hasta la ocupación de camas hospitalarias, desde el consumo de medicamentos hasta la prevalencia de discapacidades) y, siendo todas ellas necesarias, ninguna es capaz de dar por sí sola una imagen global de la situación de salud de una sociedad. Conocer cuáles son los principales problemas de salud de una población, poder realizar comparaciones entre distintas poblaciones o estudiar su evolución en el tiempo, tomar decisiones que lleven a mejorar las condiciones de salud del mayor número posible de personas, o evaluar los resultados de las intervenciones sanitarias requiere manejar mucha y muy heterogénea información de carácter no únicamente sanitario, sino también social o económico. En este contexto, y en paralelo al gran desarrollo que los llamados sistemas de información sanitaria han experimentado en los últimos años, la OMS ha promovido la elaboración de nuevas medidas de salud que resuman en indicadores fácilmente interpretables si no toda, sí buena parte de la complejidad que se encuentra detrás lo que se entiende como salud de una población.

En este capítulo se tratará de describir el estado de salud de la población española utilizando estos nuevos indicadores. Se desagregarán por causa, sexo y edad, con especial atención a la situación de las personas mayores. Se realizará en primer lugar una breve explicación metodológica, y se presentarán a continuación los principales resultados obtenidos en el estudio de carga de enfermedad de la población española, relacionándolos con las tendencias observadas en la morbilidad hospitalaria y con otros indicadores de salud tanto españoles como de otros países europeos. Finalmente, se comentarán las previsiones de carga de enfermedad que la OMS ha estimado recientemente a modo de reflexión sobre el posible escenario futuro en el que se podrá encontrar la población española en los próximos años.

## Medidas Sintéticas de Salud de las Poblaciones

Las medidas de mortalidad, como la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil o las tasas de mortalidad por causa, entre muchas otras, se han utilizado extensamente como indicadores de salud de las poblaciones. Sin embargo, una baja mortalidad o la mera supervivencia no son forzosamente sinónimos de buena salud. Es entre el óptimo o perfecto estado de salud y la muerte donde se sitúa la práctica totalidad de las personas pertenecientes a una población. Un medallista olímpico y una persona tetrapléjica o en coma contribuyen por igual al cálculo, por ejemplo, de la esperanza de vida, porque este indicador sólo distingue entre estar vivo y estar muerto. Pero resulta evidente que su estado de salud y las implicaciones que ello supone –personales, familiares, demográficas, sociales, para el sistema sanitario, etc.– son radicalmente distintas.

El interés por desarrollar nuevos indicadores sintéticos que incluyan alguna medida del estado de salud se despertó al percibirse que los índices de mortalidad al uso iban perdiendo sensibilidad para reflejar las condiciones sanitarias a medida que las poblaciones envejecían y aumentaba su longevidad de acuerdo con el proceso de transición demográfica (WHO, 1984), y cambiaba su patrón de causas de muerte. Este cambio, conocido como transición epidemiológica (Omran, 1971), describe de manera genérica el paso desde una preponderancia de las defunciones por enfermedades infecciosas hacia un escenario con mayor peso relativo de las causas crónicas y degenerativas de muerte, que además van

concentrándose en edades progresivamente más avanzadas, y mayor importancia también de las enfermedades y causas de muerte vinculadas a los hábitos de consumo, estilos de vida y decisiones individuales (Olshanski y Ault, 1986).

Cabe, por tanto, preguntarse si el proceso de envejecimiento demográfico implica una mejora paralela del estado de salud, o si por el contrario la prolongación de la supervivencia se consigue bajo el coste de mayores niveles de discapacidad o mala salud (Herce et al, 2003). Es decir, si se puede afirmar o no que una mayor cantidad de vida supone asimismo una mayor calidad de vida. La baja mortalidad española, por ejemplo, es resultado no sólo de medidas preventivas que evitan que muchas personas enfermen y fallezcan como efecto de esa enfermedad, sino también de una mejora en la asistencia y las intervenciones sanitarias que tiene como consecuencia impedir muchas muertes tiempo atrás inevitables. Pero en muchos casos esas intervenciones no restauran a la persona afectada en la buena salud previa a esa enfermedad o lesión, incrementando de este modo la proporción de la población que padece enfermedades crónicas o algún tipo de discapacidad. Para describir adecuadamente el estado de salud de las poblaciones en general, y de las que cuentan con una pirámide envejecida en particular, ya no son suficientes, por tanto, los indicadores que sólo distinguen entre estar vivo y estar muerto, pues no ilustran sobre la calidad de esa vida.

La utilización de medidas de salud que combinan la duración de la vida ponderada en función del estado de salud en que se vive, es decir, que tienen en cuenta tanto las consecuencias mortales como las no mortales de las enfermedades y lesiones, se ha extendido ampliamente durante los últimos años, muy especialmente desde que la Organización Mundial de la Salud ha considerado como prioritaria esta perspectiva de análisis. Estos indicadores, denominados Medidas Sintéticas de Salud de las Poblaciones (Murray et al, 2002), se agrupan en dos grandes familias: las "expectativas de salud" y los "diferenciales de salud". Las expectativas de salud se basan en el concepto de esperanza de vida y son ya bien conocidas (ejemplos de ellas son la esperanza de vida libre de discapacidad, o la esperanza de vida en buena salud) (Gènova y Pereira 2003).

El segundo gran grupo de medidas sintéticas de salud de las poblaciones lo constituyen los diferenciales de salud. Entre ellos, los "años de vida

ajustados por discapacidad”<sup>1</sup> (AVAD, también conocidos como DALY por sus siglas en inglés) son la más utilizada y constituyen el indicador fundamental de los estudios de carga de enfermedad. Se puede definir el concepto de “carga de enfermedad” como la medida de las pérdidas de salud que para una población representan tanto las consecuencias mortales como no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones, y en su caso las pérdidas atribuibles a los distintos factores de riesgo y determinantes de la salud implicados (Murray y Lopez, 1996). La carga generada por una enfermedad concreta dependerá, por un lado, de su frecuencia y, por otro, de los efectos mortales (mortalidad prematura) y discapacitantes o generadores de mala salud (con diversos grados de severidad) que origine. Los estudios de carga de enfermedad hacen comparables y agregables ambos efectos al reducirlos a la misma magnitud, el tiempo: tiempo perdido por mortalidad prematura, y tiempo vivido en un estado de salud distinto a la salud óptima (es decir, tiempo perdido por no haber sido vivido en buena salud o sin discapacidad). Los AVAD se basan, pues, en el concepto de años de vida perdidos (AVP) ampliamente utilizado desde hace décadas como medida de mortalidad prematura. A éstos AVP los estudios de carga de enfermedad añaden la estimación de los “años vividos con discapacidad o mala salud” (AVD) ponderados en función del nivel de gravedad del problema de salud padecido. La pertinencia de esa ponderación parece evidente: no es lo mismo, por ejemplo, sufrir una demencia severa que padecer una otitis. En una escala de severidad entre la perfecta salud (ninguna pérdida de tiempo por mala salud) y la muerte (máxima pérdida) la demencia estará valorada más cerca de esta segunda que la otitis. Para profundizar en la metodología de los estudios de carga de enfermedad se puede consultar entre otros el trabajo fundamental de Murray y Lopez (Murray y Lopez, 1996) o un texto más breve en español (Pereira et al, 2001).

1 Se utilizará en este texto la expresión “Años de Vida Ajustados por Discapacidad” por ser la traducción comúnmente aceptada de la expresión inglesa Disability Adjusted Life Years, acuñada por los creadores de esta metodología. Sin embargo, debe señalarse que las expresiones “morbilidad” o “mala salud” probablemente transmitirían mejor que “discapacidad” el sentido del indicador como medida global de salud de una población.

## **Carga de enfermedad en España en el año 2000**

En los albores del cambio de siglo, las principales causas de defunción en la población española son las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores, las enfermedades respiratorias, las enfermedades del aparato digestivo y las causas externas. Descendiendo a rúbricas más específicas de la clasificación internacional de enfermedades (CIE, 10ª revisión), las causas de muerte más frecuentes son la enfermedad cardiovascular isquémica, el cáncer de pulmón, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre los hombres, y la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad isquémica, las demencias, el cáncer de mama y la diabetes entre las mujeres. Este patrón de mortalidad se corresponde con el de una población en fase avanzada de la transición epidemiológica, donde la edad media de defunción es muy alta y las llamadas “enfermedades no transmisibles” son responsables de cerca de nueve de cada diez fallecimientos.

Siendo cierto lo anterior, cuando lo que se pretende es reflejar no ya el impacto de la mortalidad, sino el estado de salud de la población, la imagen retenida con las causas de defunción es incompleta. Los estudios de carga de enfermedad tratan de paliar esta limitación de las medidas de mortalidad integrando en un mismo indicador, como se ha comentado, los efectos mortales y no mortales de cada enfermedad. Así, las principales causas por número de AVAD pasan a ser, en España en el año 2000, las enfermedades neuropsiquiátricas (con un 28 por ciento del total de AVAD), de manera muy destacada por delante de la segunda causa (los tumores, con un 16 por ciento) y las enfermedades circulatorias (14 por ciento). En la población masculina sobresale igualmente la pérdida de años de vida sanos por accidentes no intencionales, mientras que en la población femenina en cuarto lugar del ranking lo ocupan las enfermedades osteomioarticulares (Tabla 6.1).

**Tabla 6.1 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). España, año 2000. Distribución porcentual por causa**

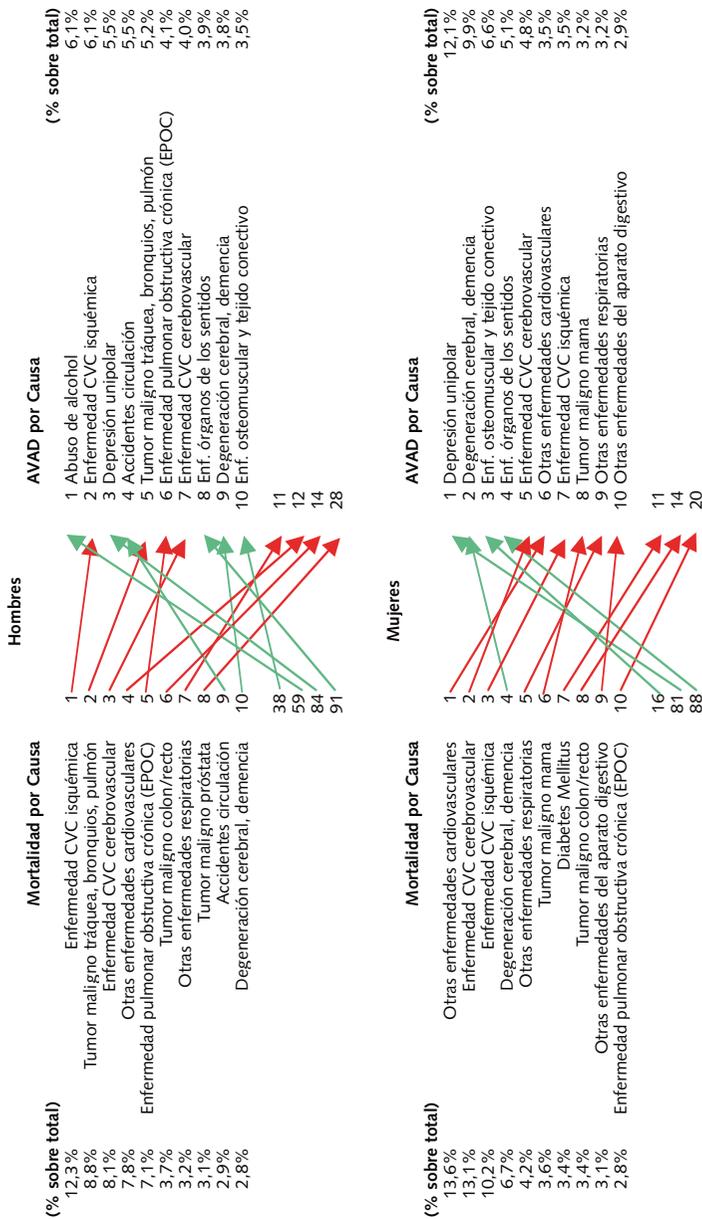
GRANDES GRUPOS DE CAUSAS	Sobre el total de cada sexo		Sobre el total de cada causa		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	AVP	AVD
<b>Total</b>	100,0%	100,0%	100,0%	45,8%	54,2%
Enf. transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	5,4%	5,0%	5,9%	54,6%	45,4%
Enf. no transmisibles	85,9%	83,1%	89,4%	42,7%	57,3%
Accidentes y lesiones	8,7%	11,9%	4,7%	71,4%	28,6%
<b>CATEGORIAS DE CAUSAS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>% AVP</b>	<b>% AVD</b>
Infecciosas y parasitarias	2,7%	3,0%	2,4%	58,2%	41,8%
Infección respiratoria	0,8%	0,8%	0,8%	84,5%	15,5%
Condiciones maternas	0,3%	0,0%	0,8%	2,5%	97,5%
Condiciones perinatales	0,9%	0,9%	1,0%	69,5%	30,5%
Deficiencias nutricionales	0,6%	0,3%	1,0%	4,2%	95,8%
<b>Tumores malignos</b>	15,8%	17,8%	13,5%	91,3%	8,7%
Otros tumores	0,5%	0,5%	0,5%	100,0%	0,0%
Diabetes Mellitus	1,8%	1,5%	2,2%	46,7%	53,3%
Enfermedades endocrinas y de la sangre	1,2%	0,9%	1,6%	31,8%	68,2%
Neuropsiquiátricas	27,6%	23,7%	32,5%	7,0%	93,0%
Enf. órganos de los sentidos	4,4%	3,9%	5,1%	0,0%	100,0%
Enf. cardiovasculares	14,2%	14,6%	13,6%	82,3%	17,7%
Enf. respiratorias	7,5%	8,9%	5,9%	37,3%	62,7%
Enf. aparato digestivo	4,7%	5,0%	4,3%	53,5%	46,5%
Enf. genitourinarias	1,2%	1,2%	1,2%	54,9%	45,1%
Enf. de la piel	0,2%	0,1%	0,3%	33,3%	66,7%
Enf. osteomuscular y tejido conectivo	4,9%	3,5%	6,6%	5,0%	95,0%
Anomalías congénitas	1,2%	1,1%	1,2%	55,6%	44,4%
Enfermedades orales	0,7%	0,5%	1,0%	0,2%	99,8%
Accidentes No intencionales	7,1%	9,8%	3,9%	67,7%	32,3%
Lesiones Intencionales	1,5%	2,1%	0,8%	89,3%	10,7%

Fuente: Elaboración propia.

Entre las subcategorías de causas de la clasificación de carga de enfermedad (que reagrupa con criterios epidemiológicos las rúbricas de la clasificación internacional de enfermedades en tres niveles: grandes grupos (3), categorías (21) y cerca de un centenar subcategorías, exhaustivas y excluyentes), destaca el peso de los AVAD del abuso de alcohol, la enfermedad isquémica, los accidentes de tráfico, la depresión unipolar y el cáncer de pulmón entre los varones y la depresión unipolar, las demencias, la enfermedad cerebrovascular, la isquémica y el cáncer de mama entre las mujeres, en las que asimismo cobran gran presencia el agregado de las enfermedades osteomioarticulares (artrosis, artritis reumatoide, osteoporosis) y las enfermedades de los órganos de los sentidos (pérdidas de audición, pérdidas de visión, cataratas, glaucoma). Las causas transmisibles suponen en conjunto una proporción relativamente baja sobre el total de la carga de enfermedad, gracias en buena medida a las políticas de prevención (Cortes et al, 2004). La incidencia de las principales enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, rubéola, parotiditis, tosferina) ha tendido a disminuir notablemente desde principios de los años noventa. Sin embargo, estos buenos indicadores no deben llevar a pensar en una relajación de las medidas preventivas. Igual ocurre con el VIH-sida, principal causa transmisible en número de AVAD, que está describiendo una clara transición desde un abrumador peso de la mortalidad hacia una mayor presencia del componente de discapacidad, en consonancia con el proceso de cronificación de la enfermedad (Álvarez, 2006). Entre las causas externas, además de los citados accidentes de circulación, debe destacarse el peso de los suicidios y el de las caídas, estas últimas con especial presencia entre las mujeres de edades elevadas.

Como se puede apreciar en la tabla 6.2, la valoración del impacto de las distintas patologías en la población varía claramente según se tenga en cuenta sólo el efecto de la mortalidad (columna de la izquierda) o se incorpore también el de la discapacidad y la mala salud (columna de la derecha). Todas las enfermedades que aparecen en los primeros lugares en el ranking de mortalidad (salvo las demencias en mujeres y hombres, y los accidentes de tráfico en estos últimos) pierden posiciones al hacer la lista de las principales causas según la carga de enfermedad que generan. Por el contrario, causas que se encontraban muy alejadas de los puestos más relevantes en relación con la mortalidad, como la depresión, las enfermedades osteomioarticulares, el abuso de alcohol o las enfermedades de órganos de los sentidos, pasan a tener una gran importancia en la determinación del estado de salud de la población española.

**Tabla 6.2 Principales causas de Mortalidad y Carga de Enfermedad, por sexo. España, año 2000**



Fuente: Elaboración propia.

La carga de enfermedad de la población española se asemeja, lógicamente, a la de los países europeos con alta esperanza de vida (la subregión europea Euro-A creada por la OMS y que incluye la práctica totalidad de los países de Europa occidental). Sin embargo, se aprecian también diferencias que merecen ser destacadas. La población de Euro-A tiene una mayor presencia de las enfermedades circulatorias (isquémicas, cerebrovasculares) y de las demencias, pero menor de la depresión, el abuso de alcohol o los accidentes de tráfico. Las tasas totales de AVAD son más bajas en España (12 AVAD por cien mil personas) que en el conjunto de Euro-A (17 por cien mil), lo que sitúa a la población española en mejores condiciones generales de salud que el promedio de los países europeos.

En conjunto, los hombres soportan una carga global de enfermedad algo mayor que las mujeres (55 frente a 45 por ciento del total de AVAD respectivamente). Al desagregar el indicador en sus dos componentes (mortalidad y mala salud) se aprecian diferencias significativas por sexo. Los hombres suman más años de vida sana perdidos por mortalidad: dos de cada tres años perdidos por muerte prematura en la población española en el año 2000 corresponden a los hombres. Esto es así tanto porque registran una mayor incidencia (mayores tasas) de mortalidad que las mujeres como porque su edad media de defunción es más joven, y por lo tanto pierden en promedio más años de vida por muerte que en el caso de las mujeres. En cambio, en éstas el peso de la discapacidad y la mala salud es mucho mayor que el de la mortalidad: sólo un tercio de los AVAD femeninos son debidos al efecto de las defunciones. Se confirma así algo que recogen todas las encuestas al preguntar a la población sobre la percepción de su estado de salud: las mujeres declaran siempre tener una peor salud que los hombres, pese a que su esperanza de vida es claramente mayor. Las mujeres viven más, pero con peor calidad de vida que los varones. La perspectiva de la carga de enfermedad permite atribuir esta peor salud relativa de las mujeres fundamentalmente a las enfermedades mentales, neurológicas, osteomioarticulares y de los sentidos, causas mucho más discapacitantes que mortales. Otras causas con mayor número de AVAD en mujeres que en hombres son las enfermedades endocrinas y de la sangre, las de la piel, o las nutricionales, también todas ellas con mayor presencia de la discapacidad que de la mortalidad (tabla 6.1). Entre las enfermedades con mayor número de AVAD en hombres que en mujeres se cuentan la mayoría de

los tumores, las enfermedades respiratorias (fundamentalmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC), las enfermedades digestivas (especialmente la cirrosis), los accidentes de tráfico y el resto de causas externas, y el sida, la tuberculosis y las hepatitis B y C entre las enfermedades transmisibles.

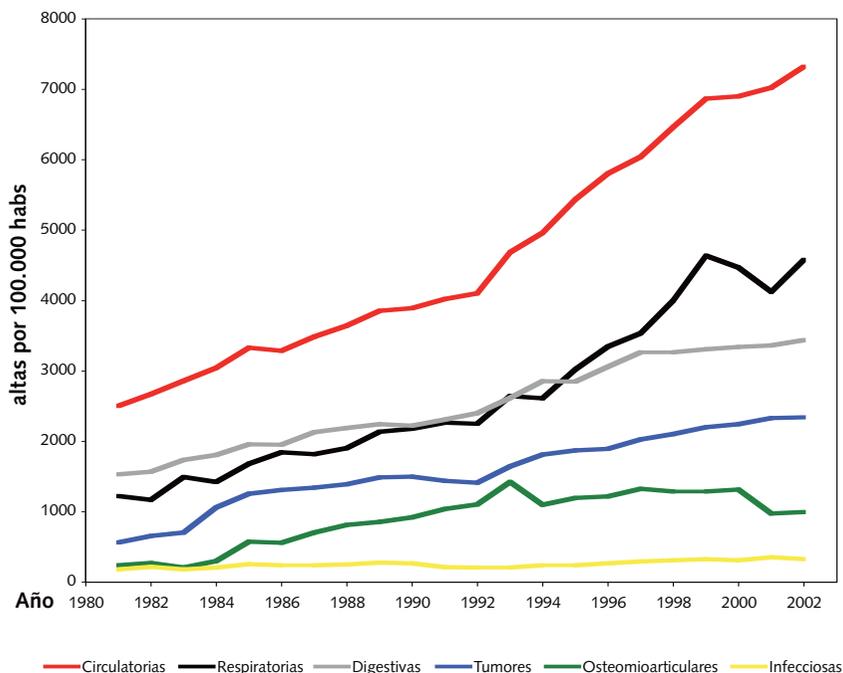
## Carga de enfermedad y morbilidad en las personas mayores

Uno de cada tres años de vida perdidos por mala salud o muerte entre las mujeres, y uno de cada cuatro entre los varones, corresponden en España a personas de setenta y más años de edad. Las principales categorías de causas de AVAD en las personas mayores son semejantes a las del conjunto de la población: las enfermedades neuropsiquiátricas, las cardiovasculares, los tumores, las enfermedades respiratorias y las osteomioarticulares, y las mismas, con alguna variación de orden (cardiovasculares, tumores, neuropsiquiátricas, respiratorias y osteomioarticulares) en los varones. Los cambios, no obstante, son más importantes en las rúbricas específicas: depresión, abuso de alcohol o accidentes de tráfico desaparecen de los primeros lugares, mientras que la enfermedad cerebrovascular, la isquemia cardiaca y otras enfermedades cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y, sobre todo, las demencias, ganan un extraordinario peso. Sólo estas últimas suponen uno de cada cuatro AVAD perdidos por las mujeres de setenta y más años, y otra cuarta parte la contabilizan las tres rúbricas circulatorias citadas. Si a esta mitad se añade el efecto de artritis, artrosis, osteoporosis y el de la diabetes, se alcanzan hasta dos tercios de la carga de enfermedad de las mujeres mayores en España.

Las medidas de morbilidad hospitalaria rubrican, pero sólo en parte, esta imagen. Las causas más frecuentes de altas hospitalarias (se prefieren éstas a los ingresos, dado que es al alta cuando se determina el diagnóstico principal que motivó la estancia en un centro hospitalario) en personas mayores son las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de las enfermedades respiratorias, digestivas, tumores y osteomioarticulares, por este orden (MSC, 2006). En términos generales esta lista coincide con la que muestran la mayoría de los países de la Unión Europea (Eurostat, 2002) y con las que mayor carga de enfermedad producen, con la gran

ausencia de los trastornos mentales y los neurológicos. La importancia de las demencias en la población mayor, en concreto, no queda reflejada en las estadísticas de atención hospitalaria porque proporcionalmente son pocos entre quienes las padecen los que se encuentran internados en hospitales de larga estancia, y en la mayoría de los casos permanecen al cuidado de familiares en su propio domicilio, o en instituciones (residencias, asilos) que no entran en la definición de establecimiento hospitalario.

**Figura 6.1.- España. Años 1981 a 2002. Ambos sexos. Tasas de frecuentación hospitalaria por causa por 100.000 personas de 75 y más años de edad**



Fuente: MSC, 2006

La frecuentación hospitalaria, tanto en el conjunto de la población como especialmente entre las personas mayores, ha tendido a aumentar en España de manera significativa en los últimos veinte años. Esta evolución es, en parte, consecuencia del aumento de la edad media de la población.

Ciertamente, la progresión de la asistencia hospitalaria a las personas mayores ha sido creciente: las tasas para la población de 75 y más años de edad se han multiplicado entre 1980 y 2002 por tres en el caso de las enfermedades circulatorias, por dos en el de las digestivas, o por cuatro en el de los tumores o las enfermedades osteomioarticulares (Figura 6.1). Sin embargo, en la medida que la frecuentación también presenta una tendencia ascendente una vez ajustada por edad, debe entenderse que esta evolución no es sólo resultado del envejecimiento de la población, ni debe interpretarse como un empeoramiento del estado general de salud, sino como una mayor utilización de la asistencia sanitaria hospitalaria, que en muchos casos evita fallecimientos o contribuye a aminorar las secuelas de las enfermedades tratadas. Es preciso, además, recordar que se producen cambios también en sentido opuesto al señalado: enfermedades que tiempo atrás requerían ingreso en un centro sanitario son actualmente solventadas mediante atención ambulatoria, lo que debe ser tenido en cuenta al interpretar las tendencias de los indicadores globales de morbilidad hospitalaria.

## La relevancia de las enfermedades neuropsiquiátricas

Indudablemente, la conclusión más importante que surge del estudio de carga de enfermedad de la población española es la visualización del gran problema de salud que suponen las enfermedades neuropsiquiátricas y que, como se ha apreciado, no queda en absoluto reflejado en dos de las fuentes más comúnmente utilizadas para describir el estado de salud, las estadísticas de mortalidad y las de morbilidad hospitalaria. El creciente papel de las enfermedades mentales y neurológicas en España está en consonancia con lo observado en la mayoría de las poblaciones de perfil epidemiológico semejante (Kramer, 1980), y con lo estimado por la OMS en sus "Informes de la Salud en el Mundo" de los últimos años (especialmente en el monográfico del año 2001 (WHO, 2001)). Muchas de las enfermedades mentales apenas aparecen en los ranking de mortalidad porque su letalidad es baja. Sin embargo, la discapacidad que generan es muy alta, y la larga duración e incluso la ausencia de remisión de buena parte de ellas hace que su valoración en términos de años de vida sanos perdidos sea elevada. Es este, además, un grupo de

causas que en conjunto afecta considerablemente más a las mujeres que a los hombres. Fundamentalmente, la depresión unipolar y las demencias (alzheimer, degeneración cerebral, etc.) suponen una gran cantidad de años vividos con grave discapacidad por la población femenina española, que tiene una de las esperanzas de vida más altas del mundo. Otras causas neuropsiquiátricas, como los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia, bulimia) afectan también más a mujeres que a hombres, si bien a edades más jóvenes, a diferencia del abuso de alcohol o la adicción a drogas, que gravan más a los varones.

En el caso de la demencia se observa desde finales de los años noventa (Regidor et al, 2002) un fuerte aumento de la certificación de muerte por esta causa, por lo que su escalada en el ranking de AVAD se debe también en parte a este segundo hecho. Esto no ocurre con la depresión, cuya presencia en las estadísticas de mortalidad sigue siendo poco menos que inapreciable, por más que pueda sospecharse que detrás de muchas muertes por suicidio, por ejemplo, puedan encontrarse cuadros depresivos severos. Así pues, la gran importancia de la depresión en la carga de enfermedad de la población española es atribuible, como la del abuso de alcohol en los hombres, tanto a la alta discapacidad y mala salud que producen como a la baja edad media de quienes las padecen.

Las enfermedades neuropsiquiátricas tienen además importantes y crecientes efectos en la sociedad española. El abuso de alcohol está fuertemente asociado a la violencia doméstica y de género, a la desestructuración de la vida familiar, a la pérdida de puestos de trabajo y a las dificultades para mantener las relaciones sociales. Por otro lado, en puertas de la aplicación práctica de la nueva ley de dependencia, se carece hasta el momento en España de un sistema público extendido de atención a las personas con demencias, por lo que la carga de los cuidados recae mayoritariamente en el núcleo familiar, y muy especialmente en los miembros femeninos del mismo. En muchas ocasiones esto provoca, entre otras consecuencias, nuevos problemas de salud mental (depresiones en los cuidadores), y pérdidas de nivel socioeconómico (necesidad de abandonar el mercado laboral para dedicarse a tiempo completo al cuidado del familiar enfermo, asignación de una parte creciente de los ingresos familiares al cuidado del enfermo, etc.).

## Proyecciones de carga de enfermedad

No se cuenta hasta el momento con proyecciones de carga de enfermedad para la población española. La OMS ha realizado recientemente estimaciones con base en el año 2000 y horizonte en el 2030 (Mathers y Loncar, 2005), en las que se calculan valores probables de AVAD por causa para las distintas agrupaciones de países con las que trabaja habitualmente la OMS (por su nivel de ingresos -alto, medio y bajo-, y por las seis regiones en las que la OMS divide la población mundial). Pese a que el patrón epidemiológico de la población española no es, como es lógico, idéntico ni al del conjunto de la región europea ni al del grupo de los países de altos ingresos, en los que se inscribe, los resultados obtenidos para uno y otro colectivo una vez sobrepasado el primer cuarto del siglo XXI permiten reflexionar sobre el futuro de las condiciones de mortalidad y morbilidad de la población española.

Según la OMS hacia 2030 la depresión unipolar, la diabetes, las demencias, la isquemia cardiaca y el abuso de alcohol serán las principales causas de AVAD en los países de altos ingresos. En la región europea de la OMS cobran también peso las enfermedades cerebrovasculares, el sida, las enfermedades de los órganos de los sentidos y las osteomioarticulares. Se mantienen, por tanto, en los primeros lugares, hasta tres causas neuropsiquiátricas y dos circulatorias. La aparición del sida tiene que ver con su alta presencia en los países del este de Europa. La incidencia del sida en España se encuentra actualmente estabilizada muy por debajo de los niveles alcanzados en los peores años de la epidemia, a mediados de los noventa, pero sigue siendo, junto con Portugal e Italia, el país de Europa occidental con mayores tasas de nuevos casos. Por ello, las previsiones de la OMS deben ser interpretadas como una llamada de atención ante las tentaciones de relajación en la prevención del contagio por VIH.

Es muy significativo el ascenso de la carga de enfermedad por diabetes en las sociedades más desarrolladas (si bien en la región europea parece tener menor peso que en el conjunto de los países de altos ingresos, debido a la ubicación en este último grupo de los Estados Unidos de Norteamérica), en cuanto se correlaciona con la extensión de hábitos de consumo y estilos de vida no saludables que, según las encuestas de salud realizadas en muy diversos países, muestran una tendencia clara al aumento. La más reciente Encuesta Nacional de Salud (2003) señala que

un 18,1 por ciento de la población española mayor de 18 años tiene sobrepeso de grado II (índice de masa corporal entre 27 y 30), y que el 13,3 por ciento presenta obesidad (IMC mayor o igual a 30). En 1987 la proporción de adultos obesos era de casi la mitad (7,7 por ciento) y desde entonces la proporción no ha dejado de aumentar, para cualquier edad, sexo o nivel de educación. Los datos de proporción de diabéticos en los países de la Unión Europea en el año 2000 sitúan a España (4,6 por ciento de la población) por encima de la media comunitaria (4,1), más cerca de los países con valores máximos (Finlandia, Suecia, Italia o Grecia, alrededor del 5 por ciento) que del mínimo marcado por Irlanda (2,7). La mortalidad por diabetes ha tendido a descender en los últimos años en España, pero con frecuencia esta enfermedad no se menciona en los certificados de defunción de los diabéticos, por lo que se considera subestimada. Por el contrario, el Centro de Epidemiología para la Diabetes de la OMS estima que el número de personas con diabetes mellitus crecerá un 6 por ciento entre el años 2000 y el 2010 (en el conjunto de la Unión europea se estima un incremento del 25 por ciento) (Eurostat, 2002).

También detrás de otras enfermedades con alto número previsto de AVAD se pueden encontrar factores de riesgo relacionados con hábitos y estilos de vida que no han conseguido ser controlados hasta la fecha. España se encuentra, por ejemplo, entre los países con mayor consumo de cigarrillos de la Unión Europea (Eurostat, 2002). La proporción de población fumadora tendió a disminuir en España entre 1987 y 2003, pero la práctica totalidad de este recorte se debió a los varones (MSC, 2006). Este patrón, que también se da en otros países de características semejantes a las españolas, contribuiría a explicar el previsible incremento en las mujeres de la carga de enfermedad por EPOC y cáncer de pulmón, y el mantenimiento de la isquemia cardiaca en los primeros lugares de AVAD tanto en varones como en mujeres. Esta última patología se relaciona asimismo con los niveles de sedentarismo (España se encuentra claramente por encima de la media de la Unión Europea) y del consumo de alcohol (con evolución general descendente, en España, en los últimos años, pero conviviendo con una creciente tendencia entre los jóvenes al consumo excesivo concentrado en los fines de semana).

En cuanto a las enfermedades mentales y neurológicas, las tasas de prevalencia de demencias (alzheimer, demencia vascular y otras) sitúan a España en la media comunitaria, a medio camino entre los niveles máxi-

mos de Suecia y los mínimos de Irlanda (Eurostat, 2002). Todas las proyecciones auguran un fuerte crecimiento del número absoluto de personas mayores, tanto en Europa como en España, y un envejecimiento relativo en el interior de dicho grupo (crecerá más rápidamente la proporción de personas más ancianas dentro del conjunto de los mayores). En la medida que se sigan logrando evitar muertes por otras causas (como está ocurriendo con las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo) será mayor la probabilidad de que muchas personas acaben padeciendo algún problema de salud mental asociado a su edad elevada, por lo que el factor demográfico, con independencia de otras variables, parece asegurar una alta carga de enfermedad por demencias en el futuro.

## Conclusión

El estudio de Carga de Enfermedad de la población española concede su verdadera importancia a problemas de salud que quedan velados al utilizar otros clásicos indicadores de salud, como la mortalidad o la morbilidad hospitalaria. El cálculo de los AVAD pone asimismo de manifiesto la peor salud relativa de las mujeres, pese a su mayor esperanza de vida. Al igual que en otros países con la transición demográfica y epidemiológica muy avanzada, en España destaca la relevancia que cobran las enfermedades neuropsiquiátricas, la mayoría de las cuales son poco mortales pero muy discapacitantes. En la población joven y adulta son la depresión y el abuso de alcohol las más preeminentes. Entre las personas mayores, las demencias suponen cerca de uno de cada cuatro años de vida sana perdidos, y la previsión de la Organización Mundial de la Salud es que se mantendrá el gran impacto de estas patologías, junto con el de la enfermedad cerebrovascular y la isquemia cardiaca, de las dolencias relacionadas con el aparato musculoesquelético y de las enfermedades de órganos de los sentidos. Las tendencias en los países desarrollados al aumento del sedentarismo y la obesidad hacen prever un importante incremento de la carga de enfermedad por diabetes. La población española goza de un buen estado general de salud, mejor incluso que el promedio de los países de la Unión Europea. Sin embargo, se evidencian también en ella muchos de los que se han venido en llamar “desajustes en la salud en el mundo desarrollado” (Sespa, 2006), cuya eliminación o reducción tendrá que ser tarea fundamental de los próximos años para conseguir mantener y mejorar la calidad de vida alcanzada hoy en día.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez Martín E. (2006) *Determinación de la Carga de Enfermedad atribuible a VIH/sida en España mediante el cálculo de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad*. Madrid, tesis doctoral inédita.
- Cortés M, Pereira J, Peña-Rey I, Gènova R, Amela C. (2004). "Carga de enfermedad atribuible a las afecciones inmunoprevenibles en la población infantojuvenil española". *Gaceta Sanitaria*, 18 (4), p.312-20.
- Eurostat (2002) *Health statistics. Key data on health 2002. Data 1970-2001*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Gènova R, Pereira J. (2003) "Las expectativas de salud", en *Las personas mayores en España. Informe 2002*, Madrid, IMSERSO, p. 513-547.
- Herce JA, Ahn N, Gènova R, Pereira J. (2003). *Biodemographic and Health aspects of Ageing in the EU*, Munich, CESifo, Working Paper 1027.
- Kramer M. (1980). "The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, p.282-297.
- Mathers CD, Loncar D. (2005) *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, Evidence and Information for Policy Working Papers.
- MSC (2006) *Indicadores de salud 2005. La Salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Murray CJL, Lopez AD. (eds) (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Murray CJL, Salomon J.A, Mathers C.D, Lopez A.D. (2002). *Summary Measures of Population Health. Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva, World Health Organisation.
- Olshansky SJ, Ault AB. (1986). "The fourth stage of the epidemiology transition: the age of delayed degenerative diseases". *Milbank Q*; 64, p.355-391.
- Omran AR. (1971). "The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change". *Milbank Mem Fund Q*; 49, p.509-538.
- Pereira J, Cañón J, Álvarez E, Gènova R. (2001). "La medida de la magnitud de los problemas de salud en el ámbito internacional: los estudios de carga de enfermedad". *Revista de Administración Sanitaria*; 5(19), p.441-66.
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Otero A. (2002). "Patrón de mortalidad en España, 1998". *Medicina Clínica (Barc)* 118(1), p.13-5.
- SESPAS (2006) *Informe SESPAS 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado*, Barcelona, Doyma.
- WHO (1984). *The uses of epidemiology in the study of the elderly*, Geneva, World Health Organization, Technical Report Series 706.

WHO (2001) *The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization.

WHO (s.d.) *Global Burden of Disease Estimates. GBD 2000 Estimates by Sub-Region*. Geneva, World Health Organization. [http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,bod,burden,burden\\_estimates,burden\\_estimates\\_2000V2,burden\\_estimates\\_2000V2\\_subregion&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,bod,burden,burden_estimates,burden_estimates_2000V2,burden_estimates_2000V2_subregion&language=english)  
[Accedido 20/07/2006].

# **La protección de la dependencia. Cuidados y cuidadores**

## **7. Cómo abordar la dependencia funcional**

Demetrio Casado

## **8. Panorama europeo de la protección social a la dependencia**

Gregorio Rodríguez Cabrero

## **9. El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales**

Pilar Rodríguez Rodríguez

## **10. La influencia protectora de las redes familiares y sociales**

Ángel Otero | M<sup>a</sup> Victoria Zunzunegui | François Béland  
Ángel Rodríguez Laso

## **11. Domésticas cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes en el sector privado de asistencia de personas mayores**

Raquel Martínez Buján

## **12. La oferta de servicios sociales. El impacto de la futura Ley de Dependencia**

Mayte Sancho Castiello | Rosa Díaz Martín



## 7. Cómo abordar la dependencia funcional

### Acción en varios frentes

El título de este texto incluye la locución “dependencia funcional” en consideración a que se tratan aquí las situaciones de discapacidad grave que entrañan necesidad de ayuda personal por limitaciones para “funcionar” en la vida diaria. Resulta necesaria esa especificación porque hay otras clases de dependencia; una de ellas es la dependencia moral, muy relacionada con la que es objeto específico de esta exposición. Esta relación viene dada porque quienes ayudan –sean personas o entidades– pueden y tienden a imponer condiciones que pueden llegar a vulnerar la autonomía personal de los asistidos.

La acción relativa a la dependencia ha de orientarse en pos de varios objetivos, en parte conectados: ayuda personal directa, rehabilitación, prevención, acondicionamiento de los entornos. Por razones obvias no será posible abarcar aquí todas las acciones necesarias para alcanzar esas metas.

La cuestión de cómo abordar la dependencia lleva a revisar las prácticas tradicionales relativas a la misma: asilamiento benéfico, asistencia mediante servidores domésticos, prestaciones monetarias sin exigencia de aplicación al beneficiario, beneficios fiscales. Por lo indicado, estas vías de acción serán objeto de consideración previa.

Después, se llevará a cabo un repaso sistemático de los muy diversos frentes en los que deben intervenir los poderes públicos para mejorar la situación y la atención de las personas afectas de dependencia funcional: disponibilidad y bienestar de los cuidadores familiares y asimilados, accesibilidad pasiva y activa de los entornos privados y públicos, servicios sociales, asistencia sanitaria.

La elección indicada del sector público no supone la pretensión de que el mismo deba desplazar sistemáticamente a los agentes privados; al contrario, responde a la convicción de que la acción de los mismos necesita de apoyo y control público. Los familiares, en general, sólo podrán llevar a cabo su vocación de ayuda si cuentan con apoyos que complementen y, eventualmente, suplan su labor. La acción de las entidades privadas debe ser objeto de políticas y medidas que eviten riesgos como estos: problemas de calidad asistencial, fallos de cobertura para ciertos segmentos de demanda, sobreoferta de las prestaciones más rentables o de más fácil gestión, desequilibrios territoriales.

## Mayoritaria y preferentemente en el domicilio

Como quiera que la dependencia funcional consiste en necesidad de ayuda personal para actividades comunes de la vida, parece obligado comenzar por esa clase de asistencia. Y para hablar de cómo conviene abordarla, es obligado preguntarse por la situación y aspiraciones residenciales de los destinatarios de la misma. No es lo mismo, obviamente, proveer cuidados personales en el propio domicilio que en un establecimiento residencial.

En nuestra historia asistencial tuvieron un papel relevante los centros de internado para “incurables”, “decrépitos”, “imposibilitados” e “impedidos”. Tal vez por ello se asocia por algunos la dependencia funcional con el internamiento en los hospitales de larga estancia y en las residencias asistidas. Según las cifras de las Estadísticas de Establecimientos Sanitarios en régimen de internado del Ministerio de Sanidad y Consumo, para 2001, los hospitalizados de larga estancia representaban menos del 1% de la población afecta de dependencia. Sobre la parte de dicha población con edad de 65 y más años, a partir de información obtenida por el Instituto Nacional de Estadística en 1999, se ha estimado que el 12% del

total aproximadamente estaba alojada en residencias de carácter social (Rodríguez Cabrero, 2004). Así pues, como los hechos indicados cambian muy lentamente, **cabe afirmar que en la actualidad la inmensa mayoría de las personas que se consideran en esta exposición viven en domicilios particulares.**

Según una encuesta realizada para el Instituto Nacional de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) en 2004, la gran mayoría de las personas de más de 65 años afectas de dependencia funcional convive con familiares, en diversas formas, y aproximadamente el 15% viven solas en sus domicilios (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004, cap. III). En esta misma fuente se recoge información indicativa de que la población española en edad avanzada, en el supuesto de necesitar cuidados por dependencia funcional de edad avanzada, preferiría recibirlos en el propio domicilio.

La historia de la asistencia mediante internamiento prolongado o indefinido abunda en pruebas de efectos tan negativos como la morbilidad y la mortalidad elevadas. Algunos de los factores de estos problemas, como la carencia de higiene o los cuidados inadecuados, son hoy infrecuentes; pero es muy difícil suprimir totalmente el riesgo de contagios infecciosos, limitaciones de la autonomía personal –dependencia moral–, privación afectiva, marginación social. Por todo esto, así como por los elevados costes de la asistencia mediante internamiento, **la situación mayoritaria de alojamiento en domicilio particular, además de ser deseada por la población, resulta deseable desde el punto de vista del bienestar.**

## **Reforma de las respuestas tradicionales**

Establecidas las referencias anteriores, parece oportuno iniciar el desarrollo de la cuestión a tratar por el examen de al menos las principales respuestas tradicionales con la formulación de las propuestas correspondientes.

La respuesta más antigua a la dependencia funcional consistía en el asilamiento marginalista, es decir, reservado a las personas sin recursos económicos ni soporte familiar idóneo. Así pues, los incurables, decrépitos, imposibilitados e impedidos que acogían los establecimientos de caridad y benéficos pretéritos, no eran de cualquier clase social y condición familiar, sino pobres y desvalidos. La Beneficencia pública ha sido abolida,

pero se mantienen políticas públicas parecidas a la indicada: para administrar la escasez de plazas en residencias asistidas, las Comunidades Autónomas y algunos Entes Locales aplican baremos selectivos por efecto de lo cual quedan excluidas amplias capas socioeconómicas medias, además de las altas (Monserrat Codornú, 2004); lo que contradice la condición social de nuestro Estado y genera estigmatización social. Frente a la pauta indicada, los poderes públicos están llamados a mantener una **oferta suficiente y universalista de prestaciones residenciales** –como de otras, según se dirá–. Lo que no obsta para que puedan establecerse participaciones diferenciadas en el coste.

Tradicionalmente, las minorías acomodadas se ayudaban de servidores y cuidadores domésticos para la atención a situaciones de dependencia. En el presente, esta fórmula parece estar siendo utilizada de manera creciente. Muchas familias están experimentando un incremento de la necesidad de ayuda externa para las situaciones de dependencia funcional a causa principalmente de que ha disminuido su capacidad de autoasistencia; influye en ello el menor tamaño familiar, la incorporación laboral de las mujeres, el envejecimiento de los potenciales cuidadores, etc. Una parte de tales casos de necesidad se cubren mediante servidores y cuidadores domésticos por la escasez de la oferta pública de servicios -no sólo los residenciales- para las situaciones de dependencia funcional y la exclusión por baremo de los mismos de las clases altas y buena parte de las medias. Y están pudiendo hacerse esas contrataciones en virtud de la creciente oferta espontánea -es decir, no gestionada por los poderes públicos- para tales tareas de los inmigrantes; principalmente mujeres iberoamericanas. Frente a esta situación, es deseable que la contratación por los afectados de dependencia funcional o sus familiares de servidores domésticos y asistentes personales sea una opción ejercida en virtud de su autonomía moral, no un recurso forzoso. Para ello y dejando a un lado la muy compleja cuestión demográfica (Abellán y Puga, 2001) y la política migratoria, es necesario: **1) que se amplíe la oferta pública de servicios de apoyo para la residencia en domicilio particular y 2) que se provean prestaciones monetarias afectadas a la contratación de servidores domésticos y asistentes personales** –cuya aplicación debe controlarse, claro–.

En España se instituyó una prestación monetaria por incapacidad derivada de accidente de trabajo que supusiera la asistencia constante de otra

persona en 1932; desde entonces, se ha producido un importante desarrollo de medidas de esa clase (Aznar López, 1999). En el presente, la Seguridad Social, tanto en su sección contributiva como en la no contributiva, cuenta con prestaciones monetarias por “gran invalidez” y por minusvalía grave para adultos y para hijos mayores de 18 años; y ambas contingencias son equivalentes a la dependencia funcional. Esta línea de acción es muy estimable para los afectados y familias en relación a la libertad de opciones asistenciales; por otra parte, representa una gran aportación pública en términos de gasto. Pero estas prestaciones adolecen de graves defectos, como los dos siguientes: si la dependencia funcional sobreviene después de los 65 años no devenga derecho a las mismas; no se exige que la prestación monetaria sea aplicada a la atención del beneficiario (subsidios para los cuidadores familiares que deban cesar en su trabajo remunerado, contratación de cuidadores, pago o copago de prestaciones onerosas de servicios sociales, etc.). Una política racional de atención a las situaciones de dependencia funcional debería incluir la reforma de las prestaciones monetarias de la Seguridad Social con estos cambios: **1) proteger la dependencia sobrevinida tras la edad de jubilación; 2) vincular las prestaciones monetarias a gastos que reviertan directamente en la atención del beneficiario.**

Otra línea de la acción pública tradicional que alcanza a las situaciones de dependencia es la política de medidas fiscales en favor de las personas con discapacidad, con especial atención a las más gravemente afectadas. Son muy numerosas y diversas estas medidas (Rodríguez Márquez y Ruiz Hidalgo, 2004): las que inciden directamente en los propios afectados se incluyen en la normativa de los impuestos sobre las rentas de las personas físicas (IRPF), sobre sociedades, transmisiones patrimoniales, valor añadido, de la Administración Local, adquisición de vehículos en función de problemas de movilidad, etc. Dejando a un lado las valoraciones particulares, cabe alguna de carácter general. Desde luego, se trata de acciones, además de gratas desde el punto de vista clientelar, de fácil administración; apenas son necesarias intervenciones y organismos específicos –salvo los de valoración y acreditación de situaciones de discapacidad, en nuestro caso–. Pero tienen muy graves inconvenientes desde el punto de vista político-social, en cuanto que no pueden ser ni universales ni redistributivas. En cuanto a la universalidad, es conocido que la acción fiscal no alcanza –al menos de modo relevante– a los individuos más pobres, en cuanto que sus ingresos, operaciones de ahorro, consumos e inversiones son de

muy poca monta y frecuentemente marginales. Por esta asociación positiva de la tributación a las rentas, los beneficios en cuestión tienen un efecto redistributivo inverso. Salvo que estas medidas de apariencia social son de difícil remoción, **parece aconsejable que se sustituyan los beneficios fiscales para situaciones de dependencia funcional por un mayor gasto en protección pública directa y regida por los principios de universalidad y redistribución.**

## Disponibilidad y buena forma de los cuidadores familiares

Si lo frecuente y deseable es que las personas afectas de dependencia funcional permanezcan en domicilios particulares, resulta indudable la conveniencia de que esa opción se vea favorecida, antes que nada, por la disponibilidad de cuidadores familiares. Su colaboración condiciona y, en muchos casos determina, la opción domiciliaria. La información de fuentes como algunas de las citadas indica que abunda la vocación cuidadora familiar, pero también sabemos que están surgiendo dificultades por varios factores. Uno de ellos es la tendencia creciente a la integración laboral extradoméstica de la población activa femenina, proveedora muy importante de cuidados personales a familiares. Frente a esta circunstancia, siguiendo pautas internacionales, se ha iniciado en España la política de conciliación de la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras; ese fue el objeto de la Ley 39/1999, de 5 de noviembre. De las medidas que establece esta norma, son aplicables a situaciones, entre otras, de dependencia funcional la reducción de jornada por motivos familiares y la excedencia por cuidado de familiares, que son incorporadas al Estatuto de los Trabajadores (arts. 37.5 y 46.3).

La reducción de jornada se prevé para dos supuestos (art. 2.2). Primero, para los trabajadores responsables de la guarda legal, no sólo de menores, sino también de “un minusválido físico, psíquico o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida”; esa reducción llevará consigo la proporcional del salario, entre un tercio y la mitad. En segundo lugar, la Ley habilita la reducción de jornada a “quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por si mismo, y que no desempeñe actividad retribuida.”

La excedencia por cuidado de familiares es prevista por la Ley 39/1999 (art. 4) para dos supuestos también. El primero se refiere a los hijos, de modo que no es de interés para esta exposición. Sí lo es el segundo supuesto: “para atender al cuidado de un familiar, hasta el segundo grado de afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y no desempeñe actividad retribuida” se prevé excedencia por tiempo no superior a un año. La excedencia por cuidado de familiares es incorporada a la Ley 30/1984, de Medidas para la Reforma de la Función Pública (art. 29.4).

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal vino a ratificar, mencionando expresamente el supuesto de discapacidad –que eventualmente puede alcanzar la situación de dependencia funcional–, la inclusión de la excedencia por cuidado de familiares en el Estatuto de los Trabajadores (disposición adicional primera) y en la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública (disposición adicional segunda).

La facilitación del ejercicio del apoyo familiar a las personas afectas de discapacidad y, en especial, de dependencia funcional merece una valoración positiva. Por ello, debemos señalar las deficiencias de las medidas reseñadas y promover su perfeccionamiento:

Comenzando por las reducciones de jornada y las consiguientes de salarios, parece obvio que éstas últimas serán más soportables por las personas y familias de mejor situación económica; para evitar este efecto de desigualdad, convendría proveer medidas correctoras, como **subsidios para las familias de menores recursos**.

En lo que se refiere a las excedencias, el límite de un año para el supuesto de dependencia funcional parece corto, de modo que debería ampliarse. Por supuesto, el régimen de la excedencia será menos aprovechable y aun imposible para las familias de menores recursos. Procede, pues, también en este caso, establecer **subsidios compensatorios de las desigualdades de las rentas familiares**.

Además de las condiciones objetivas posibilitantes, **la provisión de cuidados por familiares requiere apoyos personales a los mismos** para que puedan desarrollar esa labor sin mengua de su salud física y mental. Por

supuesto, pueden contribuir a mantener en forma a los cuidadores familiares su propia familia y círculo de amigos; y también grupos y entidades voluntarias; pero estas posibilidades no deben excusar que, tanto los servicios sociales como los sanitarios públicos, desarrollen programas de formación, de mantenimiento, de respiro, etc. (Rodríguez Rodríguez, 2006); esta es una línea de acción que apenas se está iniciando en España.

## Accesibilidad pasiva y activa

Otro factor importante para la permanencia de las personas afectas de dependencia funcional en domicilio particular es la **accesibilidad física** del mismo, incluyendo los espacios y elementos comunes de las fincas, en el caso de edificios de varias viviendas y urbanizaciones. Esta condición es importante, no sólo para el afectado de dependencia funcional, sino también para sus cuidadores; la inaccesibilidad de los domicilios se suple con su esfuerzo físico y a costa, no pocas veces, de fatiga y aun lesiones. La accesibilidad tiene una faceta pasiva consistente en la ausencia de barreras físicas que dificulten la movilidad. La tecnología permite, además, la **accesibilidad activa** de los domicilios y de los edificios mediante la dotación de elementos destinados a facilitar el desenvolvimiento en ellos, como, por ejemplo: grúas para las operaciones de acostar y levantar de la cama o acceder al baño; recursos domóticos para mover cortinas, abrir puertas, conectar y desconectar la radio o la televisión; teléfonos de marcateje asistido; plataformas elevadoras y ascensores.

Sin necesidad de recurrir a estudios especializados sabemos que la mera accesibilidad pasiva escasea en las viviendas españolas. Y sabemos también que una gran parte de la población de edad avanzada se aloja en viviendas modestas y antiguas, con muchas barreras y con dificultades para salvarlas: sirva como ejemplo que en ciertas casas de pisos antiguas no se puede instalar un ascensor de tamaño suficiente para ser usado con silla de ruedas. Tampoco necesitamos servirnos de estudios especializados para decir que la accesibilidad activa es todavía rara en los domicilios particulares.

Por supuesto, la permanencia del afectado de dependencia funcional en domicilio particular requiere también la **accesibilidad del medio urbano**, los edificios de uso colectivo, los trasportes y las telecomunicaciones. La

sociedad está obligada a posibilitar la presencia y la participación del común de las personas en los medios colectivos, lo cual tiene como condición instrumental –no única– la accesibilidad del medio físico extradoméstico. Las barreras en el mismo impiden el desenvolvimiento básico de las personas afectas de dependencia funcional o lo condicionan a la realización de esfuerzos peligrosos por sus cuidadores.

La promoción ideológica y técnica de la accesibilidad del medio físico se inicia en España en los años 70 del pasado siglo. En ese decenio se inicia también la oferta pública de ayudas a los particulares y a entidades asociativas en este campo. En el decenio siguiente, por Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos se instituyen, entre otras, las aplicables a movilidad y transporte, incluyendo la adaptación de la propia vivienda (arts. 13 a 16). Actualmente, por el régimen de competencias, están interviniendo en materia de accesibilidad, por orden de protagonismo, las Comunidades Autónomas, los Municipios y el Estado central. Se han llevado a cabo realizaciones estimables, pero los principales enfoques de la acción parecen equivocados. He aquí algunas propuestas al respecto:

Como quiera que, no sólo nuestra sociedad, sino también nuestras entidades públicas, son perezosas y descuidadas en el cumplimiento de las normas jurídicas, no debe fiarse a su mera virtualidad el avance en el logro de un medio accesible. Parece mejor camino **introducir la conciencia y las soluciones de la accesibilidad en la formación de arquitectos e ingenieros** -en la misma son aún asunto muy marginal-.

Como quiera que la provisión de accesibilidad en el medio físico es, obviamente, responsabilidad de los departamentos gestores del mismo (urbanismo, arquitectura, transportes, telecomunicaciones), debe exigírseles que la ejerzan; por supuesto con el apoyo que convenga de los organismos públicos de servicios sociales, pero evitando la sustitución de aquellos por estos.

Como quiera que muchas de las personas en riesgo de dependencia, especialmente las de edad avanzada, y sus familiares no son expertos en accesibilidad ni tienen información sobre posibilidades para alcanzarla, **los servicios sociales deben actuar proactivamente para detectar necesidades y promover respuestas** –no para realizarlas,

según lo ya dicho—: en lugar de esperar en los despachos las demandas de ayudas o información, están llamados a practicar visitas domiciliarias.

## Servicios sociales racionados

No siempre será posible cubrir adecuadamente la asistencia personal que requieren las situaciones de dependencia por medios particulares. Puede ocurrir que los cuidadores familiares enfermen, se sientan fatigados, deban cambiar de domicilio, se vean en la necesidad de atender otras obligaciones familiares o profesionales, etc. Puede ocurrir también que el afectado o sus familiares, por sus circunstancias económicas o del mercado de trabajo, no puedan contratar empleados domésticos y/o cuidadores personales. Los servicios sociales tienen la función de proveer ayuda personal polivalente, de modo que son el recurso técnico o formal con el que ha de contarse primordialmente para complementar o suplir los cuidados particulares o familiares.

Si asumimos que a los afectados de dependencia les conviene, en general, permanecer en su medio, es obvio que el papel principal de los servicios sociales ha de ser posibilitarlo. Así pues, antes de hablar de residencias o medios similares de estancia permanente, veanse las prestaciones de que disponen los servicios sociales para **apoyar la permanencia en el domicilio**:

La **teleasistencia** es un recurso para situaciones de riesgo; su utilización sin otros apoyos requiere que los usuarios tengan, salvo esas circunstancias de emergencia, capacidad para al menos las actividades básicas de la vida diaria: levantarse y acostarse, asearse, prepararse comida, etc.

La llamada **ayuda a domicilio** se presta con frecuencia y contenido programados y debe poder abarcar, mediante uno o más agentes, apoyos personales para las actividades comunes de la vida. La ayuda a domicilio puede consistir también en la provisión de comidas preparadas. En el plano del deber ser, ha de entenderse que la denominación servicio de ayuda a domicilio -o SAD- no limita sus prestaciones a las que se realizan dentro de la sede del asistido.

Los **centros de día y de noche** sirven para proveer apoyos de duración diaria larga y ciertas prestaciones técnicas (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia cognitiva, etc.). Algunos de ellos están especializados en determinadas afecciones causantes de dependencia, como la enfermedad de Alzheimer.

Citaré finalmente el recurso de las **estancias temporales o de respiro**, necesarias para que los cuidadores familiares puedan atender necesidades propias y circunstanciales: vacaciones, enfermedades, viajes, etc.

Para que sea efectiva la opción de permanecer en el domicilio, es imprescindible disponer de una **oferta pública suficiente** de las prestaciones reseñadas anteriormente. No ocurre así, para una gran parte de la población, por factores como los que se reseñan seguidamente. Salvo excepciones honrosas, los Ayuntamientos ofrecen ayuda a domicilio escasa, lo que da lugar estos efectos: sólo una parte de los demandantes tiene acceso a la prestación; el número de horas que se concede a los usuarios es generalmente insuficiente; el contenido de las prestaciones se refiere más a los cuidados domésticos que a los personales. Los organismos públicos mantienen una oferta de centros de día muy inferior a la demanda, con un efecto de exclusión análogo al de la ayuda a domicilio. Las insuficiencias de la oferta pública de apoyos para la permanencia en el domicilio, además de entrañar descubierta, traen consigo el efecto indirecto de estimular la demanda de alternativas residenciales, más caras y, en general, menos deseables desde el punto de vista del bienestar.

Para los casos en los que la permanencia en el domicilio no está indicada, sea por factores técnicos o económicos, se debe poder recurrir a distintas **fórmulas residenciales alternativas a la domiciliaria**: domicilios de acogida, viviendas tuteladas o compartidas y residencias asistidas para estancia continuada durante 24 horas. Estos últimos recursos, aun cuando tengan funciones principalmente de apoyo personal, habrán de contar con o gestionar las atenciones sanitarias que necesiten sus usuarios. Pero no son la misma cosa las residencias asistidas que los hospitales de media o larga estancia.

Resulta oportuno recordar que la atención residencial no debe suponer en modo alguno la segregación del medio comunitario. Incluso las residencias asistidas deben situarse, no en parajes campestres y lejanos, sino

en el interior de las núcleos urbanos, abiertas a la comunidad. Conviene mejor a la idea de integración de los residentes que el tamaño sea pequeño. En cuanto al régimen, debe favorecerse la presencia y colaboración de familiares, amigos y voluntarios.

## La acción sanitaria y sus asignaturas pendientes

Ya quedó dicho que los servicios sociales están llamados a jugar el papel principal en la complementación o sustitución de los cuidados familiares -directos o indirectos- a las personas afectas de dependencia. Por otra parte, debemos tener en cuenta la política contraria a recurrir a los "hospitales de crónicos" para las situaciones de dependencia continuada. Pues bien, aun en ese contexto, según se verá, es necesario contar con la asistencia sanitaria para dichas situaciones, y ante el riesgo de las mismas, claro -en efecto, la asistencia sanitaria procura cuidados reparadores o de mantenimiento de la salud especialmente indicados para ciertas situaciones de dependencia, pero también ofrece prestaciones rehabilitadoras que buscan evitar la dependencia o limitar su desarrollo-. La política sanitaria, al contrario que la de servicios sociales, ha establecido de manera determinada sus contenidos prestacionales, de modo que merece la pena examinar la normativa correspondiente.

La asistencia sanitaria pública regulada por la Ley 14/1986 vino a ser concretada mediante el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, en cuyo Anexo I, se relacionan las Prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud. En este catálogo encontramos las siguientes **prestaciones sanitarias individuales garantizadas aplicables a situaciones de dependencia funcional**:

En Atención primaria, dentro del apartado correspondiente al "adulto y anciano", se prevé "La atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales"

En Atención especializada se incluye esta prestación que resulta indicada para ciertos casos de dependencia funcional: "La asistencia ambulatoria especializada en 'hospital de día' para aquellos pacientes que precisen cuidados especializados continuados, médicos o de enfermería, incluida la cirugía mayor en cuanto que no requiera estancia hospitalaria"

La Atención especializada abarca también la asistencia hospitalaria común, algunas de cuyas prestaciones resultan especialmente indicadas para situaciones de dependencia o riesgo de la misma: cirugía orientada a la autovalimiento, rehabilitación, implantación y renovación de prótesis

En Prestaciones complementarias se incluye la ortoprotésica, que cubre prótesis quirúrgicas, ortopédicas y “vehículos para inválidos”

También dentro de las Prestaciones complementarias, se prevé el transporte sanitario, obviamente indicado para, entre otras, algunas situaciones de dependencia funcional.

Igualmente como parte de las prestaciones complementarias, se incluye la oxigenoterapia a domicilio.

Aun cuando mantiene el criterio contrario a la **hospitalización prolongada**, antes indicado, la política sanitaria asume la necesidad de la misma para ciertas situaciones de dependencia. La Ley 16/2003, de 28 de marzo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud reguló la que denomina “Prestación de atención sociosanitaria” que destina a “enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social” (art. 14.1). Dicha atención incluye “cuidados sanitarios de larga duración”, “atención sanitaria de convalecencia” y “rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperables” (art. 14.2). Con esta disposición se abunda en alguna de las previsiones del catálogo garantizado, pero se amplía su contenido en lo relativo a los cuidados de convalecencia y de larga duración, una de cuyas modalidades puede ser la hospitalaria.

Las citadas prestaciones sanitarias no han sido incluidas en el catálogo de las garantizadas, antes mencionado, de modo que están siendo provistas por las Comunidades Autónomas en régimen discrecional, tanto en lo que se refiere a la cuantía de la oferta, como en lo que concierne al posible copago. Así, pues, **el Sistema Nacional de Salud tiene pendiente garantizar la “Prestación de atención sociosanitaria”.**

Hablando de asuntos pendientes, la citada Ley 16/2003, de 28 de marzo, establece que “La continuidad del servicio será garantizada por los servicios

sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes" (art. 14.3). Se han tomado muchas iniciativas de coordinación sanitario-social y social-sanitaria, pero falta mucho camino por recorrer, aparte de que deben depurarse aquellas que buscan más resolver problemas de las Administraciones que de los usuarios. Y se trata de una cuestión importantísima para el bienestar de las personas en situación de dependencia funcional y de sus familiares: ciertas altas en hospitales de agudos, por ejemplo, requieren la previsión y provisión de apoyos de servicios sociales que los afectados desconocen y que pueden estar afectados por largas listas de espera...

## Lo dicho y lo omitido

Las amplias responsabilidades que en lo expuesto hasta aquí se asignan a los poderes públicos no supone desconocer el derecho constitucional a intervenir en las funciones relativas a la dependencia funcional por los agentes privados: personas individuales, cooperativas, empresas y entidades voluntarias. Establecido esto, se extrae seguidamente la **situación ideal** que resultaría de aplicarse las propuestas formuladas concernientes a la acción pública:

Tanto los edificios de uso privado como los espacios urbanos, transportes y telecomunicaciones de nueva construcción o instalación son accesibles. Las reformas del patrimonio construido incluyen, siempre que es posible, medidas de corrección de barreras. Los individuos particulares cuentan con asesoramiento y ayudas económicas para corregir defectos de accesibilidad pasiva en sus domicilios y para dotarlos de elementos de accesibilidad activa.

Los familiares que toman la opción cuidadora pueden acogerse a reducciones horarias y licencias laborales, así como recibir subsidios compensatorios en casos de necesidad, de modo que no se ven forzados a sacrificar o comprometer gravemente su carrera profesional.

Los poderes públicos mantienen un sistema de prestaciones de servicios sociales orientados: en primer término, a posibilitar la permanencia de los afectados por situaciones de dependencia funcional en domicilios particulares; en segundo lugar, a suplirlos.

Los poderes públicos mantienen una oferta de prestaciones monetarias para la contratación de servidores domésticos y asistentes personales, así como para la adquisición de prestaciones de servicios sociales privados; el importe de tales ayudas nunca es superior al gasto para el sector público en prestaciones equivalentes de los servicios propios –o concertados– a los que tendría derecho el usuario que opta por el mercado.

La cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud incluye las de larga duración, las de convalecencia y las de rehabilitación de mantenimiento.

Al recapitular lo poco que ha quedado dicho, se echa de menos lo mucho omitido; como es lo que, a título de ejemplo, se enuncia a continuación. Por de pronto deben encarecerse el principio de prevención y sus posibilidades, importantes incluso en la edad geriátrica (Ruipérez, 2004). También debe recordarse el importante papel que juegan los individuos particulares frente a su propio riesgo de dependencia, tanto en el aspecto económico –seguros, ahorro, formación de patrimonio realizable, etc.–, como en el de la salud (Sancho Castiello, 2005). Cuando la situación de dependencia acontece, el objetivo de referencia no debe limitarse al mantenimiento, sino que debe abarcar la vida participativa, en lo que sea posible. El voluntariado, tanto informal como organizado, sin pretender suplir a los agentes principales, cumple y puede cumplir muy importantes cometidos de complementación y eventual suplencia...

Julio de 2006.

## Referencias bibliográficas

Abellán, A. y Puga, M. D. (2001): "La dependencia entre los mayores", en CECS: *Informe España 2001*, Fundación Encuentro, Madrid.

Aznar López, M. (1999): "La protección social de la dependencia en España (legislación del Estado)", en Rodríguez Cabrero, G. (coordinación): *La protección social de la dependencia*, IMSERSO, Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro blanco*, Madrid.

Monserrat Codorniu, J. (2004): "Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor; gasto razonable versus gasto actual", en Casado, D. (dir): *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Rodríguez Cabrero, G. (2004): "La población dependiente española y sus cuidadores", en Casado, D. (dir.): *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Rodríguez Márquez, J. y Ruiz Hidalgo, C. (2004): *La protección de las personas discapacitadas a través del ordenamiento tributario*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Rodríguez Rodríguez, P. (2006): "El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia", *Documentación social*, nº 141, abril-junio 2006.

Ruipérez, I. (2004): "Prevención geriátrica de la dependencia", en Casado, D. (dir.): *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Sancho Castiello, M. (2005): "Saber envejecer, prevenir la dependencia. Un modelo para el diseño de materiales didácticos", en Casado (dir.): *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, Editorial CCS, Madrid.

## 8. Panorama europeo de la protección social a la dependencia

### Introducción

En el debate previo al anteproyecto de ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia presentado a finales de 2005 en España, convertido posteriormente en proyecto de ley previos informes del CES y Consejo de Estado y una vez debatido con las CCAA, uno de los temas obligados fue la consideración de los modelos europeos de protección social de la dependencia de cuyo análisis pudieran extraerse lecciones y pautas a la hora de definir el modelo español combinando el acervo del modelo social europeo con las tradiciones nacionales en materia de protección social a las personas en situación de dependencia.

El Libro Blanco sobre dependencia de enero de 2005 incluía un capítulo específico sobre el particular (IMSERSO, 2005). Posteriormente, las diferentes publicaciones han tomado en consideración los modelos protectores europeos, sin olvidar otros modelos de importancia (caso de Japón) en su triple vertiente de definición del derecho subjetivo y su concreción en un catálogo de prestaciones, el sistema de competencia y gestión que se adopta y las formas de financiación (Montserrat, 2004; Rodríguez Cabrero, 2005 y 2006). Acervo europeo (convergencia relativa en materia de protección social) y tradición nacional o path dependency son el doble eje sobre el que es preciso analizar los actuales sistemas protectores teniendo en cuenta que en materia de protección social no existen

competencias globales de la UE pero si un amplio campo de recomendaciones, aprendizaje recíproco dentro de la geometría variable de la protección social así como factores objetivos sociodemográficos, como luego veremos, que potencian la convergencia protectora en materia de sanidad y cuidados de larga duración que, en el ámbito europeo, tienden a considerarse de manera conjunta.

En este sentido, y siguiendo este esquema de doble influencia en la construcción de programas de protección a la dependencia, dividimos este texto en tres partes: en primer lugar, analizamos los factores sociales e institucionales de convergencia europea en materia de protección social de las situaciones de dependencia; a continuación describimos esquemáticamente los principales modelos nacionales en la materia que responden a sólidas tradiciones e historias sociales diferentes; finalmente, hacemos una valoración de las actuales tendencias europeas en la materia y los retos comunes que afrontan la mayoría de los países de la UE (nos referimos al grupo de los 15 países miembros de manera particular) para consolidar sistemas de cuidados de larga duración universales, accesibles, suficientes y sostenibles financieramente.

Cabe indicar finalmente que la protección social a la dependencia, hasta ahora asumida fundamentalmente por la familia en la mayoría de los países europeos, sobre todo en los países del Sur de Europa, bajo el impacto de un intenso envejecimiento de la población, ha pasado a formar parte central de las políticas sociales. No puede reducirse la dependencia al envejecimiento ya que las situaciones de dependencia recorren toda la estructura social. Pero no cabe duda que el envejecimiento y, de manera particular, el crecimiento de la población con 80 y más años, ha supuesto junto al éxito de aumentar la esperanza de vida, la extensión de discapacidades que requieren de servicios y prestaciones para apoyar la realización de las actividades de la vida diaria por parte de estos colectivos y sus cuidadores informales.

Lo que era hasta recientemente un problema individual y familiar ha dejado de serlo en exclusiva para convertirse en un "riesgo social" que las sociedades europeas están asumiendo con variados sistemas de prestaciones sociales y técnicas y ayudas a los cuidadores. De ahí que en este texto tratamos no solo de mostrar la extensión de sistemas de cuidados

de larga duración en el espacio europeo sino también cómo el modelo social europeo en general está asumiendo la dependencia como un riesgo a incorporar a los tradicionales riesgos que dieron origen a los sistemas contemporáneos de Seguridad Social.

## **La protección social de las situaciones de dependencia en el espacio social europeo. Factores de convergencia**

Desde los primeros años de la década de los años noventa del pasado siglo, de la mano de Austria (1993) y Alemania (1995), seguida posteriormente de países como Luxemburgo (1998), Flandes (2001), Francia (2004) se implantan sistemas de protección social a la dependencia. Holanda y los países nórdicos, que ya disponían de dispositivos protectores sin leyes específicas habían desarrollado sistemas de servicios sociales con capacidad para afrontar la necesidad de cuidados personales de personas dependiente entre 1975 y 1990. Los países anglosajones tienen sistemas asistenciales para dar respuesta a las necesidades de cuidados de larga duración con niveles de baja cobertura e intensidad (Irlanda) o intensidad media y relativamente subordinados al sistema sanitario (Reino Unido).

Los países del Sur de Europa, caso de España e Italia, están a punto de aprobar (España) una ley de dependencia en 2006 o están debatiendo el problema (Italia) ya que la aceleración del proceso de envejecimiento y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo han obligado a recurrir masivamente a la mujer inmigrante no comunitaria como sustitución de la mujer cuidadora nativa sin que este recurso sea suficiente para afrontar de manera suficiente y con una mínima calidad lo que se ha convertido en un riesgo social. Si a ello añadimos los cambios en el tamaño, composición y funciones de la familia en Europa, aunque con variaciones importantes entre países miembros, el resultado es que la protección social a la dependencia ha pasado de ser una responsabilidad familiar en exclusiva a una responsabilidad compartida por el conjunto de la sociedad, como antes señalábamos.

En realidad, el debate sobre la protección social a la dependencia pasa a primer plano de la política social europea con la aprobación de la ley alemana de la dependencia en 1995 (Austria había aprobado su ley en 1993 pero su repercusión en la política social europea ha sido muchos menos importante) que tiene una doble repercusión: por una parte, hace visible en el debate de política social europea el problema social de la dependencia, al que se suman investigadores sociales (es pionero el trabajo de Pacolet, 1998) y responsables políticos y, por otra parte, se convierte en cierto modo en modelo de referencia bien para imitar en cuanto modelo de Seguridad Social bien para comparar y evaluar en su impacto social y financiero. Posteriormente la Comisión Europea le da plena visibilidad institucional en 2003 con un informe en el que invita a los países miembros a apoyar las estrategias de desarrollo de los sistemas sanitarios y de cuidados de larga duración como respuesta al envejecimiento en el marco del principio de subsidiaridad.

No hay que olvidar que la OCDE, a la que pertenecen los países de la UE asumirá un importante liderazgo en el análisis de las políticas de dependencia dentro del campo del análisis de las políticas sanitarias de manera institucional (2005, 2006) o mediante investigaciones y publicaciones promovidas en el seno del organismo (Huber y otros, 2005; Lundsgaard, 2005) en las que se plantean los problemas de cobertura, calidad y financiación de los nuevos o renovados sistemas de protección social de la dependencia. Los estudios de la OCDE, como por ejemplo el de 2006 referido a la evolución de los costes de los sistemas de larga duración, enfatizan en la necesidad de analizar de manera conjunta los factores que influyen en el coste del riesgo: el factor demográfico, los costes de los servicios y la intensidad protectora. Siendo el primer factor importante no es, sin embargo, el determinante ya que los otros dos factores (el primero económico y el segundo institucional) pueden jugar un papel determinante en la sostenibilidad financiera de programas y sistemas que tienden a considerarse en muchos casos como parte de los sistemas sanitarios. Ha sido recientemente cuando ha podido empezar a diferenciarse el gasto real de los programas de cuidados que solía estar dividido entre el sistema sanitario y los servicios sociales.

### *Modelos de protección social a la dependencia: los factores de la convergencia con el Modelo Social Europeo*

En el ámbito de la UE existen tantos modelos de protección social a la dependencia como regímenes de bienestar. Pacolet (2006) ha llegado a diferenciar en la Europa de los 25 hasta siete grupos hipotéticos de regímenes de bienestar, siguiendo en cierto modo la tipología de Esping-Andersen de 1990. Así, habla de regímenes de la región central de tipo Bismarck (Bélgica, Austria, Luxemburgo, Alemania, Holanda y Francia); región mediterránea de tipo Bismarck (Grecia, Italia, España y Portugal); modelos de tipo Beveridge (Irlanda y Reino Unido); países nórdicos de tipo Beveridge (Dinamarca, Finlandia y Suecia); nuevos Estados miembros de tipo Bismarck (Hungría, Polonia, Chequia y Eslovaquia); región báltica de tipo nórdico/beveridge (Estonia, Letonia y Lituania); nuevos Estados miembros mediterráneos tipo Bismarck (Eslovenia, Malta y Chipre).

Si agrupamos estos regímenes combinando su orientación básica (universalista o profesional) con su ubicación geográfica y la concepción institucional de la protección social a la dependencia (asistencial o universal) podemos diferenciar cuatro **modelos básicos de protección social a la dependencia**: el modelo universal nórdico, el modelo universal de Seguridad Social continental, el modelo asistencial-liberal de los países anglosajones y en parte de la región báltica y el modelo asistencial de los países del Sur de Europa y Mediterráneo en general.

Estos modelos se enraízan en largas y sólidas tradiciones culturales e históricas de reforma social que arrancan a finales del siglo XIX o principios del siglo XX cuya inercia institucional llega hasta hoy y que con seguridad cambiarán con lentitud hacia la convergencia en protección social si tenemos en cuenta que la política social es competencia de los Estados miembros. Además, los procesos de descentralización de los Estados de Bienestar en materia de sanidad y servicios sociales que están consolidando modelos regionales de bienestar harán aún más difícil el giro hacia modelos de convergencia que cuestionen la amplia autonomía que han logrado. El modelo de financiación estatal, con una regulación básica de los sistemas de bienestar y fondos de equilibrio territorial, se combina en la mayoría de los países con una regulación, planificación y gestión descentralizada de los sistemas y servicios sociales y, crecientemente, con una mayor implicación en financiación a medida que las regiones logran

una mayor autonomía fiscal. La senda de la regionalización y de la descentralización, en gran medida demandada por los ciudadanos pero fruto también del agotamiento del modelo de Estado de Bienestar centralizado en un mundo global, hará mucho más compleja y limitada la convergencia institucional pero posibilitará el aprendizaje mutuo y la convergencia en los principios que sustentan la trama básica de la protección social: universalización, suficiencia y sostenibilidad de los sistemas de protección social.

¿Cuáles son los factores que tendencialmente están llevando a la convergencia relativa de los regímenes de bienestar de la UE-25 en materia de protección social a la dependencia?. **Envejecimiento, cambios en la estructura sociofamiliar, demandas de la población, eficiencia y efectividad de los sistemas de protección, eficacia y accesibilidad institucional y sostenibilidad financiera a largo plazo.** Va de suyo que los factores de convergencia han sido más intensos entre los países de la UE-15 que entre la UE-25. La progresiva adaptación de los diez nuevos países miembros al llamado Modelo Social Europeo (MDE) acelerará la convergencia con los factores básicos que la definen y que antes señalamos (universalización en cuanto a derechos, suficiencia de recursos y accesibilidad y sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social).

Entrando en el análisis de los **factores de convergencia** que han facilitado la extensión de sistemas y programas de protección social a la dependencia podemos señalar los siguientes:

**1. Envejecimiento de la población.** Este factor es la base de partida de las actuales políticas de protección social a la dependencia. Decimos la base ya que el factor demográfico por si mismo no explica la necesidad de este tipo de políticas sino la existencia de discapacidades en las edades propectas. El envejecimiento de la población y el crecimiento de la esperanza de vida es un indicador del éxito de bienestar de las sociedades con Estado de Bienestar. Pero al mismo tiempo este envejecimiento se ha traducido en el crecimiento de la población mayor de 80 años y con ello el aumento de las demencias cognitivas, con el Alzheimer a la cabeza. Baste considerar que la población en situación de dependencia mayor de 65 años constituye en casi todos los países de la UE casi el 70% o más del total de personas en situación de

dependencia y, en concreto, la población en situación de dependencia con 80 y más años es casi la mitad de toda la población dependiente. Ello implica que aunque las políticas protectoras sean universalistas se ven obligadas a centrarse en el colectivo de personas mayores en general y, sobre todo, muy mayores.

Este último dato es preciso tenerlo en cuenta cuando analizamos el caso de España ya que en la casi totalidad de los modelos protectores europeos las leyes de dependencia se han centrado casi en exclusiva en el colectivo de personas mayores tanto por su importancia actual como futura. Es cierto que la existencia de sólidos sistemas de protección social para personas discapacitadas menores de 65 años en los países nórdicos y continentales hace del colectivo de personas mayores el grupo diana de las políticas sociales, lo que realmente no sucede aún en España. Es por ello que la ley española será más omni-comprehensiva que las leyes de los países continentales.

El factor demográfico será una variable crucial en los años venideros pero a largo plazo la ganancia de esperanza de vida libre de discapacidad, más años vividos con calidad de vida, será un factor determinante en términos de población a proteger y en cuanto al coste del sistema protector.

**2. Cambios en la estructura socio-familiar.** La extensión de los sistemas de protección social para dar respuesta a las necesidades de cuidados de larga duración no solo se basan en que la demanda objetiva ha cambiado con la extensión del riesgo social sino que también ha cambiado la base de la oferta social que la daba respuesta. El modelo europeo de respuesta al riesgo de dependencia, con la excepción parcial del nórdico, se basaba en el trabajo no pagado de la familia cuidadora, es decir, de la mujer mayormente, y residualmente en el apoyo del Estado para las personas solas y sin recursos.

Este sistema de respuesta ha cambiado en los últimos años de manera extensa e intensa, incluidos los países del Sur de Europa. La incorporación de la mujer al mercado de trabajo (en torno al 60% en los países continentales, a tasas superiores al 70% en los países nórdicos y en torno al 50% en los países del Sur de Europa, en este último caso en fase de crecimiento) ha supuesto el declive de la responsabilidad

femenina de los cuidados personales. Ello no solo exige un reparto de la carga en el seno de las estructuras familiares sino un reparto social mediante políticas que extiendan servicios y prestaciones para las personas en situación de dependencia. Es decir, la solidaridad organizada a través de las Administraciones Públicas se convierte en el factor de oferta de servicios fundamental que no viene a sustituir a los cuidados informales sino a complementarlos de manera activa. Si a ello unimos otros factores como son el menor tamaño de la familia cuidadora, la diversificación de formas familiares y las nuevas formas de solidaridad familiar en las que empieza a primar el apoyo a distancia y formas flexibles compatibles con el empleo y ocio, el resultado es que los modelos de protección social a la dependencia que se han implantado o en fase de implantación constituyen combinaciones flexibles y culturalmente adaptadas de solidaridad familiar y solidaridad institucional.

**3. Demandas de la población europea.** Los factores objetivos de cambio de demanda y oferta en sistemas sociales de cuidados de larga duración, antes mencionados, se han transformado en políticas y programas de manera progresiva como consecuencia de una demanda social en ascenso. Los planes de estabilidad económica de la UE no han frenado la extensión de la protección y han hecho compatible una cierta contención en el gasto social con la creación de sistemas de cuidados personales bien como desarrollo de los sistemas sanitarios o como creación de nuevos sistemas que superan el tradicional ámbito asistencial. La demanda social se ha traducido en una creciente universalización de servicios y prestaciones en los Estados de Bienestar europeos. El derecho social a la protección de la dependencia es, en general, un derecho subjetivo que da acceso a una serie de prestaciones básicas (en general no ilimitadas) compatibles con un cierto copago en función de renta y/o el patrimonio.

El aumento de la renta per cápita, la importancia del ocio y el peso electoral de la población mayor han reforzado la demanda social de cuidados de larga duración en el espacio social europeo a la que los Estados de Bienestar se han visto obligados a dar respuesta valorando que esta no solo responde a exigencias electorales de coyuntura sino también a cambios profundos en la sociedad que se traducen en bienestar personal y familiar y en nueva fuente de creación de empleo: los servicios personales.

**4. Eficiencia y efectividad de los sistemas sanitario y social.** Los cuidados de larga duración se sitúan en el ámbito de los llamados servicios sociales personales pero no cabe duda, como la experiencia nos demuestra, que tienen fuertes conexiones con el sistema sanitario. En la realidad europea se había producido en los últimos diez años una clara contradicción entre un sistema sanitario universal y sistemas de servicios sociales asistenciales que provocaban fallos y lagunas protectoras en aquellas personas que precisaban una atención integral.

La respuesta tenía que venir por dos vías: por una parte, universalizar los servicios sociales en cuanto a cuidados personales para evitar esos fallos institucionales en la producción de bienestar y, por otra parte, crear mecanismos de coordinación socio-sanitaria y servicios conjuntos en su caso para aquellas situaciones que requieren una doble atención sanitaria y social (pensemos en las personas que sufren un ictus o que padecen Alzheimer). En algunos países de la UE, caso de Holanda, esta conexión tuvo lugar desde los primeros años 70 del pasado siglo; en los países nórdicos la temprana universalización de los servicios sociales acompañó a la universalización del sistema sanitario; en otros, Alemania, el sistema de cuidados ha tenido su origen en el sistema sanitario. Pero, en general, es cierto que la conexión entre ambos sistemas no es fácil por la diferencia de recursos y poder, por las diferentes tradiciones profesionales y por la propia falta de voluntad política para establecer mecanismos de conexión que solo pueden generar efectos positivos en cuanto a eficiencia económica y efectividad social. La actual laguna europea en la articulación de lo sanitario y social tendrá que ser superada en los años venideros para lograr una calidad de cuidados personales en consonancia con las expectativas sociales y, también, para hacer sostenible el propio sistema a largo plazo.

En el acervo europeo en la materia hay que constatar, además de la extensión universal de prestaciones sanitarias y una creciente universalización de los servicios sociales, tres aspectos referentes a la valoración de las situaciones de dependencia: la aceptación de modelos clasificación de la dependencia en grados de necesidad de ayuda para realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida cotidiana, normalmente tres con dos subgrados; la evaluación de las situaciones de dependencia por parte de equipos mixtos con profesionales

sociales y sanitarios; finalmente, la combinación de prestaciones en servicios con ayudas monetarias a la persona dependiente, además de ayudas directa o de respiro al cuidador informal.

**5. Eficacia institucional.** Los sistemas de protección social a la dependencia son en general de tipo mixto, sobre todo en los países continentales y del Sur de Europa. La regulación y financiación básica de los sistemas de protección social a la dependencia es de ámbito estatal y el modelo de planificación y gestión está descentralizado en todos los países en el nivel regional y municipal bajo distintas fórmulas institucionales y organizativas. El modelo de prestación de servicios suele ser mixto con un peso variable según los países entre el sector mercantil y el tercer sector. En los últimos años se ha dado una progresiva sustitución del tercer sector social (caso de Alemania) en el ámbito residencial y de centros de día, en menor medida en la prestación del servicio de ayuda a domicilio. Este sistema mixto tiene como objetivo la búsqueda de la complementariedad ya que los cuidados de larga duración, por su propia complejidad, son una combinación de universalización de derecho protector, organización de servicios y cuidados personales.

**6. Sostenibilidad financiera.** La **financiación** de los sistemas de protección social a la dependencia suele ser mixta y en ella se combina la financiación pública de un paquete de prestaciones básicas según grado de dependencia con fórmulas variadas de copago. En ningún país de la UE la prestación de servicios es gratuita totalmente, excepto en casos de renta muy baja. La sostenibilidad financiera del sistema protector requiere no solo la garantía de su financiación actual, mediante cotizaciones o impuestos o fórmulas mixtas, sino la sostenibilidad futura. El gasto actual varía entre países: los países nórdicos tienen un gasto entre el 2% y 3% del PIB, los países continentales un gasto ligeramente superior al 1% del PIB y los países del Sur de Europa por debajo del 0,3% del PIB. Las proyecciones de la OCDE (2006) en sanidad y cuidados de larga duración para los años 2005, 2025 y 2050 contemplan tanto el escenario de la contención de costes como el de crecimiento de los costes siendo, por ejemplo, el gasto medio de la OCDE en 2025 del 1,5% del PIB en el caso de contención de costes y 1,9% del PIB en el caso de presión al alza de costes. Comparado con el gasto sanitario el gasto en cuidados de larga dura-

ción es cuatro o cinco veces menor pero el coste real de estos (incluyendo los costes de oportunidad de las familias cuidadoras) es importante. De ahí la cautela de los gobiernos y la importancia que se ha dado al copago al que luego aludiremos. Las políticas de contención del gasto social y de estabilidad presupuestaria de los gobiernos de la UE refuerzan tal cautela a pesar de que estamos ante un tipo de gasto mucho menor que el sanitario y de que los efectos sociales y económicos del mismo son altamente positivos.

Los seguros privados de larga duración, si bien no han tenido mucha aceptación social hasta ahora, son objeto de apoyo por parte de los gobiernos como forma de cubrir la diferencia entre las prestaciones básicas y el coste real o como vía de protección para los grupos de renta elevada que pueden quedar fuera del sistema en algunos países (caso de Alemania o posiblemente en España).

En resumen, los factores de convergencia social europea en materia de protección social a la dependencia nos hacen pensar que, sin menoscabo de las políticas nacionales en la materia, se está creando un acervo común que puede ser positivo en la conformación de sistemas universales, suficientes y sostenibles.

## **Modelos de protección en el espacio europeo: una amplia diversidad nacional. La tendencia a la universalización contenida**

Pero junto a los factores de convergencia están los factores de diferenciación nacional que se traducen en modelos variados en cuanto al tipo de regulación, cobertura, elegibilidad, tipo de prestaciones, consideración de la importancia de los cuidados informales, financiación y gestión que varían entre modelos, sobre lo cual ya existe una literatura propia ((Rodríguez Cabrero, 1999, 2004 y 2005; Libro Blanco de la Dependencia, 2005; Casado, 2004; Maravall, 2003; Sarasa, 2003; Frades, 2002) e internacional (Pacolet, 1998, Huber y otros, 2005). La tabla 8.1 recoge de manera sintética los rasgos más significativos de los cuatro modelos de protección social a la dependencia arriba señalados.

**Tabla 8.1 Rasgos generales de los modelos europeos de cuidados de larga duración**

	Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda)	Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica)	Modelo nórdico (Suecia, Finlandia, Dinamarca)	Modelo mediterráneo (España, Italia, Portugal, )
Derecho social a la protección social de la dependencia	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho universal	Derecho mixto: universal en atención sanitaria; asistencial en servicios sociales
Financiación	Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta	Cotizaciones en el nivel contributivo; impuestos en el nivel no contributivo; copago en la prestación de servicios.	Impuestos generales y locales; copago	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta
Prestaciones sociales	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas	Servicios y prestaciones monetarias topadas. Ayudas técnicas	Servicios sociales y ayudas técnicas	Prestaciones monetarias, servicios sociales y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios	Municipal	Regional y Municipal
Provisión de servicios según importancia	Empresas, ONGs y ayuntamientos	ONGs y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas	Ayuntamientos, ONGs y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo al cuidador informal	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Limitado apoyo al cuidador informal
Situación actual de los modelos	Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia	Reformas en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda	Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos	Aprobación de la ley de la dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia.

Fuente: Elaboración propia

1. El llamado **modelo nórdico** de protección social a la dependencia no existe en cuanto tal ya que no se han aprobado leyes nacionales. La protección de las situaciones de dependencia es el resultado de una extensión progresiva de la cobertura de los servicios sociales y sanitarios desde mediados de la década de los 70 del pasado siglo. La cobertura es universal y se accede en función de la necesidad evaluada profesionalmente e independientemente de los recursos económicos de la persona afectada. Se trata de un modelo que privilegia la prestación en servicios sociales y en mucha menor medida las prestaciones monetarias o el apoyo a los cuidadores ya que la tasa de incorporación de la mujer al mercado de trabajo es muy elevada. Este sistema en sobre todo de tipo social y en menor medida sanitario si bien la cobertura sanitaria de la dependencia está asegurada.

Este sistema ese financia con impuestos generales que comparten el Estado y los gobiernos territoriales, la intensidad protectora es muy elevada y ello se traduce en niveles de gasto públicos entre el 2% y el 3% del PIB (los más elevados de la UE). Existe el copago en función de renta de la persona afectada si bien es un sistema de amplia inclusión.

El incremento del coste en el último decenio se ha traducido en una triple tendencia: contratación externa de servicios sociales con la empresa privada, transferencia a los municipios de la responsabilidad del sistema y una cierta tendencia a que la familia incremente su responsabilidad en el sistema de cuidados. Se trata de tendencias recientes no consolidadas y que varían entre países. Holanda y Suecia son los países de la UE donde están teniendo lugar este tipo de cambios.

2. El **modelo continental** o modelo de Seguridad Social (Alemania, Francia, Luxemburgo, Austria, Bélgica) tiene como objetivo la protección universal de las situaciones de dependencia, sobre todo de las personas mayores. En concreto se trata de apoyar de manera activa a la familia cuidadora y en menor medida sustituirla. Es por ello que se da una amplia libertad para que la persona afectada o su familia elija la combinación protectora que desee, con algunos límites, entre servicios y prestaciones monetarias. Y es por ello también que en estos modelos se contempla una amplia variedad de prestaciones para apoyar al cuidador familiar e informal en general.

El llamado modelo continental se empieza a implantar en la década de los 90 del pasado siglo (en Austria en 1993) y su última manifestación

es el modelo francés de 2004. Se trata de modelos de nueva planta que han transformado sistemas asistenciales en sistemas universales como nuevas ramas de seguro si bien su financiación es mixta (con cotizaciones e impuestos generales, además de un cierto copago). En este sistema se reconoce el derecho subjetivo de toda persona dependiente a la protección social independientemente de la situación económica de la persona afectada.

La evaluación de la situación de dependencia suele ser socio-sanitaria y en el diseño del plan de intervención el individuo y la familia tienen una amplia capacidad de elección si bien condicionada por la situación concreta de dependencia. Se orientan, como casi todos los sistemas, a favorecer la permanencia de la persona en situación de dependencia en su domicilio hasta donde sea posible, siendo la residencia de asistidos el último peldaño de la protección en servicios. Tal como antes dijimos las prestaciones dependen del grado de dependencia y se pueden combinar servicios y prestaciones monetarias. Las ayudas al cuidador: servicios de respiro, pago de cotizaciones sociales y prestaciones, vacaciones, entre otras, tienen un peso importante en el sistema protector.

Aunque sus niveles de gasto no son elevados, en torno al 1% del PIB, existe un creciente debate (Alemania sobre todo, también en Francia) sobre la sostenibilidad financiera del sistema a pesar de que existen aún niveles de infraprotección y la congelación de las prestaciones genera un creciente copago que se ven obligados a financiar los ayuntamientos por vía asistencial (Alemania). El modelo francés de 2002, reformado en 2004, contempla únicamente la protección de personas mayores de 60 años y su sistema de prestaciones de autonomía personalizada exige fuertes copagos a los grupos de elevada renta lo que genera, además de su estricto sistema de evaluación, un elevado efecto expulsión.

Este sistema depende en gran medida de la concertación social que ha sido la que realmente ha dado origen al sistema. Las tensiones financieras del nuevo sistema y un consenso no consolidado sobre la nueva rama protectora (sobre todo en lo que se refiere a financiación) arrojan interrogantes no tanto sobre su devenir cuanto sobre la intensidad protectora del mismo de forma que, por ejemplo, en Alemania, y a la espera de la reforma de 2007, se ha dado una combinación de universalización, contención del gasto y asistencialización como consecuencia del copago.

**3. El modelo anglosajón**, característico sobre todo del Reino Unido pero también de Irlanda, es un sistema asistencial de suerte que sólo aquellos que, estando en situación de dependencia, superan una prueba de recursos económicos tienen acceso gratuito a los servicios sociales. El resto de la población puede obtener ayudas pero el pago de los servicios o copagos elevados son la vía de acceso a los servicios públicos municipales. La paradoja del sistema británico es su naturaleza dual: un sistema sanitario universal y gratuito que convive con un sistema de servicios sociales limitado y basado en el copago.

Esta naturaleza dual, y pesar de las reformas extensivas de los servicios sociales, se ha traducido en formas crecientes de ineficacia en el tratamiento de las situaciones de dependencia, al igual que en el español. El informe del Long-term care en 1999 fue un intento de dar respuesta a la extensión del riesgo de la dependencia en una sociedad muy envejecida y superar los desequilibrios entre el sistema sanitario y los servicios sociales. Las propuestas del informe de 1999 no se han traducido en políticas sociales de protección y el debate continúa hoy a la espera de alternativas de cobertura universal demandadas por la población. Con menor intensidad el problema se manifiesta en Irlanda si bien el carácter asistencial más acusado del modelo irlandés y los intensos cambios que están teniendo lugar en la familia irlandesa abocan a futuras políticas de protección social en este campo.

Como consecuencia de esta naturaleza dual del sistema anglosajón hay que destacar que, por ejemplo, en el Reino Unido la coordinación entre el sector sanitario y social en lo tocante a situaciones de cuidados de larga duración se ha hecho más difícil y ha aumentado el desplazamiento de la carga desde el sistema sanitario a los servicios sociales y de estos hacia el individuo y la familia. A pesar de que el gasto social en dependencia se sitúa en torno al 1% del PIB el problema es que el sistema anglosajón, británico mayormente, es un sistema asistencial ampliado y desequilibrado.

**4. El modelo mediterráneo**, característico de los países del Sur de Europa, es un modelo asistencial y, hasta recientemente, residual en Italia y España ya que la familia ha sido y es aún la columna vertebral del sistema de cuidados personales. En el caso de estos dos países nos encontramos en una fase de transición tanto en el sistema tradicional de cuidados familiares como en las políticas públicas que dan respuesta a la

dependencia. En el modelo mediterráneo la carga de cuidados personales de personas dependientes es asumida en casi su totalidad por la mujer, como ponen de manifiesto las diferentes encuestas en el caso español. Este modelo se encuentra en una fase de cambio con la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los cambios en los roles familiares. La doble jornada de la mujer cuidadora y trabajadora o su sustitución por mujeres inmigrantes en el caso de trabajadoras cualificadas de clase media son ejemplos de esta transición en los casos de España e Italia.

El crecimiento de la oferta de servicios sociales en los últimos veinte años no ha sido capaz de dar una respuesta adecuada al nuevo riesgo tanto por las limitaciones de la propia red de servicios sociales públicos como por la dificultad o imposibilidad de que acceden a ella los grupos de renta media que tienen que afrontar con sus propios recursos el coste de los servicios. El contraste entre un sistema sanitario universal y un sistema asistencial de servicios sociales, al igual que en el caso británico, toma toda su dimensión negativa en las situaciones de dependencia. La desprotección social es el rasgo característico de la mayoría de las situaciones de dependencia que encuentran salida en la solidaridad familiar

El modelo mediterráneo, en cuanto a dependencia, es una combinación de prestaciones monetarias de la Seguridad Social y servicios sociales municipales y autonómicos. Es decir, un modelo de protección público mixto de carácter contributivo y asistencial. Este sistema ha resultado insuficiente para hacer frente a las necesidades del rápido envejecimiento de la población y crecimiento de las situaciones de dependencia. La capacidad de la familia para hacer frente a la carga de cuidados es cada vez más limitada y la asunción por la mujer en solitario de los cuidados personales es inviable a medio-largo plazo. Ello ha supuesto que el sistema familiar-asistencial ha llegado a sus límites sociales y económicos y se ha hecho necesaria una nueva política social que socialice el riesgo con un sistema protector universal, suficiente y sostenible. El proyecto de ley de autonomía personal y protección social de situaciones de dependencia en España, que se convertirá en ley en 2006, es un ejemplo de este cambio en la orientación histórica familística de la política social de cuidados personales. El problema de la nueva ley, como en otras leyes continentales, será en qué medida se garantizará una universalización real de la cobertura con prestaciones suficientes y de calidad.

## Tendencias recientes en el desarrollo de los programas de cuidados de larga duración

El sucinto análisis aquí realizado del MSE de cuidados de larga duración nos ha mostrado tanto las tendencias comunes, aparentemente irreversibles, hacia modelos de protección social que tienden a la universalización de la cobertura del riesgo como también el peso de las tradiciones nacionales que, en cierto modo, parecen invariables a lo largo del tiempo. Convergencia y diversidad se combinan en un contexto generalizado de extensión de la acción protectora en el espacio europeo y de aprendizaje mutuo dentro del creciente acervo común.

En este sentido el Consejo de la UE y la Comisión (2003), en el marco del debate sobre la modernización de los sistemas de protección social, ha impulsado estrategias comunes de los sistemas públicos sanitarios y sociales a favor de las personas mayores. Se sostiene la idea de sistemas de doble intervención, sanitaria y social, así como su necesaria coordinación con el fin de lograr una mayor efectividad social y eficiencia económica. La idea y la práctica de consolidación de un nuevo derecho social a la protección del riesgo de dependencia se puede decir que se encuentra en una fase avanzada en la mayoría de los Estados miembros de la UE. La experiencia común del envejecimiento, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los nuevos valores de solidaridad familiar avalan este giro histórico en los sistemas de protección social.

Ahora bien la experiencia europea, sobre todo de los países del modelo continental, que en cierto modo están marcando la pauta del cambio en los países del Sur de Europa, nos indica que existen problemas prácticos de **universalización real**, es decir, de **accesibilidad a los servicios, de calidad, de coordinación entre sistemas e instituciones y de financiación** que resumimos a continuación y a los que hemos hecho referencia antes de manera tentativa.

Existe un problema real *de universalización o accesibilidad* en la medida en que existen amplias diferencias entre países en los sistemas de reconocimiento de las situaciones de dependencia en función de distintos baremos y de que intervengan los profesionales sanitarios, sociales o exista una evaluación conjunta e, incluso, del papel que juegue la persona en

situación de dependencia en el proceso de evaluación y de definición del sistema individualizado de ayudas. También es un freno a la protección las diferencias de acceso en función de la edad (caso de Francia a partir de los 60 años) y, sobre todo, el factor copago cuya incidencia puede generar un mayor o menor efecto expulsión del sistema protector. Es decir, el reconocimiento formal del derecho en las leyes no se traduce siempre en accesibilidad real dándose situaciones de desprotección. Si a ello unimos la oferta real existente de servicios y prestaciones que puede limitar o facilitar el acceso a los servicios, el resultado es que el logro, en general, del reconocimiento del derecho social a la protección de la dependencia no se traduce necesariamente en protección real. En ello juega un papel importante la tradición protectora de cada país en general y, particularmente, en materia de servicios sociales.

La *calidad* es un factor no menor importante, además de una oferta de prestaciones suficiente. Hay que recordar que los servicios sociales en este campo están dirigidos a los cuidados personales y que solamente si estos son de calidad serán utilizados por los ciudadanos. En otro caso la persona afectada preferirá los cuidados familiares con apoyo de prestaciones monetarias, si ello es posible, o recurrirá a servicios privados de elevado coste si puede financiarlos. Hoy por hoy el problema en los países del modelo continental y, sobre todo, en los países del Sur de Europa es de cantidad, de servicios suficientes, de ampliación de la oferta. Pero sin lugar a dudas el problema de la calidad está ya planteado. Ello supone en parte costes superiores y mejoras en la coordinación entre sistemas e instituciones.

En este sentido hay que enfatizar en que los cuidados de larga duración implican en muchos casos la participación de dos sistemas: el sanitario y el social. La *coordinación* sociosanitaria, por tanto, se requiere en muchos casos. La experiencia europea nos señala que existen dificultades de coordinación entre sistemas por razones de cultura profesional y distintas trayectorias organizativas. En algunos países los cuidados de larga duración están claramente situados en el ámbito de los servicios sociales y en otros en el sistema sanitario. Lo que la experiencia del MSE indica es que esta coordinación es difícil pero necesaria. A otro nivel, el competencial y de gestión, el sistema de cuidados de larga duración suele compartirse entre la Administración Central, las Regiones y los Municipios. Estos últimos son el lugar de entrada y de prestación de servicios no siempre con recursos suficientes tal como demuestra la experiencia europea. Existen

problemas de coordinación entre Administraciones sobre todo en el ámbito financiero que afecta a la suficiencia de recursos y al equilibrio territorial.

Finalmente, hay que destacar la importancia de la *sostenibilidad* futura de los sistemas de protección social a la dependencia desde el punto de vista de su financiación. A pesar del bajo gasto relativo a nivel europeo se ha sobreenfatizado en el coste que supone para las finanzas públicas. Ello no implica desdeñar la importancia del problema pero sí destacar que la financiación de este sistema, además de efectos sociales y económicos positivos, requiere de un compromiso de los gobiernos y que el crecimiento de este gasto en el futuro por razones demográficas y de coste de los servicios puede ser compensado a largo plazo con políticas de prevención, de mejora de la calidad de vida de la población (sobre todo la población mayor) y mediante la mejora de la eficacia del funcionamiento de los programas de intervención social. La experiencia europea nos permite afirmar que existe una clara tendencia a incrementar el copago, a aumentar la responsabilidad de la familia (no sería este el caso de los países del Sur de Europa) y a sustituir servicios por prestaciones monetarias como forma de contener y reducir el coste de los servicios. En todo caso, el esfuerzo del coste no puede trasladarse al ciudadano en forma de elevados copagos que supongan la expulsión de las capas medias de la población del sistema protector.

Aunque las tradiciones nacionales y los acuerdos sociales y políticos se traducen en diferentes arreglos institucionales en el ámbito de la protección social de la dependencia podemos afirmar que la cuestión fundamental en este campo no es tanto el reconocimiento del derecho subjetivo sino la accesibilidad real, la suficiencia y calidad de las prestaciones y el tipo de esfuerzo que exige al ciudadano afectado.

## **Referencias bibliográficas**

Casado, D. (dir.) (2004) *Respuestas a la dependencia*, Madrid, CCS.

Consejo de Europa (1998) *Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados Miembros relativa a la dependencia*.

Consejo y Comisión Europeos (2003), *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores*, Bruselas, Comisión Europea.

CES (2006) Dictamen sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Dictamen 3. Madrid: CES.

Defensor del Pueblo (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid, Defensor del Pueblo.

Frades, J. (2002), *La protección de las personas dependientes*. Mimeo, Madrid, Gabinete Técnico Confederal de UGT.

Huber, M., Hennessy, P., Izuni, J., Kim, W. & Lundsgaard, J. (2005) Long-term care for older people. Paris: OCDE.

IMSERSO (2005), *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, Madrid, Imsero.

IMSERSO (2005) *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*, Madrid, IMSERSO.

INE (2001), *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES)*, Madrid, INE.

Lunsgaard, J. (2005) Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employments and fiscal sustainability. Health Working Paper, vol. 20. Paris: OECD.

Maravall, H. (2003) *El envejecimiento en España*, Cuadernos de Información Sindical, Madrid, Comisiones Obreras.

Missoc (2004) Introduction 2003: Between restructuring, rationalisation and solidarity. Missoc Infor Bulletin, vol 01/2004. Bruselas.

Montserrat, J (2005), *El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo, Presupuesto y Gasto Público, nº 39/2005*.

OECD (2005) Ensuring quality long-term care for older people. Policy Brief, vol march 2005. Paris: OECD.

Pacolet, J. *et al.* (1998), *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission.

Pacolet, J. ed (2006) The State of the Welfare State Anno 1992. Ten years later with Ten New member States. Brussels: Belgian Review of Social Security (to be published).

Rodríguez Cabrero, G. (Coor.) (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

Rodríguez Cabrero, G. (2004) *Protección social de la dependencia en España*. Documento de Trabajo 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas.-

Rodríguez Cabrero, G. (2005) *Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo*. En V. Navarro (dir.) *La situación social en España*, Madrid, Biblioteca Nueva

Rodríguez Cabrero, G. y J. Montserrat (2002), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

*Panorama europeo de la protección social a la dependencia*

Rodríguez, P. (1999), *Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria*, en DEFENSOR DEL PUEBLO (2000).

Sarasa, S. (2003) *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores*. Madrid: Fundación Alternativas.

Seminario de Intervención Social y Políticas Sociales (2006) *Informe sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Siposo.

## 9. El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales

### Introducción

En la mayor parte del mundo la atención y cuidados que las personas necesitamos durante la infancia, en procesos de discapacidad, enfermedad crónica y también durante la vejez, no suelen estar incluidos en los modelos de protección social existentes, basados éstos en una concepción social que se asienta en la división sexual del trabajo (varón sustentador, mujer encargada de las tareas reproductivas y asistenciales).

De manera pionera, hacia los años sesenta del siglo XX, los Países Escandinavos y los Países Bajos comenzaron a admitir esas situaciones como necesidad social y a incluirlas, por tanto, dentro de sus esquemas protectores. Más recientemente, a partir de la década de los noventa, otros países desarrollados (Alemania, Austria, Japón, Francia, Suiza...) han seguido esta estela y han ido asumiendo también que la necesidad de cuidados permanentes que muchas personas presentan ha de ser considerada como protegible y, de esta manera, la atención a la infancia y a las personas adultas en situación de dependencia forman parte de las contingencias que se incluyen en los sistemas protectores respectivos.

España se encuentra en un momento histórico de gran trascendencia para su modernización social y el avance de nuestro sistema de protección, al haberse unido a los países que han asumido que no resulta ya fácil continuar manteniendo una confianza casi ilimitada en la familia, en su solidaridad intergeneracional y en su estructura tradicional de género, como proveedora de trabajo y servicios asistenciales a las personas que precisan ayuda para desenvolverse en su vida diaria. Así, nos encontramos en puertas de que se traspasase al Estado parte de las funciones anteriormente desempeñadas por las familias y de abordar una reforma que conformará nuevos derechos de ciudadanía, con lo que se dará un paso decisivo hacia el abandono del sistema familista vigente. En efecto, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en situación de Dependencia (LAPAPED) abre la vía a una reforma mediante la que se configura un nuevo derecho social individual que va a garantizar a las personas que tienen una situación de dependencia el acceso a diferentes prestaciones y servicios, eliminándose así la histórica restricción de los servicios sociales a quienes carecen de medios económicos y de apoyo familiar.

La generalización de recursos formales que va a propiciar la LAPAPED apoyará de manera importante a las familias al liberarlas de la carga de una atención que, hoy por hoy y como ha mostrado la investigación producida y se verá en este capítulo, está siendo asumida casi en exclusiva por ellas y, de manera abrumadora, por las mujeres. Además, propiciará que se mejore la posición en que hoy se encuentran muchas de las personas adultas que precisan cuidados de larga duración con respecto a sus familias; de un lado, porque las liberará de un sentimiento de culpa motivado por la percepción de ser una carga excesiva para sus seres queridos y, de otro, porque romperá su subordinación con respecto a aquéllos de los que “dependen” absolutamente para realizar las actividades cotidianas esenciales, con grave perjuicio para su propia autoestima y dignidad. En definitiva, se estima que reconocer el derecho a los servicios sociales es la mejor manera de reforzar la autonomía de las personas que tienen una situación de dependencia, al tiempo de apoyar, de manera indirecta pero muy eficazmente, a sus familias.

Sin perjuicio de lo anterior, y puesto que el mantenimiento del apoyo social es absolutamente conveniente para el bienestar de las personas que precisan cuidados de larga duración y, por otra parte, la atención

formal no será posible que cubra en toda su intensidad la necesidad de atención que muchas personas precisan, habría que modificar definitivamente el enfoque tradicional de los servicios sociales y orientarlos hacia la convergencia y complementación con el apoyo informal.

En este capítulo se recogen los aspectos más relevantes relacionados con este tipo de apoyo a las personas mayores, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, con el objeto de que puedan ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar programas y actuaciones dirigidos a las personas cuidadoras desde los diferentes sectores y recursos de la atención social y sanitaria.

## Conceptualización y características del apoyo informal

*Categorías de apoyo social. El concepto de apoyo informal*

Se ha detectado bastante confusión terminológica en relación con las acciones y apoyos provenientes de las relaciones sociales. En este sentido, conviene, en primer lugar, establecer las diferenciaciones oportunas entre actividad social, redes sociales y apoyo social.

La “actividad social” hace referencia a la frecuencia de contactos sociales mientras que las “redes sociales” indican las características estructurales de las relaciones mantenidas por una persona (tamaño o densidad de las mismas, número de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, etc.). Finalmente, el “apoyo social” constituye la forma de ayuda que una persona puede recibir proveniente de sus redes sociales.

Existe relativa independencia entre el mantenimiento de relaciones sociales y la provisión de apoyo, sin que tampoco contemos con evidencia empírica que explique adecuadamente las relaciones entre las características estructurales de las redes sociales (tamaño, grado de cohesión) y las funcionales (prestación de apoyo). Esto quiere decir que el hecho de tener una amplia red social (familia, amistades, etc.) no garantiza por sí mismo que se va a contar con apoyo suficiente cuando sobreviene una necesidad de ayuda de carácter prolongado o permanente.

Entrando ahora en el análisis del apoyo social, el mismo ha sido clasificado en tres categorías:

La primera consiste en la provisión de ayuda emocional, es decir, sentirnos queridos/as por las personas allegadas, relacionarnos con ellas, expresarles opiniones, sentimientos, intercambiar expresiones de afecto. Este tipo de apoyo, importantísimo para las personas en situación de dependencia, refuerza el sentido de pertenencia y la autoestima.

Una segunda forma de apoyo es el denominado informativo y estratégico, que consiste en la ayuda que se recibe para la resolución de problemas concretos y afrontamiento de situaciones difíciles.

Por fin, el apoyo material o instrumental consiste en la prestación de ayuda y/o servicios en situaciones problemáticas que no pueden resolverse por uno mismo. Un préstamo de dinero para hacer frente a una deuda es un ejemplo muy típico de apoyo material entre parientes. La recepción de cuidados y ayuda en el caso de las personas con discapacidad y en situación de dependencia es otro ejemplo y éste en concreto es el que se conoce internacionalmente como "apoyo informal".

Este apoyo informal es, en su nivel más general, el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Se trata de un conjunto difuso de redes, que suelen caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación, y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Sin embargo, por extensión, el término se aplica también a otros agentes de intervención, como pueden ser las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado.

Una distinción importante de cualquier cuidador/a informal es la de que se trate de una prestación altruista, aunque en ocasiones puede resultar difícil precisar si se cumple el requisito de que los cuidados se hayan llevado a cabo *gratis et amore*, como ocurre cuando existen gratificaciones o compensaciones por la labor realizada.

En el contexto de la atención a la dependencia, se define el apoyo informal de la manera siguiente:

*Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención.*

Se consideran, pues, incluidos dentro del concepto “apoyo informal” todos los cuidados y atenciones que no son dispensados por profesionales de los servicios sociales o sanitarios ni tampoco los provenientes del mercado. Es decir, los que altruista y generosamente prestan con predominio los allegados de la persona necesitada de cuidados y, dentro de éstos, en primer lugar la familia, pero también quienes lo proveen sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad. Asimismo, quedan incluidos en el concepto los apoyos y atenciones desinteresados prestados por el voluntariado. Por el contrario, no se considera apoyo informal el trabajo desarrollado por personas contratadas por las familias como cuidadoras, entre las que tiene una importancia creciente la población inmigrante.

#### *Perfiles del apoyo informal a las personas mayores*

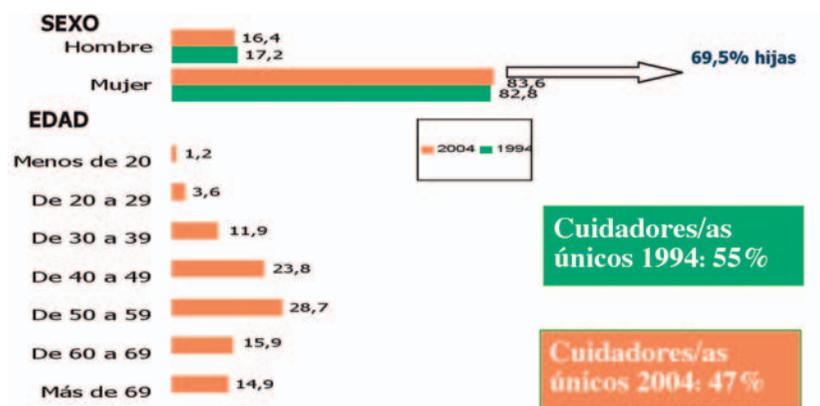
Las investigaciones del IMSERSO sobre apoyo informal, realizadas en 1994 y 2004 (Colectivo IOÉ/IMSERSO/CIS, 1995; IMSERSO, 2005), han puesto de relieve que la inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes que no están en residencias son asumidos por familiares y allegados (el 83,5% del total que reciben), es decir, que los realiza el llamado apoyo informal, con un predominio absoluto de la familia y una representación ínfima de personas voluntarias. Por su parte, la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (INE, 2001), corroboró este predominio de la familia en el cuidado de las personas con discapacidad de todas las edades.

La feminización de la figura del denominado “cuidador principal familiar” es abrumadora en nuestro país, según muestran la investigación mencionada y los análisis comparativos realizados al respecto (OCDE, 2005; Rodríguez Cabrero, 2004; Rodríguez Rodríguez, 2004, 2005). De los

resultados que arrojan las encuestas del IMSERSO (Figura 9.1), cabe destacar que si en 1994 el 83% del total de cuidadoras/es eran mujeres, diez años después ese porcentaje, por más que pueda resultar sorprendente, no se ha modificado con el paso del tiempo, sino que, incluso, parece apuntarse una tendencia al alza en este indicador. Sin restarle un ápice de énfasis a la resistencia que se observa en la modificación de la división sexual del trabajo en lo que atañe a los cuidados a las personas, pese a los avances conseguidos por las mujeres en pro de la igualdad, sí puede matizarse este resultado con la información de que ahora son más (el 66%) las que son apoyadas por otros miembros de su familia y por personas empleadas. Este cambio sugiere que se están desarrollando mejores estrategias de negociación familiar para compartir las tareas, lo que resulta muy acorde con las recomendaciones de la literatura científica.

En cuanto a la edad, también se está evolucionando en España, como ocurre en muchos otros lugares, hacia el envejecimiento de la población cuidadora: se ha incrementado el subgrupo de mayores de 69 años, mientras que la edad media, ahora de 53 años, ha subido un año con respecto a 1994.

**Figura 9.1.- Descripción socio-demográfica de cuidadores/as de personas mayores**



Unidad: Porcentajes Base: Total muestra (n=1.504)

Fuente: Encuestas sobre apoyo informal del IMSERSO. 1994 y 2004

El 85% del total de personas entrevistadas en la última encuesta respondió, en cuanto a la frecuencia, que los cuidados que suministran son diarios. Con respecto al tiempo que llevan cuidando, un 28% declararon llevar más de diez años realizando esta tarea, lo que avala que se denomine a estos cuidados "de larga duración". Otras notas complementarias del perfil de las cuidadoras y cuidadores informales de personas mayores son las siguientes:

el alto porcentaje de mujeres existente está constituido fundamentalmente por hijas, seguidas de las esposas y nueras, mientras que ha disminuido sensiblemente desde el año 1994 la figura de las nietas,

la mayoría de nuestra muestra está casada y tiene aún hijos a su cargo,

el 73% de los/as cuidadores/as no tienen relación con la actividad laboral retribuida y el 60% no ha superado el nivel primario de estudios.

### *Costes monetarios y de oportunidad*

La ayuda que prestan cuidadoras y cuidadores de la red informal a las personas mayores en situación de dependencia es muy intensa: más de 10 horas diarias de media en 2004. Se trata de un tipo de trabajo que todavía es poco conocido y reconocido, aunque haya comenzado a existir investigación dirigida a sacarlo de la invisibilidad (Durán, 1999; Rodríguez Cabrero, 1999). Haciendo una estimación para "valorar" de forma monetaria esta dedicación, tomando en consideración el año 2004 y los resultados de la encuesta de apoyo informal del IMSERSO, se podría estimar que la aportación de las familias cuidadoras de personas mayores fue durante ese año, como media, de 32.400 euros por persona en situación de dependencia. El cálculo realizado se basa en la retribución de un cuidador asalariado poco cualificado (a razón de 9 euros la hora).

Pero, con ser muy considerables estas cifras, es de advertir que tal monetarización se ha realizado tomando en consideración solamente el tiempo de trabajo invertido en los cuidados. No se han tenido en cuenta los denominados "costes de oportunidad" que experimentan las personas cuidadoras que, aunque son difícilmente cuantificables, tienen un enorme peso a la

hora de configurar la denominada “carga” de los cuidados, entendida ésta como “el conjunto de problemas tanto físicos como psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden experimentar los miembros de la familia que cuidan de adultos dependientes” (George y Gwyther, 1986).

Las incidencias negativas que experimentan las cuidadoras y cuidadores españoles pueden clasificarse en tres grupos: las referidas a los aspectos económicos y laborales, las que tienen que ver con el tiempo de ocio y la vida afectiva y relacional y las que atañen a la propia salud de la persona cuidadora. Véase en la figura 9.2 la significación de este triple conjunto de repercusiones negativas y su desagregación por las diferentes categorías.

**Figura 9.2.- Incidencias en el desarrollo de la vida normal del cuidador/a (Costes de oportunidad)**



Fuente: Encuesta sobre apoyo informal del IMSERSO. 2004

Siendo muy importantes todas las dimensiones consideradas, es de destacar un mayor deterioro de la salud detectado en la última investigación: En 2004 el 45% de las cuidadoras y cuidadores informan tener diagnosticada alguna enfermedad crónica, frente al 39% de hace una década. La conocida expresión “cuidar de quien cuida” obtiene así una clara y actualizada relevancia.

### *Las demandas de las familias cuidadoras*

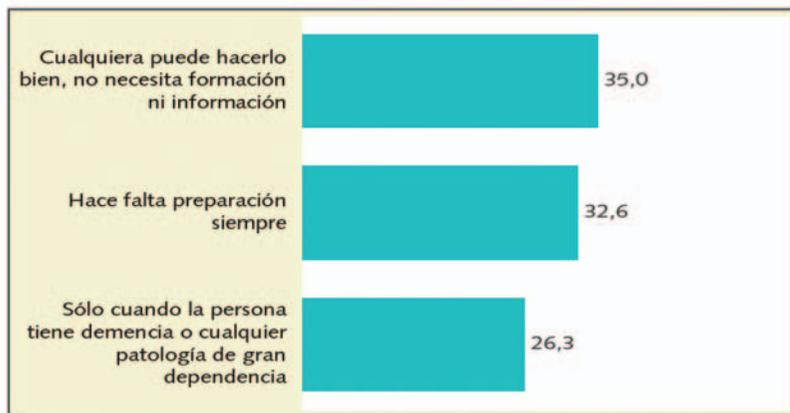
En las investigaciones que se están analizando se incluyeron preguntas relacionadas con las demandas que la población cuidadora realiza a las Administraciones Públicas. En este sentido, al analizar la evolución de las

preferencias de las familias por tipo de ayuda formal que les gustaría recibir para colaborar en la tarea que de manera altruista están realizando, se ha producido un vuelco considerable a lo largo del período 1994-2004.

Si en la primera encuesta el 62% de la población cuidadora pedía apoyo económico en forma de salario mensual, la primera opción que se hace en 2004 corresponde a la atención domiciliaria. Si a ella se suman las preferencias por centros de día, teleasistencia u otros servicios de apoyo, es muy significativa la mayoría que se decanta ahora por recibir servicios formales de apoyo en lugar de prestaciones económicas (60% *vs* 32%).

Con respecto a la importante cuestión de si hace falta o no preparación para cuidar a una persona en situación de dependencia, la opinión de la población cuidadora también se ha modificado sensiblemente a lo largo de la década. Mientras que en 1994 el 73% manifestaba que cualquiera podía hacer bien este trabajo sin necesidad de formación, quien opina así en 2004 es solamente el 35% (Figura 9.3).

**Figura 9.3.- Formación para el cuidado**



Fuente: Encuesta sobre apoyo informal del IMSERSO. 2004

Es importante retener esta doble demanda de apoyo que hace la población cuidadora: por una parte, piden servicios profesionales de atención para compartir con las familias los cuidados; por otra, participar en actividades formativas para cuidar y cuidarse mejor. Estas demandas resultan congruentes con la evidencia científica, que ratifica que la atención

a quienes se encuentran en situación de dependencia, sobre todo si tienen enfermedades o trastornos cuya atención es compleja (demencias, por ejemplo), exige, de una parte, la intervención inexcusable de profesionales formados y, de otra, que la familia cuente con conocimientos y estrategias adecuados para complementarse con la atención formal de manera correcta. Este doble apoyo redundará en un incremento de la calidad de vida tanto de las personas en situación de dependencia como de sus cuidadores/as.

### *Heterogeneidad del apoyo informal*

Pero conocer los perfiles, las características y las demandas generales de las personas que prestan cuidados en el seno de la familia, no basta, obviamente, para comprender la complejidad de un fenómeno como el de la atención a las personas mayores en situación de dependencia en el que se establece una relación de ayuda íntima, intensa y duradera, que a menudo trastoca las reglas del juego de la relación anterior, y que se produce en la opaca privacidad del hogar. En ella median múltiples dimensiones que, al interconectarse, ofrecen un caleidoscopio de situaciones que van desde el bienestar recíproco entre la persona que presta los cuidados y la que los recibe hasta importantes grados de estrés, malestar mutuo e incluso violencia, pasando por historias de cuidado en las que se trufan jornadas de satisfacción con momentos de agotamiento y trato inadecuado. La ambigüedad es una característica típica del cuidado informal, tal como se ha puesto de relieve en buena parte de la investigación desarrollada.

Para poder ofrecer una aproximación cualitativa de la encuesta realizada en 2004, se llevó a cabo un análisis *cluster* de la misma, obteniéndose unos resultados que vuelven a ratificar, como en 1994, la gran heterogeneidad de las situaciones de apoyo informal que se produce en los hogares españoles. En concreto, se ha podido establecer una cuádruple tipología entre las personas cuidadoras, que hemos denominado como "agobiadas", "satisfechas", "temporeras sin apego" y "de compañerismo tradicional". (Rodríguez Rodríguez, 2005, 2006a). A continuación se realiza una sinopsis de las mismas:

- a) Las **agobiadas** (19,5% de la muestra): Se sienten atrapadas, en "un callejón sin salida", consideran que el cuidado es una carga

excesiva, que no valen para realizarlo y, además, juzgan que la persona mayor no está recibiendo una atención suficiente y correcta. Este tipo lo forman las personas cuidadoras de mayor edad, que viven en grandes ciudades, tienen peor estado de salud que el resto y son cuidadoras/es únicas/os con mucho tiempo de cuidado (6,3 años de media). Atienden a personas muy mayores y muy dependientes, pues necesitan ayuda para 15,2 Actividades de la vida diaria (AVDs) de media. En cuanto a la percepción de la calidad de la relación entre la persona cuidadora y la que recibe la atención, estiman que ha empeorado desde que comenzó la situación de dependencia. Respecto a su relación con la Administración, desconocen dónde acudir para recibir apoyo u orientación y son quienes más demandan servicios a los poderes públicos, a los que sitúan como principales responsables de la atención. Este grupo ve en las residencias el entorno donde las personas mayores estarían mejor atendidas.

- b) Las **satisfechas**, que constituyen el 30% de la muestra. El cuidado es para este tipo una decisión personal meditada, no una obligación. Consideran que el tiempo de dedicación a los cuidados que realizan no es gravoso, no lo perciben como una carga, sino que, por el contrario, les genera satisfacción. Su edad media se sitúa en los 50 años, cuentan por encima de la media con estudios universitarios y con una mayor tasa de ocupación. La ayuda que prestan la comparten con empleada de hogar y otros miembros de la familia y es el grupo en el que se produce una mayor involucración de los nietos y nietas (viven en hogares con hijos/as de 19-24 años). Atienden a personas mayores con menos dependencia que la media (12 AVDs) que viven en su propia casa pero cerca del cuidador o cuidadora. En este grupo se encuentran mayoritariamente quienes dicen no haber experimentado efectos negativos sobre su salud derivados del cuidado que prestan. En cuanto a la relación entre la persona cuidadora y la cuidada era antes y es ahora de gran afectividad. Sus demandas hacia la Administración consisten en recibir programas de orientación y formación y más servicios de proximidad, sobre todo atención domiciliaria. Entre las expectativas propias que mantiene este grupo sobre la atención a la que aspiran si durante su vejez la llegaran a necesitar, existe en mayor grado que la media la de vivir en una vivienda dotada de servicios o en una mini residencia cercana a su entorno.

- c) Las **temporeras sin apego**, tipo en que se agrupa el 20% de las personas cuidadoras. Son más jóvenes que la media (40-49 años) e incluye a quienes realizan el cuidado por temporadas, de manera rotativa, en la propia casa de la persona cuidadora. Atienden a personas con alto grado de dependencia (15 AVDs) y son quienes en mayor medida reconocen que cuidan porque no pueden pagar servicios de apoyo y que no lo hacen por elección sino por decisión familiar. Destaca de este grupo que, pese a estar constituido por las personas más jóvenes y por quienes no realizan el cuidado de manera permanente, declaran peor estado de salud subjetiva que el resto de cuidadoras y cuidadores y más repercusiones negativas en otros aspectos de su vida. En consecuencia, la relación de ayuda no les genera satisfacción, como a los tipos b) y d). Declaran que sus relaciones anteriores con la persona mayor eran “normales” y que éstas han empeorado desde que comenzó la situación de dependencia. Piden a la Administración, a la que consideran responsable de la provisión de cuidados de larga duración, más plazas de residencias y más estancias temporales entre otros recursos de apoyo.
- d) Las de **compañerismo tradicional**. Para este grupo de cuidadoras y cuidadores (el 30,5%) constituye una clara obligación moral cuidar a la persona de la que se ocupan y eso les genera satisfacción y les gratifica, aunque también manifiesten no poder plantearse otra alternativa por cuestiones económicas. En este tipo se agrupa mayoritariamente la población cuidadora de menor nivel de estudios, que no tienen relación con la actividad laboral retribuida, que viven en hábitats rurales o en ciudades de pequeño tamaño. Predominantemente se trata de esposas/os y, por tanto, convivían antes y ahora en la misma casa de la persona a la que atienden. Son en mayor medida que el resto cuidadoras/es únicas/os y, pese a ello, consideran por debajo de la media que el cuidado sea una carga excesiva. Por lo que atañe a la calidad percibida de su relación, manifiestan que anteriormente era de gran intimidad y afecto, que se mantiene desde que comenzó la situación de dependencia. Creen por encima de la media que no es necesario recibir formación para el cuidado y a la Administración le piden recursos de apoyo y, en mayor medida que la media, “salario mensual” y atención a domicilio. Igualmente, es el grupo que mantiene aún las expectativas más tradicionales con respecto a su propia vejez futura: vivir en su propia casa y que le cuiden sus hijas e hijos.

En el ámbito de la intervención, dimensiones como las enunciadas, que se relacionan con la “carga” del cuidador o cuidadora principal y que configuran las características de la relación de ayuda, deben evaluarse individualizadamente en cada caso, tal como se recomienda por los expertos (Díaz Veiga, 1987; Parris *et al*, 1988; Pearlin, 1994; Montorio *et al*, 1995; Zarit, 1996; Rodríguez Rodríguez, 1996) y raramente se realiza en los diferentes contextos, sociales o sanitarios. Porque si es cierto que las relaciones familiares a menudo son fuente gratificante de los diferentes tipos de apoyo mencionados y que todos necesitamos a lo largo de nuestra vida (emocional, informativo, material), también es verdad que, en ocasiones, son el origen de conflictos muy profundos que quedan marcados para siempre en las biografías de quienes los sufren. Al evaluar un caso de dependencia, pues, ha de ser analizada esta dimensión y evitar dar por sentado que la existencia de apoyo familiar es un indicador de bienestar recíproco, pues ello significaría ignorar que a veces las relaciones parentales distan mucho de ser armónicas (tipo 3), que, en otras ocasiones, el cuidado provoca una gran sobrecarga que llega a originar graves perjuicios tanto a la persona cuidadora como a quien recibe los cuidados (tipo 1), y que, incluso, existen situaciones límite que llegan a desembocar en violencia y malos tratos.

Destaca como situación más satisfactoria entre la tipología presentada el tipo 2, formado por aquellas personas que no sólo no se sienten sobrecargadas con los cuidados que prestan sino que viven esta experiencia de manera gratificante. Algunas de las razones que se apuntan para esta positiva manera de afrontar los cuidados son: no les exige renunciadas excesivas en el desarrollo de su vida; comparten con otros miembros de la familia (y con cuidadoras/es pagadas) la atención de la persona; mantienen su independencia al no verse “obligados” a convivir con la persona atendida... Es verdad que buena parte de quienes conforman este grupo cuentan con mayores recursos (culturales, económicos, sociales) que el resto de la muestra y también que, en general, atienden a personas que no tienen el mayor grado de dependencia; es decir, se encuentran en mejores condiciones que el resto para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuado y poder, así, dar apoyo a su familiar al tiempo de conservar su propia autonomía. Este tipo de relación de ayuda satisfactoria podría constituirse en modelo de apoyo informal hacia el que tender, lo cual debe ser tenido en cuenta en las intervenciones que se realicen desde los diferentes recursos con el fin de que desde los mismos,

además de ofrecer servicios de soporte, se dote a las familias cuidadoras de estrategias de afrontamiento adecuadas.

### *La crisis del apoyo informal*

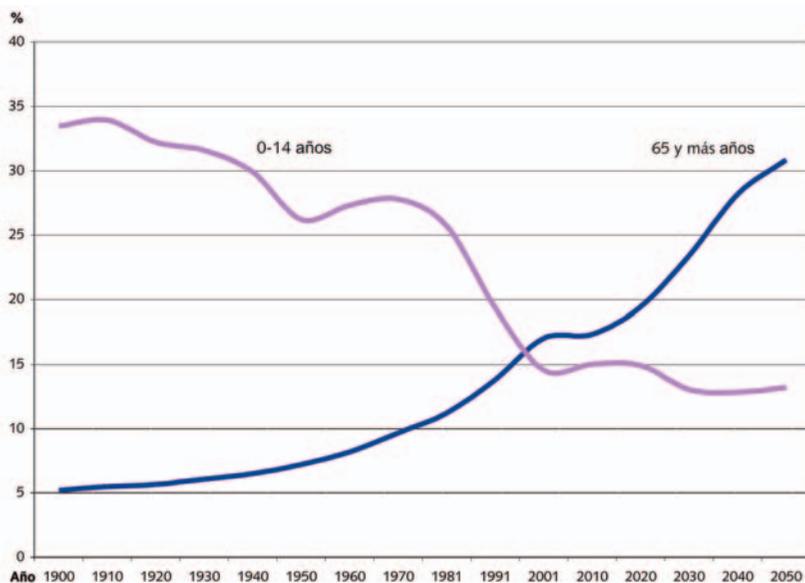
La generosidad y resistencia de nuestro apoyo informal, que suscita admiración en otros lugares del norte de Europa, se sigue produciendo todavía en los albores del siglo XXI, pese a que desde hace años se vienen anunciando las tendencias que vaticinan la debilidad y agotamiento progresivo de la tradicional red informal de apoyo aportada por la familia en general y las mujeres de manera muy particular. Comenzando por datos puramente objetivos derivados de la evolución demográfica experimentada en España, considérese la radical transformación de la estructura por edades de la población española producida a lo largo del siglo XX (tabla 9.1 y figura 9.4), que es fruto del incremento constante de la esperanza de vida y de la caída de la fecundidad, experimentada ésta, sin solución de continuidad, desde el inicio de nuestra transición a la democracia.

**Tabla 9.1 Estructura de la población española por grandes grupos de edad en números absolutos (miles) y relativos (%) (1970-2001)**

Año	0-14	15-64	65 y más	Total
1970	9.460 (27,8%)	21.290 (62,5%)	3.291 (9,7%)	34.041
1981	9.686 (25,7%)	23.761 (63%)	4.237 (11,2%)	37.683
1991	7.528 (19,4%)	25.847 (66,7%)	5.352 (13,8%)	38.727
2001	6.267 (15,7%)	26.972 (67,5%)	6.690 (16,7%)	

Fuente: J. Pérez Díaz: *La madurez de masas*. IMSERSO, 2003.

Figura 9.4.- Inversión de la tendencia demográfica, 1900-2050



Fuente: Antonio Abellán: "Indicadores demográficos", cap. 1 de *Las personas mayores en España*. Informe 2004. IMSERSO.

Como puede deducirse de los indicadores presentados, se ha producido una disminución del denominado "potencial de cuidados familiares", al crecer el número de personas de avanzada edad y disminuir el de las jóvenes generaciones.

Otras tendencias que están influyendo y que influirán aún más en la provisión futura de cuidados a las personas en situación de dependencia son: la generalización entre toda la población, incluidas las personas mayores, de nuevas pautas culturales entre las que destaca, como un valor, la independencia en los modos de vida; las grandes transformaciones ocurridas en los modelos de familia; el tamaño más reducido de las viviendas; y, de manera muy destacada, la transformación profunda de la posición social de las mujeres y, por ende, de su rol dentro y fuera de la familia, que no está siendo correspondida con un equitativo reparto entre hombres y mujeres de las tareas del hogar y de los cuidados a las personas de la familia que los requieren.

Algunas de las consecuencias de la evolución que se anuncia de cara al futuro se concretarán, en consecuencia, en que muchas de las personas mayores no tendrán ninguna posibilidad de ser atendidas por una hija o un hijo: unas porque, sencillamente, no los han tenido y, otras, porque el único o los dos que tienen vivirán en otra ciudad, cuando no en otro país. Por otra parte, aun considerando los casos de situaciones familiares en las que las diferentes generaciones convivan en el mismo lugar, a medida que las jóvenes cohortes de mujeres, totalmente integradas en el mundo laboral, lleguen a la mediana edad y se encuentren ante una demanda de cuidados en su familia, objetivamente no tendrán tiempo para dedicarlo (al menos con la intensidad requerida) a la atención. Otra circunstancia a tener en cuenta es que cada vez habrá más personas mayores que vivan solas (en la actualidad el 20%, lejos del 50% de algunos países del Norte), unas por elección personal y otras porque no tendrán otra alternativa.

Como conclusión de este apartado, resulta fácil colegir la dificultad, cuando no la imposibilidad real, que van a tener las familias para mantener en el futuro su apoyo a las personas con dependencias, al menos en cuanto atañe a la intensidad de la atención que prestan en la actualidad.

## **La protección social a la dependencia y la convergencia entre recursos formales y apoyo informal**

*La Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a Personas en situación de Dependencia (LAPAPED), coadyuvante de las medidas a favor de la igualdad y de protección a la familia.*

El enorme peso de los cuidados a las personas mayores que recae sobre las familias tiene una expresión bien clara en uno de los resultados que arroja la última encuesta aplicada en España: solamente el 6% de las personas que están cuidando en su hogar a una persona mayor informa recibir el apoyo de los servicios sociales públicos para compartíroslos. Por otra parte, la envergadura de la dedicación que sucintamente se ha descrito, en ausencia de suficientes recursos formales, sólo puede ser asumida por quienes carecen de (o renuncian a) obligaciones sociolaborales, muy relacionadas con el desarrollo y la autorrealización personal, lo que explica

que el perfil de las personas cuidadoras se concentre aún en mujeres que en su mayoría no tienen relación con el mundo laboral y que también presentan un bajo nivel de estudios.

Precisamente porque ha llegado el momento de llevar a cabo en España una iniciativa política que perfeccionará nuestro sistema de protección social mediante la ampliación y la accesibilidad de los servicios sociales a cuantos se encuentran en situación importante de dependencia es cuando acucia la necesidad urgente de plantearse el análisis y la reflexión, no sólo sobre los factores relacionados con la escasez de recursos, ya suficientemente investigados, sino sobre los paradigmas de la intervención y el sistema organizativo vigente. En este sentido, y conforme se recomendaba en otro lugar (Rodríguez Rodríguez, 2006b), resulta necesario adecuar al conocimiento científico producido tanto los dispositivos de los sistemas de atención social que se ofrecen a las personas que tienen una situación de dependencia, como las intervenciones que se realizan desde ellos, que deben considerar también a la familia cuidadora como destinataria de servicios y programas. Las medidas de apoyo que se realicen con este doble objetivo coadyuvarán por otra parte al mejor desarrollo tanto de las políticas en materia de igualdad entre mujeres y hombres como en las de apoyo familiar.

En efecto, porque con la reforma que promoverá la LAPAPED el reparto de bienestar entre familia y Estado comenzará a adaptarse a la sociedad del siglo XXI y dejará de realizarse la atribución excesiva que desde siempre y todavía hoy se hace a las familias (a las mujeres) en la producción de bienestar. Esta pervivencia del “modelo de protección social invisible” castiga de manera muy especial a las mujeres en diferentes dimensiones que afectan de manera adversa a su completo desarrollo y bienestar: Al dedicarse a cuidar a cuantos miembros familiares lo precisan, desde la cuna a la tumba, sacrifican a menudo el desarrollo de una vida laboral plena (renuncian a la búsqueda de empleo o lo abandonan, reducen jornadas, rechazan oportunidades de promoción...) y, a lo largo del desarrollo de su vida y, sobre todo, al final de ella, se encuentran con escasos recursos y sin prestaciones sociales suficientes para vivir su propia vejez con calidad de vida.

Es precisamente la resistencia que se ha observado en la modificación del reparto de papeles entre los géneros en las labores de cuidado, lo que

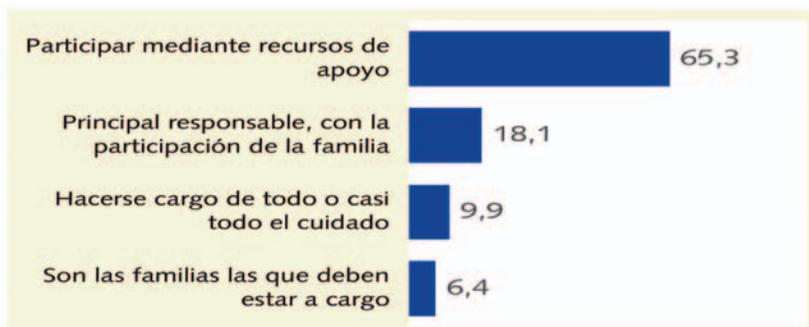
obliga a ser cuidadosos en las prestaciones que se provean de “apoyo a las familias”, porque algunas de ellas pueden tener el perverso efecto de condenar a las mujeres a seguir asumiendo en solitario un rol que las excluye socialmente. Ello ocurriría con la puesta en marcha de prestaciones económicas generalizadas dirigidas a las familias sin una evaluación individualizada de cada caso que garantice la excepcionalidad de las mismas (imposibilidad real de incorporación al trabajo de la mujer cuidadora, por ej.) y, sobre todo, sin combinarlas con un amplio desarrollo de servicios sociales y sanitarios. Porque sólo si se ofrece a las personas cuidadoras la posibilidad real de utilizar éstos puede garantizarse que quienes optan por cuidar con exclusividad, renunciando a muchos aspectos de su vida sociolaboral, lo hacen realmente por elección.

Además del mencionado reparto de bienestar entre Estado y familia que la LAPAPED va a facilitar, habría que avanzar también en otras medidas que impulsen un equitativo reparto entre hombres y mujeres en las labores de cuidado con el fin de conseguir el bien social pretendido que no debe ser otro que el de dar una solución digna y adecuada a cuantas personas se encuentran en situación de dependencia y que ello deje de ser a costa del sacrificio personal, la renuncia sociolaboral y la pérdida de la salud de una parte de nuestra sociedad: las mujeres.

*Los cuidadores y cuidadoras informales como destinatarios directos de programas y recursos de atención a la dependencia.*

Como se ha mencionado antes, existe coincidencia entre las demandas expresadas por las familias cuidadoras (Figura 9.5), las personas que son potenciales receptoras de la atención y las recomendaciones de los expertos en cuanto a la necesidad de extender de manera generalizada los servicios formales de atención y, al tiempo, incluir en su diseño y en las intervenciones correspondientes los principios de complementariedad y convergencia con el apoyo informal. Ello quiere decir que, para satisfacer de forma efectiva las necesidades y demandas de cuantas personas se encuentran en situación de dependencia o fragilidad, todos los servicios y programas de la red formal de los servicios sociales y sanitarios relacionados con la prevención o la atención a la dependencia deben tener en cuenta (y cuidar) la atención insustituible que prestan las personas allegadas en todas las variantes de apoyo social a las que se ha aludido anteriormente.

**Figura 9.5.- Opinión sobre el papel de la Administración en el reparto de los cuidados**



Fuente: Encuesta Apoyo Informal. IMSERSO, 2004.

En este sentido, tanto la persona en situación de dependencia como aquella identificada como cuidadora principal debieran participar activamente en los apoyos formales que vayan produciéndose a lo largo de todo el proceso de dependencia, comenzando por la propia elaboración del programa individualizado de atención. Igualmente, desde los servicios formales deben evaluarse las necesidades de los/as cuidadores/as informales para diseñar y ejecutar diferentes programas de apoyo dirigidos específicamente a los mismos.

Desde esta perspectiva, además de los recursos más desarrollados (Servicios de Ayuda a Domicilio –SAD–, alojamientos o residencias), debieran incluirse en la cartera de servicios, tanto los que permiten compatibilizar de manera específica el descanso familiar y el cuidado de la persona en situación de dependencia (recursos intermedios), como los programas de intervención dirigidos a las personas cuidadoras de la red informal (formación, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda, etc.).

En definitiva, y para concluir, se estima que la instauración de los nuevos derechos sociales de atención a la dependencia no debe significar en absoluto que se produzca una inversión radical de la situación actual y pedir que la Administración se responsabilice en solitario de la atención a las personas más frágiles de nuestra sociedad, favoreciendo con ello la retirada de la familia y otras personas allegadas. Ni eso es lo que piden

las personas cuidadoras de la red informal y el conjunto de la ciudadanía ni tampoco sería lo deseable para el bienestar de las personas en situación de dependencia, que precisan, además de cuidados e intervenciones profesionales, las otras formas de apoyo, especialmente de tipo emocional, que nadie como la propia red social puede ofrecerles.

## Referencias bibliográficas

- Colectivo Ioé/INSERSO/CIS (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, Madrid: INSERSO.
- Díaz Veiga, P (1987): "Evaluación del apoyo social", en Fernández-Ballesteros (ed): *El ambiente. Análisis psicológico*, Madrid: Pirámide.
- Durán, M<sup>a</sup> A (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBVA.
- George, L. y Gwyther, P. (1986): "Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults", en *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- IMSERSO (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO.
- INE (2001): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*. Madrid: INE.
- Montorio I, Díaz Veiga P, Izal M (1995): "Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30 (3): 157-168.
- OCDE (2005): *Long-term Care for older people*. París: OCDE.
- Parris, M, Norris, V, Kinney, J *et al* (1988): "Stressful situations in caregiving: Relations between caregiver coping and well-being". *Psychology and Aging*, 3 (2).
- Pearlin, LI (1994): "Conceptual strategies for the study of caregiver stress". En Light, E, Niedereche, C y Lebowitz BD (ed): *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. New York: Springer.
- Rodríguez Cabrero, G (1999): *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez Cabrero, G (2004). "La población dependiente española y sus cuidadores", en Casado, D (dir): *Respuestas a la dependencia*. Ed. CCS. Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P (1995): "Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal", en VV.AA: *Jornadas por una vejez activa*. Madrid: Fundación Caja Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P (1996): "Los centros de día: un servicio de respiro para la familia cuidadora", en Gil M (coord): *Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica*. Madrid: INSERSO.

Rodríguez Rodríguez, P (2004): "El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencia. Una visión desde el análisis de género", en *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación entre la vida laboral y familiar*. Madrid: Forum de Política Feminista.

Rodríguez Rodríguez, P (2005): "El apoyo informal en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía". En *Rev. Española de Geriátria y Gerontología*; 40 (supl.3): 5-15.

Rodríguez Rodríguez, P (2006a): "El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia". *Revista Documentación Social*.

Rodríguez Rodríguez, P (2006b): *El sistema español de servicios sociales y la atención a las situaciones de dependencia*. Fundación Alternativas. Documento de trabajo nº 87/2006.

Zarit, SH (1996): "Intervention with family caregivers". En Zarit, SH, y Knight, BG (eds): *A guide to psychotherapy and aging*. Washington: APA.

## 10. La influencia protectora de las redes familiares y sociales

### Introducción

La evidencia científica sobre la asociación de distintos aspectos de las relaciones sociales con el proceso de salud-enfermedad muestra que una vida social activa, con unas buenas redes sociales y con actividad en la comunidad, aumenta la longevidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional y de la salud mental de las personas mayores (Otero et al, 2006).

La mayoría de los estudios publicados han sido realizados fundamentalmente en el ámbito anglosajón, siendo muy escasos los estudios realizados en los países que, como el nuestro, se reclaman de la cultura mediterránea, donde, especialmente en el caso de las personas mayores, la estructura de la red familiar es muy distinta y, además, está sometida a grandes transformaciones. En nuestro contexto cobra especial importancia la red informal de apoyo y el tardío y escaso desarrollo de los servicios sociales que resalta aún más la figura del cuidador principal de las personas mayores dependientes que, en una elevada proporción, es un familiar de primer grado, la esposa o la hija (Béland y Zunzunegui, 1996).

El objetivo de este capítulo es presentar evidencias del efecto protector de las relaciones sociales en el proceso de dependencia y en el envejecimiento, con especial referencia a nuestro país, a partir, especialmente, de los resultados del estudio “Envejecer en Leganés”. Previamente se dedica una primera parte del capítulo a describir las redes sociales y a situar el marco teórico de cómo pueden influir en la salud de las personas mayores.

## Redes familiares, redes sociales, apoyo social, relaciones sociales

La terminología a veces se convierte en una barrera para la comunicación entre los distintos actores implicados en un sistema complejo y multisectorial como es el de la atención a las personas mayores. Redes familiares, redes sociales, apoyo social y relaciones sociales son conceptos íntimamente relacionados aunque, en sentido estricto, no son sinónimos (Oxman y Berkman, 1990).

El término “redes sociales” fue empleado por primera vez a mitad de la década de 1950 por los antropólogos británicos Barnes y Bott <sup>1</sup> para considerar otros lazos más allá de las relaciones familiares que explicasen aspectos como el acceso a puestos de trabajo, la actividad política y los roles maritales. Con posterioridad, otros autores profundizaron en el análisis de estas redes resaltando la importancia de la estructura y composición de los vínculos sociales (familiares, amigos, participación en actividades sociales) y la de los contenidos y función de las relaciones que surgen entre las personas.

Aunque algunos autores emplean *redes sociales* como un término general que englobaría tanto aspectos de estructura como de función de los vínculos humanos, otros proponen reservar el término «*redes sociales*» para los aspectos estructurales, en concreto para el tejido de personas con las que se comunica un individuo y utilizar el término «*apoyo social*» para referirse a una de las funciones o de los mecanismos psicosociales de esos elementos de estructura. Un concepto más amplio y sobre el que existe un mayor consenso es el de «*Relaciones sociales*»,

<sup>1</sup> citado por Berkman y Glass en Berkman & Kawachi Ed. *Social Epidemiology*, Oxford University Press. 2000

que engloba ambos componentes. Se trata de la red de personas con las que se comunica un individuo, las características de los lazos que se establecen y el tipo de interacciones que se producen (Otero et al, 2006).

En el concepto de red social se incluye como uno de sus componentes la red familiar junto a la red de amigos y a la red de participación comunitaria (asociaciones, centros sociales, deportivos y religiosos, clubes,...)

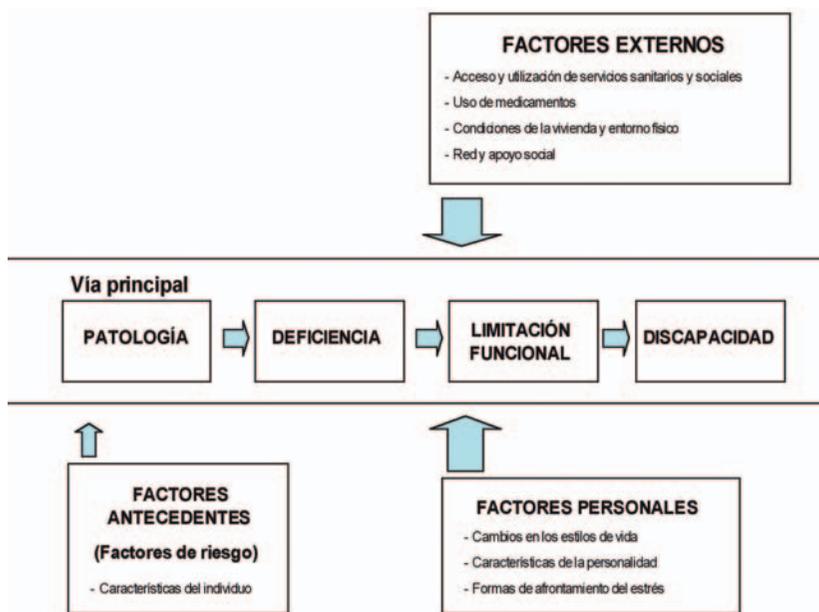
## **Modelos conceptuales**

### *El modelo de Verbrugge y Jette sobre el proceso de discapacidad*

El modelo médico-social de Verbrugge y Jette (1994) es muy útil para estudiar y analizar como distintos factores pueden influir en la discapacidad. En este modelo, ya clásico, se presenta como el proceso de discapacidad tiene una vía principal de cuatro pasos: patología-deficiencia-limitación funcional-discapacidad. Este proceso, en las personas mayores, está modulado por distintos factores (Figura 10.1). Los factores antecedentes o predisponentes (factores de riesgo) existen antes o en el momento de iniciarse el proceso y por eso, en el esquema, se sitúan en el inicio de la vía principal. Son las características del individuo, ya sean estas demográficas, sociales y medioambientales, de estilos de vida, psicológicas ó biológicas. Los factores personales (intra-individuales) y los factores externos (extra-individuales) intervienen como retardadores o aceleradores del proceso de discapacidad y en el esquema se sitúan a mitad de la vía principal.

Las características de las redes y del apoyo social se incorporarían en este esquema como características sociales y medioambientales del individuo, que actuarían como antecedentes en el proceso de discapacidad y como factores externos que modularían ese proceso.

**Figura 10.1.- Modelo de Verbrugge y Jette para el proceso de discapacidad**



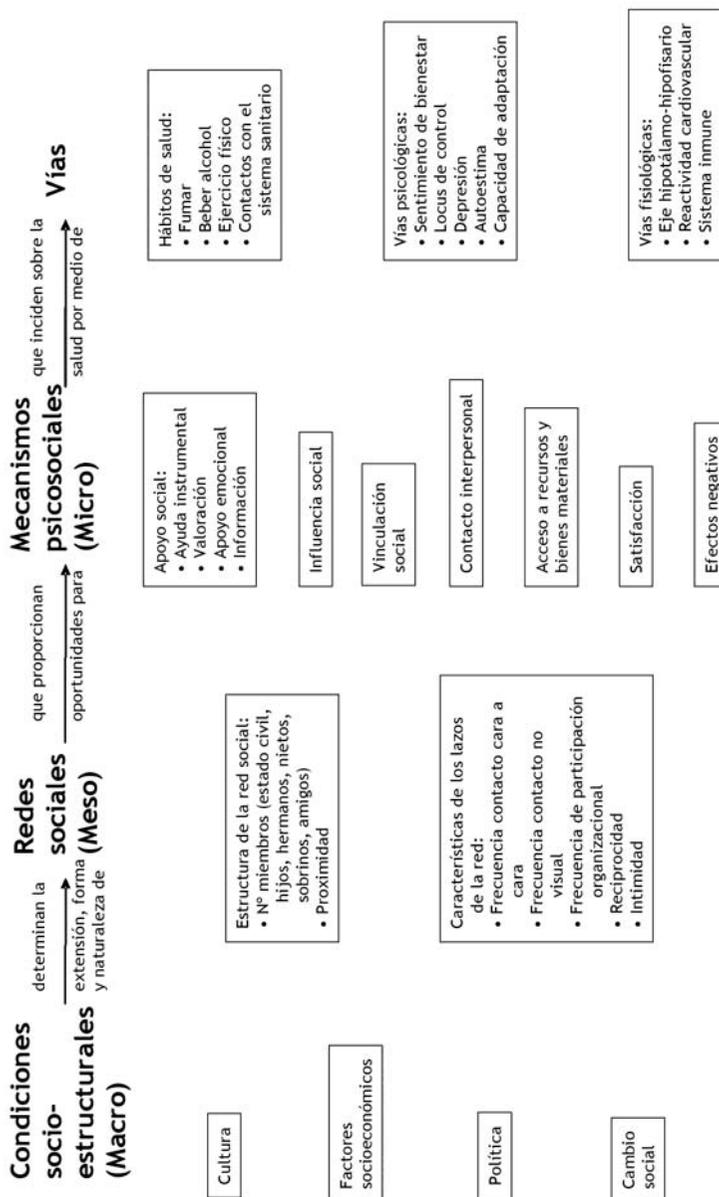
Fuente: Verbrugge y Jette 1994

### *El modelo de Berkman y Glass sobre relaciones sociales y salud*

Berkman y Glass (2000) propusieron un modelo conceptual específico sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud, ampliamente aceptado entre los investigadores de este campo del conocimiento. El modelo, cuyo esquema se presenta en la Figura 10.2, presenta una “cascada” de acontecimientos, en la que los condicionantes socio-estructurales de una comunidad determinan unos patrones de redes sociales específicos que, a través de diversos mecanismos psicosociales, actúan sobre vías comunes psicológicas, fisiológicas o de hábitos de vida (saludables o nocivos), que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud.

Al separar redes y mecanismos psicosociales se resalta la importancia de ambos elementos en la influencia de las relaciones sociales en el proceso salud-enfermedad.

Figura 10.2.- Modelo conceptual de cómo las redes sociales influyen sobre la salud. Modificado de Berkman y Glass (2000)



## *Las redes sociales*

Las redes se describen por sus componentes y por las características de los lazos con las distintas personas que componen la red.

El esquema conceptual de Berkman y Glass se corresponde al modelo «estructural» de las relaciones sociales. Según la exposición que hacen los autores, para describir y caracterizar la red social es suficiente con conocer el número total de miembros que componen la red, sin tener en cuenta las características individuales o los roles sociales de cada uno de sus miembros. Frente a esta postura, el modelo «rol-específico» enfatiza que los diferentes tipos de vínculos (hijos, otros familiares, amigos, confidentes...) actúan por distintos mecanismos psicosociales o por los mismos mecanismos pero produciendo efectos diferentes. Para los defensores del modelo rol-específico resulta especialmente relevante conocer o solo el número de miembros de la red sino con cuántos tipos distintos de vínculos cuentan los individuos y qué tipo de apoyo proporciona cada uno.

### *Mecanismos psicosociales*

La tercera "cascada" de variables que se incluye en el modelo de Berkman y Glass está constituida por los mecanismos psicosociales. Entre esos mecanismos se incluye de manera destacada, aunque no exclusiva, el apoyo social, que puede ser instrumental, emocional, informativo (sobre recursos disponibles) o de valoración ("appraisal").

Otros mecanismos psicosociales serían la influencia social y la vinculación social. Por influencia social se entiende los valores y normas explícitos o implícitos que regulan los comportamientos en una comunidad. Vinculación social es un aspecto que no debe confundirse con el de participación organizacional (pertenencia a determinadas asociaciones y grupos o frecuencia de participación) o integración social (un término amplio que equivale al de relaciones sociales); incluye el desarrollo de roles sociales u ocupacionales (por ejemplo el cuidado de los hijos o los ancianos) que proporcionan un sentimiento de valía, de pertenencia a la comunidad y de identidad. Esta vinculación genera además oportunidades para disfrutar de la compañía de otros.

El modelo original no incluye los aspectos de satisfacción con la red social ni sus posibles efectos negativos.

## Relaciones sociales y salud

El esquema de Berkman y Glass recoge como último eslabón las vías comunes finales por las que se producen los efectos sobre la salud. En las vías fisiológicas, en la que juega un importante papel el eje hipofisario-hipotalámico, convergerían en último término las vías psicológicas y los hábitos relacionados con la salud.

En esta convergencia sobre vías comunes que canalizan el efecto de distintas variables que influyen en la salud, incluyendo las relaciones sociales, una línea de trabajo sobre los trastornos crónicos y el envejecimiento proviene de la inmunoneuroendocrinología y del estudio del efecto del estrés en la salud (Seeman et al, 2002; McEwen y Wingfield, 2003 ).

Estos autores han definido los conceptos de alostasis y de carga alostática, muy relacionados con la fragilidad en el anciano. La alostasis es la capacidad del organismo de mantener un equilibrio dinámico a través de cambios producidos por la liberación de distintos mediadores ante situaciones de estrés endógeno o exógeno. Cuando la respuesta a los cambios es continua o excesiva puede llevar a una situación de saturación (carga alostática) que produce un desgaste sistémico debido a una respuesta inmuno-neuro-endocrina mal adaptada.

## Indicadores de relaciones sociales utilizados en estudios poblacionales

No existe un consenso en cuanto a cuál es el instrumento ideal para medir las relaciones sociales. Berkman y Glass clasifican las herramientas de medida disponibles en tres grupos.

En el primero se encuadrarían **los índices generales de lazos sociales e integración**. Estos índices están compuestos por un reducido número de ítems (9 a 18) que se responden rápidamente y recogen información sobre tamaño de la red, frecuencia de contacto y participación social. La facilidad con que se contestan y su capacidad de valorar de forma general las relaciones sociales de los individuos son su ventaja principal. Por el contrario, no proporcionan ninguna información sobre mecanismos psicosociales.

En el segundo grupo se encuentran los instrumentos que miden los **componentes estructurales de la red**. Incluyen información sobre número de miembros de la red, frecuencia de contacto cara a cara, frecuencia de contacto no visual, frecuencia de participación en organizaciones, reciprocidad, distancia física e intimidad. Son instrumentos más complejos que los del grupo anterior pero tampoco ofrecen información sobre los mecanismos psicosociales, que son de naturaleza mucho más subjetiva.

El tercer grupo lo conforman las **medidas de apoyo social**. Existe una gran variedad de instrumentos que se diferencian entre sí en los tipos de apoyo sobre los que preguntan y en si hacen referencia al apoyo percibido o al recibido. En España se ha utilizado en varias encuestas de salud poblacionales el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC desarrollado en EE.UU. Se ha adaptado para su utilización en España, con buenos resultados de validez y fiabilidad (De la Revilla, 1991, Lahuerta, 2004). Tiene 11 ítems, pero presenta los inconvenientes de mezclar entre sus contenidos aspectos de red social y de apoyo emocional, instrumental y valorativo, sin permitir obtener puntuaciones separadas para cada uno de estos componentes, y de no explorar por separado la relación con los distintos vínculos.

## El cuestionario sobre relaciones sociales utilizado en el estudio “Envejecer en Leganés”

En el marco del estudio “Envejecer en Leganés” y partiendo de instrumentos previos que se adaptaron a la situación española (especialmente del McArthur Successful Study of Aging<sup>2</sup>), se ha desarrollado un cuestionario para caracterizar las relaciones sociales (Béland y Zunzunegui, 1995; Otero et al, 2006)

El cuestionario recoge información sobre la estructura de la red social y sobre mecanismos psico-sociales:

En relación a la **estructura de la red social** se pregunta a la persona mayor si forma parte de alguna asociación o club cultural (con carnet de socio) y cuántas veces al mes acudía: a) a la plaza o

2 La descripción detallada de los instrumentos empleados en este estudio pueden encontrarse en Seeman et al. (2001).

lugar céntrico del barrio para hacer compras o pasear; b) al hogar del pensionista o centro de tercera edad; y c) a la parroquia, iglesia o culto. Se preguntaba después cuántos amigos, hijos, hermanos, nietos y sobrinos tenía; a cuántos, de cada uno de estos vínculos, veía al menos una vez al mes, con cuántos de ellos hablaba por teléfono por lo menos una vez al mes y respecto a cada vínculo, a que distancia vivía la persona mas cercana.

Las preguntas sobre **mecanismos psicosociales** se formulaban para los cuatro tipos de vínculos fundamentales: amigos, hijos, familia extendida (hermanos-sobrinos-nietos) y cónyuge.

Cada bloque de preguntas se refería a la frecuencia con que, respecto a los de ese vínculo, la persona mayor: a) se sentía querida y cuidada; b) se sentía escuchada; c) se sentía reprochada; d) desearía poder confiar más en ellos; e) les ayudaba; f) sentía que tenía un papel importante para ellos; g) se sentía útil; y h) se sentía satisfecho con esa relación.

También se pregunta si tenían alguna persona especial con quien compartir confidencias y sentimientos, alguien en quien sintiera que podían confiar (confidente).

A partir de esta información se pueden utilizar variables específicas que se refieren a distintos aspectos de las relaciones sociales o construir distintos índices sintéticos. A modo de ejemplo pueden citarse:

- Índice de vínculos familiares con contacto (*family ties*)
- Índice de actividades comunitarias (*social participation*) (*social integration*).
- Índice de diversidad de la red (*social ties*).
- Índice de apoyo emocional recibido (*social support*).
- Índice de rol del individuo (en la vida de sus vínculos) (*social engagement*).

## La influencia de las relaciones sociales en la prevención de la dependencia

La revisión de la evidencia científica disponible nos permite constatar el efecto protector de de las relaciones sociales en la prevención de la dependencia ligada al envejecimiento (Otero et al, 2006).

Las maneras en que las personas mayores participan de la vida social, ya sea mediante relaciones formales (p.e. participación comunitaria) o informales (mas ligadas a los contactos familiares) depende de cada contexto cultural, siendo diferente en las sociedades con una cohesión social alta que en las sociedades mas individualistas.

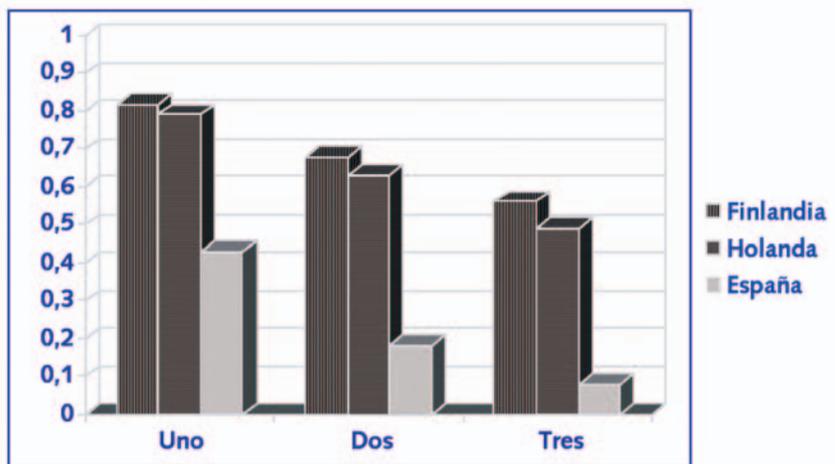
Los estudios realizados sugieren que independientemente de que la vida social de la persona mayor incluya contactos con hijos, nietos o hermanos o esté basada en los amigos o en las organizaciones comunitarias, el contacto frecuente con la gente lleva a una vida activa y con sensación de protagonismo que protege ante la discapacidad.

El estudio longitudinal EPESE ( Established Populations for Epidemiology Studies of the Elderly) realizado en EEUU fue de los primeros en demostrar que las redes sociales protegían de la discapacidad y ayudaban a recuperar la función en las personas mayores (Mendes de León et al, 1999). Mas recientemente, estudios realizados en el norte de Europa describen que la diversidad de contactos y la alta participación social predecían el mantenimiento de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, ABVD, en los mayores (Avlund et al, 2004).

En el marco del proyecto CLESA (Cross Longitudinal European Studies on Aging), un estudio sobre envejecimiento que agrupaba a varios países europeos y que incluía el estudio "Envejecer en Leganés" (Minicucci et al, 2003), se observó que la diversidad de la red social y, especialmente, el índice de participación social, se asocia a un menor número de casos de discapacidad en las ABVD (Zunzunegui et al, 2005; Otero et al, 2006). La naturaleza transversal del estudio no descartaría, en principio, la explicación opuesta, de que sea precisamente una mala capacidad funcional la que lleve a una reducción del tamaño de la red de contactos poco íntimos y a una reducción del tiempo que se pasa fuera de casa y por consiguiente de su participación social.

En ese mismo estudio los resultados sobre la aparición de nuevos casos de discapacidad en ABVD (incidencia) muestran que la existencia de una red familiar tiene un efecto protector en la incidencia de la discapacidad en los tres países en los que se realizó el estudio (Holanda, Finlandia y España) aunque la fuerza de la asociación era diferente. En Leganés el efecto protector era mas llamativo: las personas mayores sin vínculos familiares tenían 12 veces mayor riesgo de desarrollar una discapacidad en las actividades de la vida diaria que las personas con pareja, hijos y otros familiares. En Holanda y Finlandia aquellos sin vínculos familiares tenían casi 2 veces mas incidencia de discapacidad en actividades de la vida diaria que aquellos con los tres tipos de vínculos (Figura 10.3). Estos datos deben de interpretarse a la luz de la importancia que, según muestran los resultados de la cohorte “Envejecer en Leganés”, tiene la vida familiar para los mayores españoles representados en el estudio. Puede ser que las personas que están involucradas en las vidas de otros miembros de la familia tengan mayor probabilidad de mantener su capacidad funcional que los que no lo están.

**Figura 10.3.- Relación entre la incidencia de la discapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria y vínculos familiares en tres países europeos**



Uno, dos y tres se refiere al número de vínculos familiares existentes: pareja, hijos y familia extendida. En el eje de ordenadas se representa la OR de incidencia de discapacidad, tomando como referencia el grupo de personas con ningún vínculo familiar. Fuente: Zunzunegui et al, 2005

Asimismo, las personas con discapacidad para las AVBD que tenían una gran diversidad en su red social tenían también mayor probabilidad de recuperar la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria. Aunque los resultados sugieren que los vínculos pueden conferir el apoyo necesario para generar la fuerza que permita la recuperación, se necesita más investigaciones para comprender los efectos específicos según la naturaleza del vínculo y los mecanismos por los que las redes sociales actúan.

A pesar de las diferencias culturales entre los tres países, las asociaciones observadas entre la diversidad de la red social y la discapacidad son sorprendentemente similares.

## Longevidad y relaciones sociales

En la revisión de los estudios internacionales (Otero et al, 2006) se aprecia el efecto protector de las relaciones sociales sobre la mortalidad. Efecto que se mantiene después de ajustar por variables de estado de salud y discapacidad y que, por la variedad cultural y geográfica de las investigaciones presentadas, parece generalizado en países desarrollados (no se encontraron trabajos referidos a países de baja renta). La persistencia del efecto tras los ajustes despeja la duda de que la asociación entre relaciones sociales y mortalidad pueda ser debida a que los individuos más enfermos, con mayor riesgo de mortalidad, son también los que disfrutan de unas relaciones más limitadas.

Utilizando índices globales de relaciones sociales se comprueba que las razones de riesgo para la mortalidad entre individuos con bajas y altas puntuaciones en los índices de relaciones sociales están, en algunos casos, por encima de 2, una relación mayor aún que las de otros factores de riesgo clásicos como el consumo de tabaco. Todos los trabajos que han buscado la existencia de un gradiente de efectos de los índices en población anciana lo han encontrado (Rodríguez Laso, 2004).

Cuando se estudian aspectos específicos de las relaciones sociales los resultados publicados en la literatura científica ya no son tan espectaculares. Se ha demostrado que la participación en organizaciones y la integración social en el barrio donde se vive tienen un efecto protector sobre la mortalidad. Algunas otras variables aisladas muestran efectos protector en

algunos estudios sin que se hay conseguido demostrar de forma concluyente en otros (estar casado o con pareja; la relación con los hijos; tener amigos, el sentimiento de soledad). Todos estos resultados sugieren que más allá de diferencias metodológicas, puede haber diferencias culturales en la asociación de relaciones sociales con mortalidad.

Los datos del estudio de Leganés muestran como principales hallazgos sobre la longevidad el efecto beneficioso de la diversidad de la red social, los beneficios de las actividades comunitarias, el carácter protector de la disponibilidad de un confidente y los efectos de sentirse importante y útil para las personas allegadas (Otero et al, 2006). Resulta muy llamativo que el apoyo emocional recibido no se demuestre como protector de la mortalidad y sí lo haga el rol que el individuo siente que juega en la vida de sus vínculos. La contraposición entre uno y otro estriba en el papel que el individuo mayor juega en los dos mecanismos: receptor pasivo en el primero, agente activo en el segundo. Parece que es la tarea que el sujeto realiza hacia los otros la que le produce beneficios de salud que se expresan por una mayor longevidad y no el apoyo emocional recibido.

## **La influencia de las relaciones sociales en la salud mental**

Distintos estudios han demostrado que un bajo apoyo social es uno de los factores que se asocia a sintomatología depresiva en las personas mayores (Otero et al, 2006). En el estudio "Envejecer en Leganés", se demuestra una clara relación entre la prevalencia de sintomatología depresiva y el tipo y características de las relaciones sociales. Así, se observa una asociación inversa entre la depresión y la disponibilidad de apoyo emocional recibido por parte del cónyuge, de los hijos y de la familia extendida y con la participación en las actividades comunitarias (centro de tercera edad, iglesia o lugar de culto, reunirse con otros en la plaza del barrio). Sin embargo, no se demostró esta asociación con el hecho de tener amigos ni el apoyo emocional recibido de ellos (Zunzunegui et al, 2001).

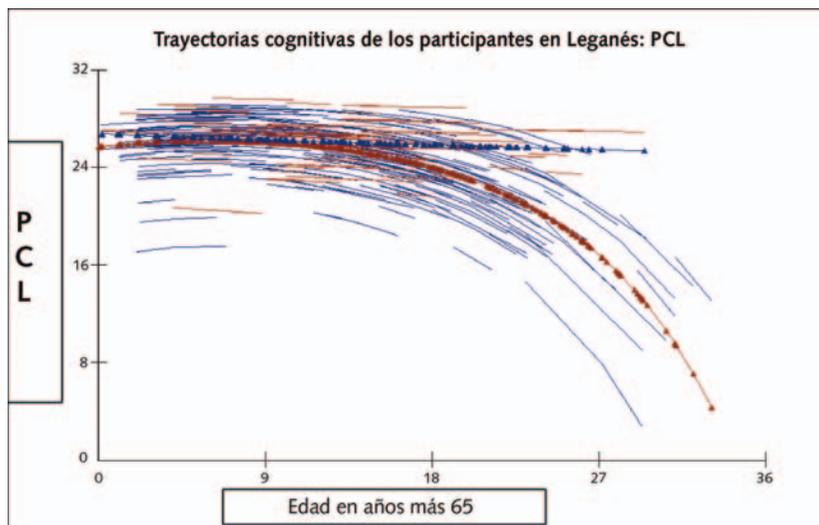
Mientras que los resultados sobre las asociaciones positivas entre la participación en actividades comunitarias coinciden con la bibliografía internacional, los resultados sobre la importancia de los hijos en la salud mental de los padres mayores contrastan con los resultados de la bibliografía

Europea y norteamericana, donde el apoyo de los hijos no está asociado a la salud mental de los padres o, incluso, puede llegar a ser negativa puesto que puede asociarse a una relación de dependencia fuertemente rechazada en sociedades que valoran primordialmente la autonomía individual. En el citado estudio de Leganés, se comprobó que las personas mayores que recibían apoyo emocional de sus hijos tenían menos síntomas de depresión que los que no disfrutaban de este apoyo.

La escasa importancia de los amigos sobre los síntomas depresivos de los mayores de Leganés no ha sido confirmada en un reciente estudio realizado en Barcelona sobre la asociación de las redes sociales con la salud mental (Lahuerta et al, 2004). En ese estudio, el malestar psicológico está asociado con las escasas relaciones con los amigos pero solo entre los mayores de 75 años mientras que el malestar psicológico no está asociado con la frecuencia de contacto con los familiares. Esta diferencia de resultados puede explicarse por el elevado porcentaje de población mayor que vive sola en Barcelona (10% de los hombres y 34% de las mujeres), casi el doble que en Leganés (6% en hombres y 19% en mujeres) y quizás una menor frecuencia de contactos con los hijos, que ya no se distinguen en este estudio de otro tipo de familia extendida. Podríamos atrevernos a suponer que la situación de Barcelona refleja un punto intermedio entre lo que ocurre en las zonas rurales de España y lo que quizás empieza a ocurrir en los grandes centros urbanos, donde hay menor contacto intergeneracional y menor dependencia intrafamiliar.

En lo que se refiere a la influencia de las relaciones sociales en la función cognitiva de las personas mayores, la revisión de trabajos realizados en los últimos años también sugieren el efecto protector de las relaciones sociales en este aspecto (Otero et al, 2006).

Figura 10.4.- Evolución de la función cognitiva con la edad y según la integración social



PCL: Prueba Cognitiva de Leganés

Fuente: (Béland et al, 2005)

Los resultados del estudio "Envejecer en Leganés" apoyan el factor protector de las relaciones sociales en el deterioro cognitivo y en concreto la participación en actividades comunitarias (ir a la iglesia, ir al centro de tercera edad, pertenecer a una organización), la frecuencia de contacto con la familia extendida y el compromiso con las amigas (solo en mujeres) (Zunzunegui et al, 2003).

Como se observa en la Figura 10.4, las personas mayores que mantienen un alto nivel de participación social a través de las actividades que realizan en su comunidad no experimentaron un deterioro cognitivo apreciable con la edad, mientras aquellas personas que no participan en la vida comunitaria si se deterioraron, especialmente a partir de los 80 años. (Béland et al, 2005).

## Las relaciones sociales y la salud mental de los cuidadores de las personas mayores dependientes

La ayuda del entorno familiar a los ancianos españoles es muy alta, a pesar del poco apoyo recibido del Estado. Existe una elevada proporción de necesidades de ayuda no cubiertas y estas necesidades se concentran precisamente en los mayores con las discapacidades más graves y con escasos recursos económicos y sociales (Otero et al, 2003).

La ayuda familiar proviene de pocas fuentes; esencialmente, de la esposa y de la hija y de aquellos que comparten el domicilio (Béland y Zunzunegui, 1996). Esta observación es particularmente cierta en el caso de las actividades de higiene corporal que suponen las tareas más pesadas. Ni las otras personas cercanas, ni las agencias del Estado, ni las empresas privadas, tienen auténtico peso.

Casi la mitad (45%) de las personas que cuidan a un esposo o esposa y el 26% de las que cuidan a un padre presentan alta sintomatología depresiva. Los síntomas depresivos aumentan con la edad del cuidador, son mayores entre los cuidadores de bajos ingresos y en aquellos que padecen varias enfermedades crónicas o se encuentran discapacitados.

Quizás el hallazgo más interesante del estudio longitudinal de estos cuidadores de Leganés (Llacer et al, 2002; Zunzunegui et al, 2002) sea que su bienestar mental está fuertemente asociado al hecho de recibir apoyo emocional de su familia. Aun así, el efecto del apoyo de la familia se reduce con el tiempo cuando la carga de cuidados es muy intensa. Los cuidadores están a su vez enfermos y discapacitados, siendo a veces difícil distinguir quien cuida a quién, especialmente en parejas de personas donde ambos son dependientes.

### Referencias bibliográficas

Avlund et al. (2004): "The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline.", *Journals of Gerontology: Series B. Psychological Sciences Social Sciences*, 59, págs 44-51

Béland F, Zunzunegui MV (1995) "Presentación del estudio "Envejecer en Leganés". *Revista de Gerontología*. (Suppl), no. 5, págs 207-214.

Béland F, Zunzunegui MV (1996): "The elderly in Spain. The dominance of family and the withdrawn of the State". En Eds: H Litwin. *The social networks of older people*, Nueva York, Praeger Publishers.

Béland F et al. (2005): "Trajectories in cognitive decline" *Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 60B, pages 320-330

Berkman LF, Glass T. (2000): "Social integration, social networks, social support and health". En Eds: Berkman y Kawachi *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press. pages 137-173.

De la Revilla L et al. (1991) "Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia". *Atención Primaria*, 8, pages 688-692

Lahuerta C et al.(2004) "La influencia de la red social en la salud mental de las personas mayores". *Gaceta Sanitaria*, 18, pages 83-91

Llacer A et al.(2002) "Correlates of wellbeing of spousal and children carers of disabled people over 65 in Spain" *European Journal of Public Health* 12, pages 3-9.

McEwen B.S, Wingfield J.C.(2003). "The concept of allostasis in biology and biomedicine" *Hormones and Behavior*, 43, pages 2-15

Mendez de Leon CF et al (1999). "Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE". *Journals of Gerontology. Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 54, S162-172.

Minicucci et al. (2003) "Cross-national determinants of quality of life from six longitudinal studies on aging: "the CLESA project", *Aging Clinical Experimental Research*,15, págs 187-202.

Otero A et al. (2006). "Relaciones Sociales y envejecimiento saludable". Documento de Trabajo nº 9. Fundación FBBVA. Madrid.

Oxman TE, Berkman LF (1990) "Assessment of social relationships in elderly patients" *International Journal Psychiatry Medicine*, 20, pages 65-84

Rodríguez Laso A. El efecto de las relaciones sociales sobre la mortalidad en las personas mayores: El Estudio Envejecer en Leganés, Universidad Autónoma de Madrid. Tesis doctoral. 2004

Seeman T et al (2001) "Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging" *Health Psychology*, 20, pages 243-255

Seeman T et al (2002) "Social relationships, gender and allostatic load across two age cohorts" *Psychosomatic Medicine*, 64, pages 395-406

Verbrugge LM, Jette AM (1994): "The disablement process", *Social Science and Medicine*, 38, págs 1-14.

Zunzunegui MV et al. (2005) "Social ties and disability: Cross cultural comparisons in European elderly populations" *European Journal of Aging*, 2, págs 40-47.

Zunzunegui MV, Llacer A, Béland F (2002): "The role of social and psychological resources in the evolution of depression in caregivers". *Revue canadienne du vieillissement*, 21, pages 357-370.

Zunzunegui MV, Béland F, Llacer A. (1998) "Gender differences in depressive symptomatology among spanish elderly" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, pages 195-205.

Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. (2001): "Support from children, living arrangements, self rated health and depression of the elderly in Spain". *International Journal Epidemiology*, 30, pages 1090-1099.

## **11. Domésticas cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes en el sector privado de asistencia de personas mayores**

*“Aquí solo me salieron trabajos para cuidar a personas mayores. La gente de mi ciudad que está aquí trabajan externas o cuidando niños o ancianos, no hay más” (Cuidadora ecuatoriana en A Coruña, 2003).*

### **Introducción**

La relación entre inmigración y envejecimiento ha sido analizada clásicamente en términos de contribución demográfica del colectivo foráneo y el mantenimiento mediante sus cotizaciones del nivel actual de pensiones (OCDE, 2004; ONU, 2001). Sin embargo, nuevas aportaciones académicas han estudiado recientemente el vínculo existente entre ambos fenómenos desde otro ámbito. El nexo entre inmigración, envejecimiento y dependencia comienza a ser analizado desde una perspectiva asistencial que recoge las aportaciones de las mujeres inmigrantes a los estados de bienestar (principalmente del Sur de Europa) mediante su inclusión en los hogares privados como cuidadoras de personas mayores. En España, la investigación que trata con mayor profundidad esta materia ha sido la publicada por el IMSERSO en el año 2005 que tiene por título “Cuidado a la Dependencia e Inmigración”. El presente capítulo continúa este camino todavía poco explorado en nuestro país en el estudio de mujeres inmigrantes cuidadoras de ancianos en el seno del tradicional servicio doméstico.

La tendencia hacia la extranjerización del servicio doméstico ya comenzó en la década de los años noventa, cuando España se convirtió en un país de inmigración (Oso, 1998). No obstante en los últimos años y a raíz de las sucesivas regularizaciones extraordinarias este proceso se ha acentuado. Según los últimos datos de afiliación a la Seguridad Social ofrecidos por el Ministerio de Trabajo (junio 2006), el 67,3% de las personas incluidas en el Régimen Especial de Servicio Doméstico son extranjeras. Paralelamente a la configuración de este sector como un nicho laboral para las personas inmigrantes (principalmente mujeres) se han consolidado algunas modificaciones en las actividades a desempeñar en el interior del mismo. Si bien el servicio doméstico tradicional se centraba en la limpieza de la casa y, en cierta medida, en el cuidado de niños, últimamente se ha experimentado un cambio hacia la necesidad de contratar a cuidadoras de personas mayores.

El progresivo envejecimiento de la población, la ausencia de una red pública de cuidados, la incorporación de la mujer nativa al trabajo remunerado y la internacionalización del mercado laboral ya han sido identificados en otros artículos (Martínez Buján, 2005) como factores clave que han propiciado el desencadenamiento del cuidado de personas dependientes como un yacimiento de empleo para las mujeres inmigrantes dentro del marco del actual servicio doméstico. En las siguientes páginas se analizan los beneficios para las familias españolas de la contratación de mujeres inmigrantes como cuidadoras dentro de la figura de empleadas de hogar. Para ello, se estructura la redacción en tres apartados. El primero compara la mercantilización de la asistencia desempeñada por domésticas y la efectuada por empresas privadas dedicadas a los servicios de atención personal, definiendo las ventajas e inconvenientes de ambas modalidades. En segundo lugar, se recogen cuáles son las características sociodemográficas del colectivo foráneo femenino que trabaja en el cuidado de mayores y, por último, se realiza una breve reflexión sobre la incidencia de la incorporación laboral de la mujer nativa en la mercantilización del sector de trabajo destinado a la atención personal.

La metodología utilizada es fundamentalmente cualitativa y forma parte de la elaborada para la redacción de mi tesis doctoral "Envejecimiento e inmigración: el cuidado de ancianos como un nuevo yacimiento de empleo para inmigrantes". El trabajo de campo efectuado está basado en entrevistas en profundidad dirigidas a tres colectivos: mujeres inmigrantes cuidadoras de ancianos (30 entrevistas), familias empleadoras (20

entrevistas) y técnicos de asociaciones, ONG's y otras instituciones con una bolsa de empleo para el trabajo de cuidados ofertado a extranjeros (20 entrevistas). El espacio geográfico de la investigación se circunscribe a las ciudades de A Coruña y Pamplona, aunque también se han realizado algunos contactos en Madrid y Barcelona.

## **La externalización de la asistencia: ¿por qué domésticas inmigrantes como cuidadoras de nuestros mayores?**

Las familias que deciden contratar en el mercado los servicios de una persona que se ocupe de la asistencia de las personas dependientes cuentan con diversas fórmulas que configuran la oferta de la externalización de los cuidados. Desde las residencias gerontológicas a las empresas de Servicio de Ayuda a Domicilio hasta la búsqueda de apoyo en el tradicional servicio doméstico ocupado actualmente por un número importante de mujeres inmigrantes. Ésta última opción es la principal vía de privatización del "trabajo de cuidado". Según los datos de la encuesta realizada por el IMSERSO (2004a) titulada "Apoyo informal a Mayores" tan sólo un 0,4% de las familias cuidadoras han mercantilizado el servicio asistencial a empresas privadas mientras que el 7,0% han contratado a un/a trabajador/a de hogar para cumplir esta función. La proporción de familias que desempeñan la asistencia sin ningún tipo de ayuda externa sigue siendo muy amplia llegando al 85%. No puede obviarse que la principal carga de cuidados es efectuada por los miembros familiares. Sin embargo, los datos indican que en el momento en que la familia recurre de manera privada a algún tipo de recurso asistencial externo al hogar, ésta aboga principalmente por la contratación de mujeres inmigrantes como empleadas de hogar. Y, aunque todavía pueden considerarse "pocas" las familias que utilizan este medio para la administración de cuidados, cabe destacar que entre las personas inmigrantes se ha configurado ya este trabajo como un nicho de empleo. De hecho, las entrevistas realizadas a responsables de organizaciones no gubernamentales que tienen bolsas de trabajo para personas extranjeras dentro del servicio doméstico, aseguran esta tendencia en la contratación, además de resaltar que cerca del 90% de las mujeres que llegan a España empiezan trabajando en el servicio doméstico como internas dentro del cuidado de personas mayores.

Las empleadas de hogar como cuidadoras ofrecen ciertas ventajas en comparación con las empresas que se dedican a las tareas de cuidados personales. Las características laborales del servicio doméstico permiten una mayor flexibilización de horarios, una adecuación entre el tiempo de atención y el desarrollo de las tareas domésticas y la presencia, mediante la modalidad de “interna”, de una cuidadora permanente que esté pendiente de las necesidades del mayor durante 24 horas diarias. La provisión de cuidados por empresas privadas tiene un coste económico tan elevado que pocos presupuestos familiares pueden soportar. Además, la frecuencia y el tiempo de cuidados que ofrecen no llegan para cubrir las necesidades de la población dependiente. Según las entrevistas realizadas en A Coruña, en esta ciudad, una trabajadora familiar inserta en el Servicio de Asistencia a Domicilio municipal posee un salario medio de 600 euros (con vacaciones, pagas extras y derecho a antigüedad) trabajando 40 horas a la semana. Ese mismo sueldo es el que gana de promedio una mujer inmigrante cuidadora como empleada doméstica en régimen de interna con tan sólo un día y medio libre a la semana. El tiempo medio de atención diario suministrado por las familias es de once horas y la duración del cuidado tiene una media de seis años. Teniendo en cuenta estas cifras, es lógico pensar que la familia necesita una cuidadora que dispense una asistencia continuada incluso durante la noche. Las familias empleadoras requieren una persona que realice tareas que van más allá de la atención personal al mayor, desde un “trabajo físico” como es la limpieza del hogar a un “trabajo emocional” que supone la presencia continua de una persona que ofrezca con su compañía bienestar y cariño.

La tesis doctoral de Sonia Parella Rubio (2003) en donde realiza un análisis de las empresas de proximidad que se dedican a prestar servicios de atención personal y domésticos (dirigidos a personas dependientes) representa una útil fuente de datos a partir de la cual se pueden comparar las experiencias empresariales y las de empleadas de hogar en torno a este ámbito. La autora refleja como las familias que han decidido contratar el trabajo de cuidados a través del mercado formal privado lo han hecho como una segunda opción frente a vivencias negativas anteriores con una empleada doméstica. Otro de los motivos aducidos es la ausencia de una red de “contactos personales” que permita contratar a una persona “de confianza” en el hogar. Además, en estos casos, “el cliente o usuario contrata un servicio y no una persona (es la empresa y no el particular quien posee la condición jurídica de empleador)” siendo ésta

otra de las ventajas "por cuanto ello ofrece al cliente la garantía de que siempre va a contar con alguien que cubra el servicio, con independencia de las circunstancias personales de la trabajadora" (Parella, 2003: 313).

Aún así, la mayoría de las familias que deciden externalizar el trabajo de cuidados lo hacen principalmente hacia empleadas domésticas, inmigrantes en su mayoría si hablamos de la modalidad de interna, debido a las elevadas ventajas económicas, al mayor tiempo de atención dispensado, y a que el tipo de cuidados que estas personas ofrecen no se limitan únicamente a los cuidados personales sino que también engloban actividades relacionadas con el mantenimiento doméstico. Las mayores relaciones de dominación y explotación que pueden realizarse dentro del dominio privado también pueden ser observadas como ventajas (Ungerson, 99). Por otro lado, la garantía que ofrece el ámbito empresarial en la realización de un seguimiento y evaluación de la trabajadora, no está ausente en el caso de la contratación individual de una empleada de hogar, principalmente, si ésta se ha realizado por medio de una asociación. Aquellas instituciones con bolsa de empleo para cuidadoras actúan como verdaderos agentes responsables de la relación contractual (aunque no exista un contrato legal) tanto hacia la empleada como hacia la familia empleadora intentando ejercer de mediadores en caso de conflicto o descontento por alguna de las partes.

"Yo las cogía (*se refiere a las cuidadoras*) a través de agencia y ellas se dedican al cuidado de personas mayores y entonces: "No se preocupe porque nunca le va a faltar una persona". Al principio por eso decidí hacerlo por agencia. El salario pues se notaba, es más gravoso, pero era parecido el salario porque era el mismo, lo que pasaba que una me cubría siete horas y la otra todo el día. Y yo por el salario siempre me he regido por las normas de la asociación que eran las mismas para el empleo doméstico en España" (Mujer empleadora de una cuidadora inmigrante. Pamplona, 2004).

"Una persona de aquí que te haga ese trabajo no hay nadie. Sé que hay algunas empresas que hacen unos turnos de mañana, tarde y noche pero eso es carísimo. Estábamos hablando de 400.000 ó 500.000 pesetas todos los meses. Y no hay quien mantenga eso. Y entonces a partir de eso con lo que había ya en ese momento ya se planteó coger a una persona de fuera" (Mujer empleadora de una cuidadora inmigrante. Pamplona, 2004).

"Es que las de aquí (*la entrevistada se refiere a las mujeres españolas*) cobran carísimo. Nosotros pagamos a esta chica, 95.000. Está mantenida y asegurada. Y aquí te dicen, 100.000 de día y 125.000 de noche. O sea, que te salen carísimas". (Mujer empleadora de una cuidadora inmigrante. A Coruña, 2003).

Estos beneficios en la contratación de empleadas de hogar para el trabajo de cuidado son observados por algunos gerentes, siguiendo el trabajo de Parella, como “competencia desleal” por los bajos precios que pueden llegar a ofrecer las familias empleadoras. La creciente internacionalización del trabajo ha generado un ejército de reserva formado por mujeres inmigrantes que son capaces de aceptar condiciones laborales que rozan el “servilismo”. Por eso, finalmente, las empresas se ven en la obligación de aplicar criterios selectivos con respecto a su clientela: se dirigen a personas de alto poder adquisitivo que necesitan pocas horas diarias de servicio (sobre una o dos horas al día). El estudio del IMSERSO (2004b) sobre “Empleados de Hogar. Apoyo a mayores” estima que el 40% de las cuidadoras de mayores contratadas por los hogares son extranjeras y esta cifra se eleva a 81,3% en el caso de las “internas”. Esta misma encuesta refleja como las mujeres extranjeras se ocupan en las modalidades de trabajo en las que apenas existe población autóctona por lo que la competencia laboral de este sector entre nativas/extranjeras es mínima. Las mujeres foráneas se encuentran en los empleos de cuidado que requieren jornadas laborales más extenuantes y las españolas están ubicadas en los trabajos asistenciales de menor intensidad y más profesionalizados. Si alrededor del 80% de las trabajadoras internas son extranjeras esa misma cifra aparece para las cuidadoras autóctonas por horas (IMSERSO, 2004b).

“El trabajo demandado por las españolas es diferente al ofertado y demandado por personas inmigrantes. Las españolas se emplean como externas y temporales con la finalidad de obtener una ayuda para la economía familiar. Es un trabajo mucho más específico. Quieren trabajar dos o tres horas a la semana”. (Responsable bolsa de trabajo para inmigrantes de la Congregación María Inmaculada de Pamplona, 2004).

De hecho, la contratación de una inmigrante únicamente se ha realizado en el momento en que no se ha encontrado a una persona nativa que quisiese desempeñar este trabajo. Es decir, el trabajo de cuidados para inmigrantes comienza cuando surge el hueco laboral autóctono en el interior de esta actividad.

## **El perfil de la cuidadora doméstica inmigrante**

Al ser la mayoría de las ofertas de trabajo de cuidados dentro de la modalidad de “interna”, las circunstancias vitales de las mujeres inmigrantes recién llegadas indocumentadas son las que mejor se acoplan a este

empleo. La regulación jurídica y el reagrupamiento familiar condicionarán la salida de la cuidadora del régimen de interna y su establecimiento en las modalidades de atención que se ubican en la fórmula de “externa” (desde por horas a jornada completa). Ello significa que el cuidado de ancianos se convierte en un nicho laboral para aquellas mujeres procedentes de nacionalidades menos asentadas en el país. En el momento de realizar el trabajo de campo (período 2002-2004) destacaban en Navarra la presencia de ecuatorianas y bolivianas; en A Coruña estaba empezando a surgir la figura de la cuidadora brasileña. A medida que se modifica la composición de los flujos migratorios, cambian las nacionalidades de las cuidadoras de ancianos.

La predilección de las familias empleadoras también determinan la nacionalidad de las personas que se ocupan en este empleo. Existe una predilección hacia las “sirvientas” procedentes de Latinoamérica. El idioma ha sido siempre la variable fundamental para explicar esa preferencia junto con la cercanía cultural de las personas procedentes de esta región. La igualdad de lenguaje y religión se han convertido en dimensiones que efectúan una discriminación positiva (a la hora de encontrar trabajos en el servicio doméstico) para las latinoamericanas. A ello hay que añadir que diversos trabajos de campo (no únicamente el efectuado por la autora) han puesto al descubierto la existencia de una asociación entre mujeres latinas y ciertas características de personalidad tales como “paciencia” y “cariño” que entroncan perfectamente con el cuidado de personas mayores (Colectivo IOÉ, 2005).

“Bueno, pues pedimos mediana edad, que hablase castellano, o sea queríamos sudamericanas más que nada por el castellano, que no fuese muy negra porque mi padre a los negros les tenía fobia... Entonces dijimos: “Bueno, pues una que fuese más clarita”. De piel normal, que no fuese blanca de todo, de piel normal”. (Mujer empleadora de una cuidadora inmigrante. Pamplona, 2004).

“No, es que en aquel entonces, sí que es verdad que se nos comentó de poner a alguna persona de Rumanía que no conocía bien el idioma. Entonces no, yo lo siento mucho, pero mi padre necesitaba a alguien que por las noches le hablase. Y no alguien a quien le tuviese que enseñar. De ahí que contratamos a una sudamericana” (Mujer empleadora de una cuidadora inmigrante. A Coruña, 2003).

Una mera aproximación cuantitativa al fenómeno confirma alguna de las características básicas que determinan las probabilidades de ser cuidadora de mayores (estas peculiaridades podrían ser extrapolables a la modalidad de interna dentro del servicio doméstico en general) que han salido en el

análisis cualitativo. Ser mujer (1), latinoamericana (2), estar en situación irregular (3) y no haber cumplido ninguna fase de reagrupación familiar (4) son los componentes principales que propician la inserción en el mercado laboral de cuidados en régimen de interna.

La preferencia de nacionalidades concretas por las familias empleadoras y el componente de irregularidad son determinantes para empezar a trabajar en el mercado de atención a mayores. En la tabla 12.1 se ofrecen los datos referentes a mujeres empadronadas (a 1/1/2005) en edad activa (16-64 años) y mujeres en Alta Laboral a la Seguridad Social (31/12/2004) según principales nacionalidades. Poniendo en relación ambas cifras puede obtenerse el porcentaje de mujeres inmigrantes que estando en edad laboral aparecen insertas en el mercado de trabajo formal. La tercera columna de la tabla 11.1 ofrece una aproximación a las tasas de ocupación de la inmigración femenina en el país. Prácticamente el 79% de las mujeres en edad laboral empadronadas en España no están dadas de Alta a la Seguridad Social, o al contrario, tan sólo un quinto participan de una actividad remunerada formal.

**Tabla 11.1 Mujeres empadronadas en edad activa y en alta laboral a la Seguridad Social según principales nacionalidades, 31/12/2004**

	Mujeres Empadronadas (15-64 años) (1/1/2005) (A)	Mujeres Alta Laboral Seguridad Social (16-64 años) (31/12/2004) (B)	Tasas de ocupación mujeres (C=B/A)	Estimación mujeres economía sumergida (100-C)
<b>TOTAL</b>	1.392.153	294.054	21,1	78,9
Ecuador	205.398	68.910	33,5	66,5
Colombia	130.504	42.688	32,7	67,3
Rumanía	124.607	20.243	16,2	83,8
Marruecos	123.910	28.728	23,2	76,8
Argentina	58.369	12.385	21,2	78,8
Bolivia	47.380	3.723	7,9	92,1
Perú	39.678	23.876	60,2	39,8
Bulgaria	35.153	7.244	20,6	79,4

Fuente: Elaboración propia. INE, Padrón Municipal de Habitantes, 1/1/2005 y MTAS, Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales, 2004.

Siguiendo estas cifras la participación laboral femenina extranjera es escasa. Dos posibilidades pueden explicar este fenómeno: o bien la mayor parte del colectivo femenino empadronado ha emigrado como “miembro dependiente” en situación de inactividad laboral, o bien, existe una parte importante de mujeres extranjeras en España que trabajan como indocumentadas en el interior de la economía informal. Observando los datos del Proceso de Normalización del 2005, la última opción parece ser la más razonable. Aproximadamente el 32% de las solicitudes fueron presentadas para la actividad “Hogar”, ocupación en donde se encuentran los niveles más elevados de irregularidad<sup>1</sup>. Además, tal y como señalan diversos estudios ya clásicos en el campo de las migraciones a España la inmigración latinoamericana está asociada a inmigración femenina, con la particularidad de que son las mujeres las que encabezan el proyecto migratorio convirtiéndose en jefas de hogar. Ellas son las que comienzan la migración (aunque el proyecto migratorio sea una decisión familiar) generalmente a través de una serie de redes de apoyo generadas en el país de recepción (Oso, 1998). Ello hace pensar que si las mujeres latinoamericanas que llegan a España lo hacen como protagonistas individuales de un proyecto migratorio, van a buscar un trabajo remunerado. Si las posibilidades del mercado formal son escasas, en parte, debido a su inestabilidad jurídica, entonces participarán de la economía sumergida, cuya representación mayoritaria para las mujeres es el servicio doméstico.

Sin embargo, no tener “papeles” no es una condición que por sí misma determine la inserción en el mercado de cuidados. Los técnicos de las asociaciones entrevistadas con una bolsa de empleo para mujeres inmigrantes cuidadoras coinciden en afirmar que la mayor parte de las mujeres que se insertan en este mercado son latinoamericanas, lo cual, concuerda con las preferencias señaladas para las familias empleadoras. Si bien asociamos irregularidad con inserción en economía sumergida, ello no significa que a nivel más elevado de irregularidad mayor participación en el sector de cuidados. Así, el porcentaje de mujeres irregulares en edad activa es más alto para Marruecos (76,8%) que para Ecuador (66,5%) y sin embargo esa situación no se traduce en un mayor porcentaje de mujeres marroquíes cuidadoras, ya que las ecuatorianas son preferidas para ocupar este empleo. La irregularidad determina la inserción en el trabajo de cuidados, pero la nacionalidad, también juega un papel

1 Según los datos del MTAS (a 7 de Mayo de 2005) el resto de solicitudes presentadas se repartían en un 21% para la construcción, un 15% en la agricultura y un 10% para la hostelería. La ocupación dentro del servicio doméstico era la principal fuente de solicitudes presentadas.

selectivo. Mientras que la primera situación es un efecto de la política migratoria<sup>2</sup>, la segunda, es ejercida a través de las familias contratadoras, es decir, es la propia oferta de trabajo la que circunscribe a las mujeres latinoamericanas a desempeñar esta actividad.

La citada encuesta realizada por el IMSERSO en el año 2004 a 200 empleadas de hogar que trabajan en el cuidado de personas mayores señala que el 85% de las cuidadoras extranjeras procedían de Latinoamérica. Entre ellas, la nacionalidad mayoritaria es la ecuatoriana agrupando al 37,5% de los casos. Los resultados del trabajo de campo efectuado en A Coruña y Pamplona confirman estas cifras, existiendo en las bolsas de trabajo de las asociaciones visitadas una primacía de mujeres latinoamericanas cuidadoras. La existencia de determinados estereotipos raciales hacia diversas nacionalidades no es un fenómeno novedoso. Incluso, en el ámbito referente al servicio doméstico y de cuidados diversas investigaciones (VVAA, 2004) demuestran como a pesar de la asociación de ciertas cualidades según el origen de la trabajadora, estas percepciones se van olvidando cuando se observan los beneficios de contratar a extranjeras. Así, las exigencias de las empleadoras hacia determinados rasgos étnicos como la procedencia, el color de la piel o el idioma se van diluyendo a medida que escasean las personas con las características que ellas demandan. La preferencia de mujeres latinoamericanas frente a las originarias de Europa del Este a causa del idioma puede pasarse por alto cuando no se encuentran personas que cubran estas expectativas y cuando se observan las mismas ventajas económicas y laborales en mujeres de otros países en teoría "culturalmente más diferentes".

Observando la formación de cada una de las cuidadoras inmigrantes entrevistadas se saca la conclusión de que muchas de ellas poseían estudios al menos secundarios (de treinta inmigrantes cuidadoras entrevistadas, quince de ellas tenían estudios secundarios) y aunque en sus países trabajaban en el sector servicios la experiencia previa en el trabajo de asistencia es más bien escasa (tan sólo dos de las mujeres entrevistadas se habían ocupado

2 La inmigración marroquí a diferencia de la latinoamericana está encabezada por varones que cuando se asientan en el país actúan como agentes de reagrupación de sus familiares femeninas. En este caso, las mujeres marroquíes no pueden trabajar en la economía formal tras cinco años de estancia legal en el país, lo que limita sus posibilidades de obtener un permiso de trabajo. Si a eso unimos la preferencia de las familias empleadoras hacia mujeres latinoamericanas (y también últimamente de Europa del Este) para trabajar en el servicio doméstico y, especialmente, en el cuidado de personas mayores, (principales actividades laborales sumergidas) las dificultades de las personas marroquíes para insertarse en el mercado laboral informal también son más reducidas.

en su lugar de origen en el sector de asistencia). El cuidado de ancianos y de niños se configuran como modalidades de empleo en el país receptor en el que tienen que insertarse si quieren empezar a trabajar cuánto antes. El sector de cuidados es el inicio de la actividad laboral en España, aunque más adelante, cuando tengan sus papeles en regla, o cuando reagrupen a su familia, intenten algún tipo de movilidad hacia otros empleos.

Ello demuestra que el servicio doméstico y de cuidados es un trabajo en el que actualmente se insertan personas procedentes de países terceros con un cierto nivel de formación y que incluso pueden formar parte de las clases medias de sus países originarios. Esta situación ya descrita por Sarti (2005) queda verificada en el trabajo de campo realizado. Las mujeres entrevistadas tenían trabajo antes de emprender la migración. Empleo que además se adecuaba en mayor medida a sus perspectivas profesionales que el que han encontrado en España. Puede darse la situación, por tanto, de que la migración provoque una caída en el status social. La inserción en el trabajo de cuidados es un claro ejemplo. No obstante, se incrementa el status financiero por lo que la retribución económica compensa esta movilidad descendiente. Es lo que Parreñas (2001: 150-198) denomina como “contradictory class mobility”. La mayor parte de las entrevistadas encontraron el empleo al poco tiempo de llegar al país por lo que la necesidad de ganar dinero rápido acentúa la inserción en los trabajos asistenciales resumiéndose la resignación en la idea de que “es el trabajo que hay para nosotras”. De media, se tarda un mes y medio en encontrar el primer empleo en esta ocupación. Este período de búsqueda se incrementa entre las mujeres más jóvenes. La edad se impone también como un criterio selectivo junto con la nacionalidad. Así ha sido el caso de dos entrevistadas que con 18 y 21 años respectivamente tardaron cerca de tres meses en encontrar un empleo como cuidadoras en régimen de interna a pesar de la elevada demanda existente dentro de esta modalidad.

## La complementariedad del trabajo de las mujeres inmigrantes a la inserción laboral de las mujeres nativas

La incorporación de la mujer al mercado laboral y la escasa igualdad entre sexos en el reparto de las tareas desempeñadas en el interior de los hogares permite pronosticar un aumento seguro en la demanda de domésticas

cuidadoras. Según los datos del Consejo Económico y Social (CES, 2003) a pesar de que el número de mujeres ocupadas en la última década se ha ido incrementando, el porcentaje de mujeres con doble jornada laboral no ha descendido, sino que se ha mantenido constante. Si en el año 1993 el 63,3% de las mujeres ocupadas realizan también las labores del hogar, en el año 2003 esa cifra se sitúa en el 61,1% por lo que la mayor parte de la responsabilidad doméstica y del cuidado de personas dependientes recae sobre la mujer. La tasa de actividad de las mujeres nativas fue para el segundo trimestre del año 2005 según datos de la EPA (Encuesta de Población Activa) de un 37,8%, cifra que ha ido en aumento en la última década (tal y como se muestra en la tabla 11.2) aunque la tendencia al alza ya había comenzado en la segunda mitad de la década de los 80.

**Tabla 11.2 Tasas de actividad, empleo y paro de las mujeres españolas, 1996-2004**

	Tasa actividad (Activos/Pob.mitad año)	Tasa empleo (Ocupados/Po.mitad año)	Tasa paro (Parados/Activos)
1996	31,0	21,8	29,7
2001	33,0	28,0	15,0
2004	36,4	30,9	15,1
2005	36,9	32,5	12,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta de Población Activa. Las cifras están a segundo cuatrimestre de cada uno de los años.

La reducción de las tasas de paro femeninas hasta situarse en un 12% en el año 2005 son un indicador de la incorporación al mercado laboral de este colectivo y su permanencia en el mismo a pesar de la distancia existente con respecto al resto de países de la Unión Europea (la tasa de paro femenina en la Europa de los 15 tiene una media de un 9,0 según la European Labour Force Survey de 2005).

El análisis cualitativo de las entrevistas efectuadas a familias empleadoras confirman la hipótesis ya aducida en anteriores investigaciones (VVAA, 2004) de que la incorporación laboral femenina es uno de los factores clave que explica la contratación de empleadas de hogar como cuidadoras. En España la existencia de una notable disparidad regional con respecto a la inserción de la mujer nativa al mercado de trabajo es un elemento que corrobora dicha situación. Galicia y Navarra, ámbitos en los que se ha realizado el trabajo de campo, son ejemplos geográficos que muestran

esta diversidad. A pesar de tener similares proporciones de mujeres nativas activas (sobre el 38%), la tasa de paro para este colectivo en Navarra se sitúa en el 7,1% y en Galicia duplica esta cifra alcanzando un 14,6%.

En ambas comunidades estas cifras de desempleo coinciden con una diferente extranjerización del mercado laboral del servicio doméstico. Siguiendo los datos del Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales, en Galicia en el año 2004, el 24,9% de las personas afiliadas en Alta Laboral al Régimen Especial de Empleados de Hogar son extranjeros. Esta cifra se eleva a un 45,8% en el caso de Navarra. Prácticamente el doble. No pueden hacerse correlaciones estadísticas que muestren la asociación del grado de extranjerización del servicio doméstico y la incorporación de la mujer autóctona al mercado laboral. Sin embargo, no puede negarse que el hueco que ha dejado la mujer en el hogar está siendo cubierto en la actualidad por personas contratadas ajenas al núcleo familiar, sobre todo, para la prestación de asistencia a personas mayores<sup>3</sup>.

Las familias nativas<sup>4</sup> entrevistadas aseguran que la decisión de emplear una cuidadora doméstica está relacionada con la incapacidad de la mujer que lleva el peso del mantenimiento del hogar de asumir el trabajo asistencial. Principalmente, su ausencia en el cuidado está motivada porque posee un empleo remunerado. El agravamiento de la dependencia a edades avanzadas y la imposibilidad de hacer frente a la asistencia por motivos laborales son las razones primordiales señaladas por las familias empleadoras para efectuar la contratación de una cuidadora. La política social y la insuficiencia de servicios sociales de apoyo a la dependencia no aparecen en el discurso. Además, en ningún caso se ha aducido al desigual reparto del trabajo de cuidados en el seno familiar según sexos. No ha aparecido ninguna exigencia de estas empleadoras hacia los maridos, hermanos o parientes varones. Asumen que es un trabajo de mujeres y que cuando ellas no pueden realizarlo la fórmula más valorada es la de contratación de una empleada doméstica<sup>5</sup>.

3 Además, hay que tener en cuenta que Navarra es una de las regiones españolas que más ha potenciado el desarrollo de los servicios sociales destinados a personas mayores. Así, en la Comunidad Foral el Servicio de Ayuda a Domicilio cubre al 3,6% de los mayores de 65 años, mientras que en Galicia esta cifra desciende a un 1,9% (IMSERSO, 2005a). Es decir, a pesar de que la protección social a la dependencia tiene una mayor cobertura en Navarra en esta región se produce también una mayor inserción de inmigrantes como cuidadoras. La incorporación laboral de la mujer es el elemento principal que explica esta disparidad entre ambas comunidades.

4 Se ha entrevistado al miembro familiar que antes de la contratación de una cuidadora efectuaba el trabajo de asistencia. En todos los casos se trataba de mujeres.

Junto con el vacío que las mujeres nativas han dejado en sus hogares por su incorporación laboral y la desequilibrada distribución de tareas entre los sexos, se impone también una explicación demográfica que contribuye a pronosticar un auge en el sector asistencial doméstico. Algunas autoras como Sancho y Rodríguez (2001) han observado un déficit en el grupo de mujeres que constituyen el potencial de futuras cuidadoras. La OCDE ha creado el denominado como “indicador potencial del cuidador femenino” calculado a partir de la división entre el número de mujeres entre 45 y 69 años (grupo de edad en el que se sitúan la mayor parte de cuidadoras) y el colectivo de personas que superan los 70 años. De ese cociente se deduce el número de mujeres cuidadoras por cada persona mayor de 70 años (edad a partir de la cual surgen más dependencias). Pues bien, el resultado es para España de 1,3 cuidadoras por cada mayor de 70 años, mientras que en 1991 esa cifra se situaba en un 1,5.

La disminución de generaciones femeninas dispuestas a dedicarse al cuidado no está relacionada únicamente con las nuevas tendencias sociales de este colectivo, sino que también está motivada por la dificultad de propiciarse su relevo generacional. Las cohortes de mujeres ya clasificadas como “generación pivot” (aquellas que han nacido entre 1937 y 1961) porque han priorizado “la responsabilidad como cuidadoras que les ha sido socialmente atribuida por encima de sus opciones laborales y personales” (Sancho y Rodríguez, 2001) empiezan a escasear en el futuro. El acceso a la educación universitaria está generando trabajadoras profesionales poco dispuestas a permanecer en el hogar cumpliendo con las tradicionales tareas asignadas a la mujer por medio de la división sexual del trabajo. La caída de la natalidad también provoca que en el futuro las generaciones femeninas de mediana edad tengan menos efectivos que aquellas cohortes de personas que sobrepasan los setenta años.

5 Judith Rollins (1990) encontró esta misma pauta en 20 entrevistas realizadas a empleadoras de personal doméstico en sus hogares. Ninguna de sus entrevistadas había reclamado a sus esposos una contribución en la realización de las tareas domésticas. El conflicto sobre este desigual reparto de tareas entre sexos surge cuando la mujer trabaja fuera del hogar y no es posible contratar a una doméstica.

## Conclusiones

En la actualidad, la principal vía de privatización de la asistencia dirigida a personas mayores es el servicio doméstico. La empleada de hogar se erige como figura principal en la dispensación de cuidados mercantilizados. Las ventajas que ofrece este recurso en cuanto a disponibilidad horaria y condiciones laborales son dos aspectos que inciden en su demanda junto con la incorporación laboral de la mujer nativa y las deficiencias del sistema público de protección social. El proceso de internacionalización que está experimentando el mercado laboral español ha convertido este empleo en un verdadero nicho laboral para personas inmigrantes.

El sector de cuidados a domicilio se ha configurado para la mayoría de las mujeres extranjeras en el inicio de su trayectoria laboral en nuestro país. Consideradas como trabajadoras domésticas, la mayoría de ellas sin estabilidad jurídica, las necesidades asistenciales de las familias empleadoras se invisibilizan ante la ausencia de una red adecuada de servicios sociales. Al mismo tiempo se oculta la vulnerabilidad de estas trabajadoras bajo la frontera que marca la privacidad del hogar. La preferencia en la contratación de cuidadoras latinoamericanas está enraizada en un componente simbólico cultural considerado similar al español y en la generación de estereotipos relacionados con cualidades de personalidad esenciales para el desempeño de esta actividad, tales como "paciencia" y "cariño". Se obvian los requisitos profesionales formales y se priorizan aquellos que tradicionalmente se han asociado al carácter femenino. De esta manera, la cuidadora inmigrante desempeña el trabajo físico (limpieza del hogar) y emocional (dispensación de asistencia) que con anterioridad cubría el trabajo reproductivo de las mujeres nativas.

## Referencias bibliográficas

CES (2003), *Segundo informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*, Madrid, CES.

Colectivo IOÉ (2005), "El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid" en IMSERSO (ed.), *Cuidado a la dependencia e inmigración*, Madrid, IMSERSO, pp.233-370.

IMSERSO (2005 a), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid, IMSERSO.

*Domésticas cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes*

IMSERSO (2005 b), *Cuidado a la dependencia e inmigración*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2004 a), *Encuesta de Apoyo Informal a las personas mayores en España* (extraído en septiembre de 2005 de [www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas](http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas)).

IMSERSO (2004 b), *Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores* (extraído en septiembre de 2005 de [www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas](http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas)).

Martínez Buján, R. (2005), "El cuidado de ancianos: un vínculo entre la inmigración y el envejecimiento", *Panorama Social*, 2: 86-97.

OCDE (2004), *Tendances des migrations internationales: rapport annuel, 2003*, París, OCDE.

ONU (2001), *Replacement Migration. Is it a solution to declining and ageing populations?*, New York, United Nations Publications.

Oso, L. (1998), *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*, Madrid, Instituto de la Mujer.

Parella, S. (2003): "Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación". Barcelona, Anthropos.

Parreñas, R. (2001), *Servants of Globalization: woman, migration and domestic work*, California, Stanford University Press.

Rollins, J. (1990), "Entre femmes. Les domestiques et leurs patronnes", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, nº 84, pp.63-77.

Sancho, T.; Rodríguez, P. (2001), "Envejecimiento y protección social a la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro", *Revista de Intervención Psicosocial*, 10 (3): 259-276.

Sarti, R. (2005): "Who are servants? The answers given in different historical periods (16<sup>th</sup>-20<sup>th</sup> centuries)" en Pasleau, S. y Shopping, I. (eds.), *Proceedings of the Servant Project*, vol. II, Seminar in Oslo (forthcoming).

Ungerson, C. (1999): "Personal Assistants and Disabled People: an Examination of a Hybrid Form of Work and Care", *Work, Employment & Society*, vol. 13, nº4, pp. 583-600.

VV.AA. (2004), *Hogares, cuidados y fronteras... derechos de las mujeres inmigrantes y conciliación*, Madrid, Traficantes de Sueños.

## **12. La oferta de servicios sociales. El impacto de la futura Ley de Dependencia**

### **Introducción**

La inminente aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, probablemente va a suponer un cambio radical en los derechos de los ciudadanos ante situaciones de necesidad de ayuda para poder realizar las actividades cotidianas. La universalización en el acceso a las prestaciones sociales que contemplará dicha ley, deberá llevar implícito un importante desarrollo de los recursos destinados a las personas dependientes que en la actualidad son escasos y en muchas ocasiones inadecuados.

Sin duda alguna estamos ante una oportunidad histórica para implantar definitivamente un sólido sistema de recursos sociales adaptados a las actuales demandas y necesidades de la sociedad española. Como se analiza en otro apartado de este libro, las familias están en el límite de sus posibilidades afrontando la práctica totalidad de los cuidados que requieren las personas dependientes. Nuestro país ha experimentado con una rapidez inusual un profundo cambio en aspectos que condicionan directamente la provisión de cuidados en el seno familiar: disminución drástica

del número de potenciales cuidadores, aumento del número de personas que viven solas, incorporación de las mujeres al mundo del trabajo, problemas importantes en relación a las viviendas y su tamaño... Todo ello en una sociedad que ha conseguido que sus ciudadanos vivan muchos más años que hace tan solo una décadas, pero que todavía no parece haber logrado que los disfruten libres de discapacidad, sin necesitar la ayuda de otras personas.

Ante estas nuevas situaciones, tanto las administraciones públicas como la iniciativa privada están realizando un considerable esfuerzo para dar respuesta a una amplísima gama de necesidades que cada día se plantean con mayor fuerza. Analizaremos en este capítulo la situación de los recursos sociales para las personas mayores dependientes, desde una perspectiva evolutiva, para realizar al final algunas consideraciones y propuestas ante el impacto que la puesta en marcha de la Ley puede tener en nuestro sistema de servicios sociales dirigidos a las personas mayores en situación de dependencia.

## **Evolución de los recursos sociales para las personas mayores: de la atención asilar a los servicios sociosanitarios**

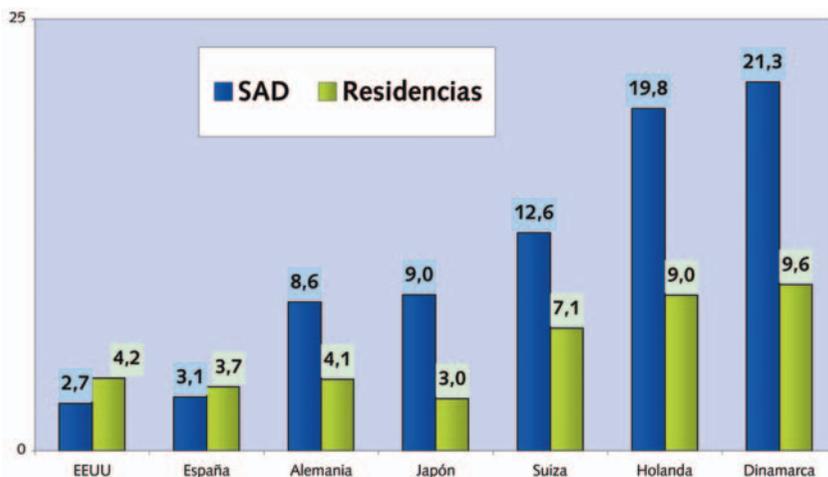
El escaso y tardío desarrollo de un sistema público de servicios sociales en nuestro país ha generado una serie de consecuencias que todavía hoy están sin solventar. Con independencia de nuestra historia, afortunadamente ya no muy reciente, en la que se afrontaba la atención a los desfavorecidos en instituciones de carácter asilar, son pocos los antecedentes realmente destacables que precedan al reconocimiento en nuestra Constitución del papel del Estado como garante del bienestar de sus ciudadanos mayores. Quizás el más importante haya sido el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos elaborado en 1971, con planteamientos conceptuales marcadamente sociosanitarios, en un momento en el que no era previsible la evolución ocurrida en relación a las situaciones de dependencia. Sin embargo, después de muchos años todavía están por cumplir algunas de las previsiones de esta primera planificación gerontológica. De hecho, los recursos se destinaron fundamentalmente a la oferta de actividades de ocio para los jubilados, creando

centenares de centros sociales (hogares, y *clubs*) y a subsanar los importantes problemas socioeconómicos y de vivienda que padecían estas generaciones, construyendo grandes residencias públicas desde una concepción estrictamente hotelera. Pero la realidad de la situación de las personas mayores en esa década distaba mucho de estas iniciativas puntuales con un marcado carácter proteccionista. El Informe Gaur, primer estudio sociológico sobre las personas mayores en España, describía en 1975 situaciones como esta: *“En los próximos años la población anciana que podrá residir en centros específicos para ellos, es una reducida minoría del orden de unos 55.000 sobre un total de mas 3,5 millones, es decir, 1,46 camas por cada 100 personas mayores de 65 años...”*. *“El hambre, el frío, la falta de higiene, el ambiente cuartelero, la promiscuidad y la incultura, están aún presentes en los alojamientos colectivos para ancianos como subproductos de una situación de miseria que no sólo proporciona la mayor parte de la clientela, sino que además, se instala en el propio centro.... Sólo las nuevas residencias construidas estos últimos años se separan de esta tétrica imagen”*.

Habría que esperar más de una década para que las políticas sociales gerontológicas respondieran a diseños técnicos basados en estudios previos de necesidades. Desde estos planteamientos, se empieza a elaborar el Plan Gerontológico a finales de los años ochenta. Su difusión en 1993, supuso un cambio cualitativo en la concepción de la planificación y el abordaje de la atención a las personas mayores, convirtiéndose en referente de múltiples planificaciones posteriores y manteniendo aún su vigencia en gran parte de sus planteamientos. Pero sobre todo, este Plan estableció las bases conceptuales del modelo público de servicios sociales adoptando a lo largo de todos sus contenidos el lema *“envejecer en casa”*, que ya había sido difundido años antes por varios organismos internacionales. Sin embargo, su grado de ejecución se ha valorado como bastante escaso, muy especialmente en cuanto al desarrollo de servicios domiciliarios, que dieran coherencia a los planteamientos conceptuales de esta planificación. El hecho de que el Plan Gerontológico no llegara a tener valor normativo, su escasa dotación presupuestaria y su coincidencia en su periodo de desarrollo, con el proceso de descentralización de competencias en esta materia, sin duda han contribuido a que su aplicación no fuera la deseada. Tampoco, podemos olvidar la poca credibilidad que en los ámbitos profesionales se daba todavía a los planteamientos comunitaristas, hecho que ha generado consecuencias

que todavía hoy arrastramos. Como se puede observar en la figura 12.1, España es prácticamente el único país de una selección de los pertenecientes a la OCDE que ha desarrollado más los servicios residenciales que los domiciliarios. Situación especialmente paradójica en un país como el nuestro en el que disponemos de una sólida red de apoyo social y en el que nuestra idiosincrasia facilita claramente los modos de vida de carácter comunitario.

**Figura 12.1.- Ratio de cobertura del servicio e ayuda a domicilio y de residencias**



Fuente: OCDE y Embajadas de España en diferentes países. 2005.  
Observatorio de Personas Mayores.  
Elaboración propia.

No quisiéramos transmitir, sin embargo, una perspectiva catastrofista de esta década de los noventa en la que sin duda, se ha producido un rápido desarrollo de los servicios más importantes para personas mayores. El esfuerzo realizado desde todas las administraciones públicas y desde la iniciativa social, con y sin fin de lucro, ha sido realmente importante. La elaboración de planes gerontológicos u otro tipo de programaciones, tanto en el ámbito autonómico como local, ha supuesto la definitiva profesionalización de un sistema hasta ese momento incipiente. Unas CCAA han optado por realizar planificaciones bajo diversas denominaciones y otras por avanzar en iniciativas de carácter sociosanitario, en principio,

más acordes con los cuidados requeridos por las personas en situación de dependencia.

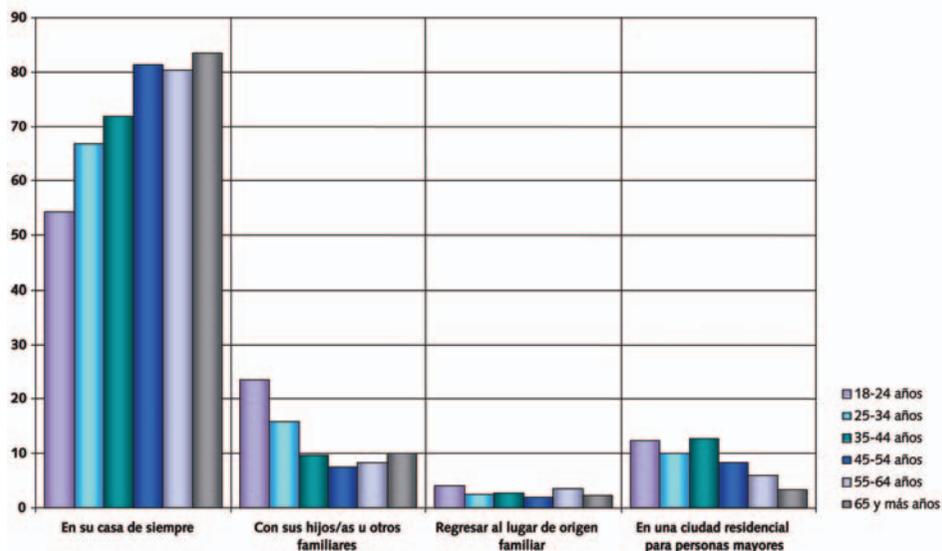
De hecho, la década de los noventa y los comienzos de este nuevo siglo han acuñado, parece que definitivamente, el término *sociosanitario* que implica un reconocimiento explícito de que las necesidades de las personas en situación de dependencia han de ser abordadas desde la atención social y sanitaria. Sobre el modelo más adecuado para resolver y garantizar la continuidad en los cuidados, los acuerdos y los avances son escasos. Se observa una tendencia cada vez más clara hacia modelos de coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales, en detrimento de la integración de ambos, que generaría múltiples problemas, no solo en la organización y gestión de dos sistemas muy distintos sino en la práctica cotidiana de la provisión de los cuidados. Esta opción de separar claramente lo social y lo sanitario es confirmada por el texto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Sin embargo, deberá conllevar el establecimiento de modelos de coordinación adaptados a las realidades territoriales del Estado, convertidos seguramente en planificaciones sociosanitarias que trascenderán, en mucho, al obligado Plan de Prevención de las situaciones de dependencia contemplado en la Ley. Cuestiones como la sectorización por áreas sociosanitarias, la protocolización de las estrategias de derivación, creación de equipos con funciones gestoras, evaluadoras, de provisión de cuidados, etc, serán indispensables si queremos garantizar una atención de calidad. Afortunadamente, el sistema de valoración de la dependencia parece que va a ser común para todo el Estado, lo cual, además de garantizar cuestiones esenciales relacionadas con la igualdad y equidad en el reconocimiento del derecho, evitará esos interminables y en ocasiones repetidos exámenes de evaluación a los que actualmente se ven sometidas las personas dependientes, tanto en el ámbito social como sanitario, cuándo pretenden acceder a cualquier tipo de recursos. Como se puede observar, los retos para mejorar el modelo de atención son muchos y muy complejos.

## La opinión de los potenciales usuarios

Las generaciones que en los próximos años accederán a los servicios que hoy se están creando, empiezan a manifestar con claridad sus opiniones y preferencias sobre su modo de vida en la vejez. Sin embargo, en ocasiones,

la observación de la oferta de recursos disponibles y proyectados, una vez más nos obliga a confirmar ciertas paradojas e incertidumbres de cara al futuro. Como se puede observar en la figura 12.2 la opción domiciliaria es clara y contundente en cualquier momento de la vida, mientras que las expectativas de convivencia con los hijos disminuyen claramente conforme avanza la edad de las personas. Es obvio que ésta es una alternativa cada vez menos deseada por todos los implicados, quizás porque las posibilidades reales de llevarla a cabo con dignidad para todos, cada vez son menores. Es importante observar los escasísimos deseos de acudir a algún tipo de centro residencial. Sin entrar aquí en el análisis de los motivos que pueden justificar estas respuestas, parece obligado que tanto las administraciones públicas como la iniciativa privada las tengan muy en cuenta, si queremos ser coherentes con la promoción de la capacidad de elección de las personas. Este análisis aún pendiente, parece no haber despertado interés suficiente hasta ahora como para perfilar un modelo satisfactorio de centros ni de calidad de la atención dispensada. Y ello, a pesar de contar con una realidad claramente divergente a los deseos y expectativas de los posibles usuarios.

**Figura 12.2.- Expectativas sobre la forma de residencia deseada en la vejez, según la edad del entrevistado. 2001**



Fuente: CIS. Estudio 2.439, noviembre 2001.

Una vez más hay que señalar que nos encontramos ante una oportunidad única para rediseñar los modelos de atención y acercarnos más a los deseos de las personas y también a las experiencias de otros países que desde hace años están buscando fórmulas adecuadas de afrontamiento de las situaciones de dependencia.

## Recursos para la atención a la dependencia. Situación actual

Sin pretender un análisis detallado, para el que remitimos al realizado en el Libro Blanco, ofrecemos aquí unas breves notas sobre el desarrollo y actual situación de los principales recursos que intervienen en la atención a las personas mayores en situación de dependencia.

Los **SAD** (servicios de ayuda a domicilio) desde su comienzo, hace ya casi 30 años, han experimentado una importante transformación. Hemos pasado de los escasos centenares de usuarios de comienzos de los años 80 a 259.403 en enero 2005. La estimación sobre la cobertura actual de este servicio, acercaría el número de usuarios a 290.000 en una progresión de aproximadamente 30.000 nuevas peticiones anuales atendidas. Sin embargo, no es el número de usuarios y su progresión cuantitativa lo que puede indicarnos qué tipo de servicio estamos dando; la intensidad horaria y otros parámetros cualitativos son determinantes en la esencia de la prestación de este recurso. Todavía a pesar del esfuerzo realizado, continuamos a la cola del resto de países europeos que en su conjunto, han realizado en este mismo período de tiempo un fuerte esfuerzo para afrontar los problemas derivados de la dependencia, mediante un gran desarrollo de los servicios de atención domiciliaria.

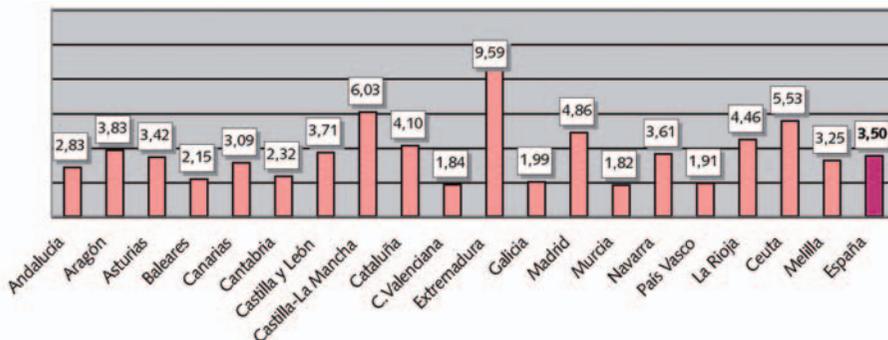
La realidad nos enfrenta a grandes desigualdades territoriales. Mientras en comunidades autónomas como el País Vasco se mantiene una media de atención mensual al usuario de 34,8 horas, en Andalucía y Navarra no se llega a las 9 horas. La media de intensidad horaria en el año 2005 en España ha sido de 16,25 horas al mes, lo que supone pocos minutos más de 4 horas a la semana. La insuficiencia de este servicio para la atención a personas dependientes y ayuda a sus cuidadores es evidente.

Sin entrar a analizar en detalle las características del servicio y la naturaleza de las tareas de apoyo que se prestan, lamentablemente hay que decir que aún se dedica la mayor parte del tiempo a las tareas domésticas, mientras que bastante menos de la mitad de la intensidad horaria media es dedicada a cuidados personales: 5,66 horas /mes, salvo en algunas comunidades autónomas como Asturias, Galicia o Cataluña en las que los cuidados personales y de apoyo a las AVD son su actividad fundamental.

Por otro lado, la disparidad territorial existente en cuanto a los precios públicos/hora de los servicios domiciliarios aporta una idea bastante realista sobre la desigualdad en la atención dispensada. Mientras que en comunidades como Navarra pagan más de 20,40€ por hora de servicio, en otras como Extremadura no se llega a los 7€. Esta diferencia de más de un 300% en el precio hora, evidencia distinta concepción, naturaleza y tipología del servicio que, sin lugar a dudas, trasciende a las características socioeconómicas propias de cada Comunidad.

Los servicios domiciliarios que incluyen también comidas, lavandería, acompañamiento o apoyo psicosocial deben reorientarse como servicio de apoyo a las familias cuidadoras y de provisión sociosanitaria, integrada o coordinada con el Sistema Nacional de Salud, para la atención a la dependencia más grave.

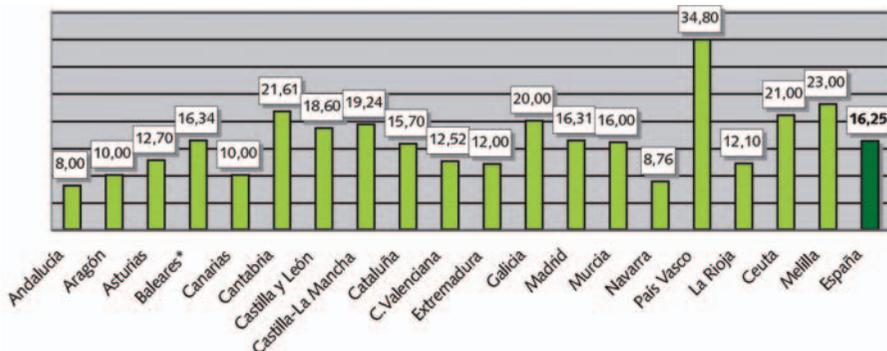
**Figura 12.3.- Servicio público de ayuda a domicilio.  
Índice de cobertura. Enero 2005**



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2005) *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2005*. Elaboración Propia.

Los SAD son innegablemente los servicios que mayor transformación y desarrollo deben experimentar para alcanzar el primer objetivo de este anteproyecto de Ley.

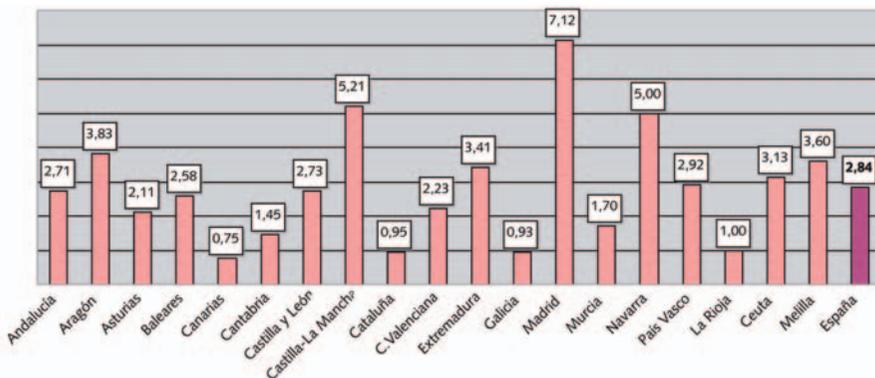
**Figura 12.4.- Servicio público de ayuda a domicilio. Intensidad horaria. Enero 2005**



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.  
Elaboración Propia.

\*Enero 2003

**Figura 12.5.- Servicio público de teleasistencia. Índice de cobertura. Enero 2005**



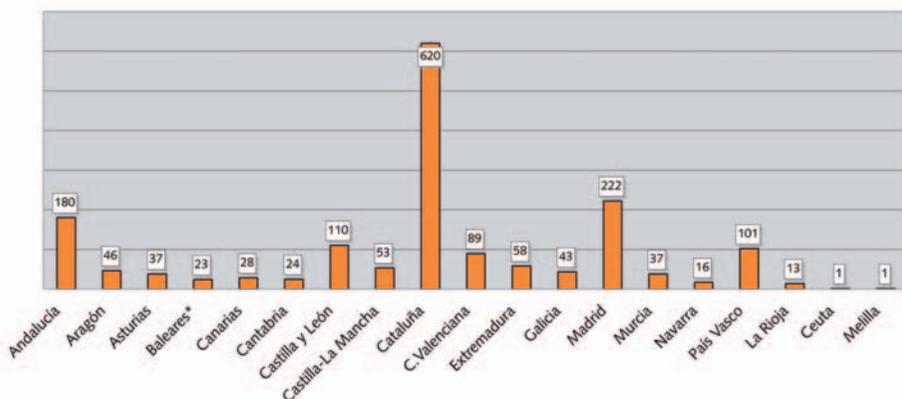
Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.  
INE (2005) *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2005*.  
Elaboración Propia.

**Teleasistencia:** la evolución de este servicio ha sido exponencial desde hace una década, que se tienen los primeros datos sobre su cobertura. Se ha pasado de 7.070 usuarios en 1995 a 208.107 en enero de 2005, lo que supone un índice de cobertura del 2,84% sobre las personas mayores de 65 años y casi el 11% sobre el total de personas mayores que viven solas. A pesar de este enorme desarrollo, se ha aprovechado poco este servicio para hacer una atención integral de las personas mayores con problemas de dependencia o soledad.

La Teleasistencia puede ser un elemento clave para la promoción de la autonomía personal y el apoyo en el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual, siempre que se contemple como un servicio complementario de la ayuda a domicilio.

Los **Centros de Día**, como servicios intermedios y de respiro familiar, son un recurso fundamental para el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual y desempeñan un papel esencial de apoyo a las familias cuidadoras.

**Figura 12.6.- Centros de día para personas mayores dependientes. Número de centros. Enero 2005**



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.

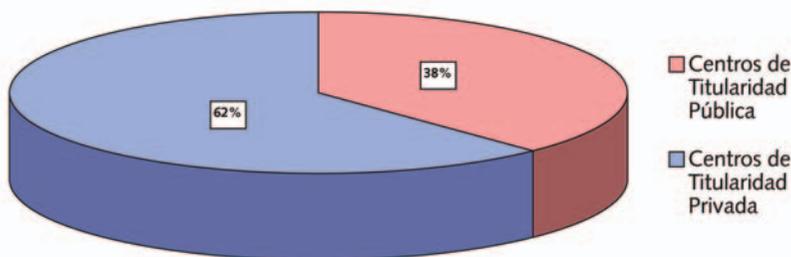
Elaboración Propia.

\*Enero 2003

Es un recurso relativamente reciente, existe desde hace poco más de una década, y quizá por ello persisten aún diferencias de conceptua-

lización e importantes desigualdades territoriales bajo esta misma denominación. Tiene ya bastante demanda tanto por la función terapéutica que realiza con la persona dependiente, como por hacer posible la compatibilización de la vida familiar y laboral. Quizá se explique por ello el desarrollo exponencial del sector privado que gestiona ya un 67% de las plazas, si bien la financiación predominante sigue siendo pública en un 55%. Actualmente existen 39.544 usuarios lo que supone un índice de cobertura del 0,54%.

**Figura 12.7.- Centros de día para personas mayores dependientes. Distribución de centros según titularidad. Enero 2005**



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.  
Elaboración Propia.

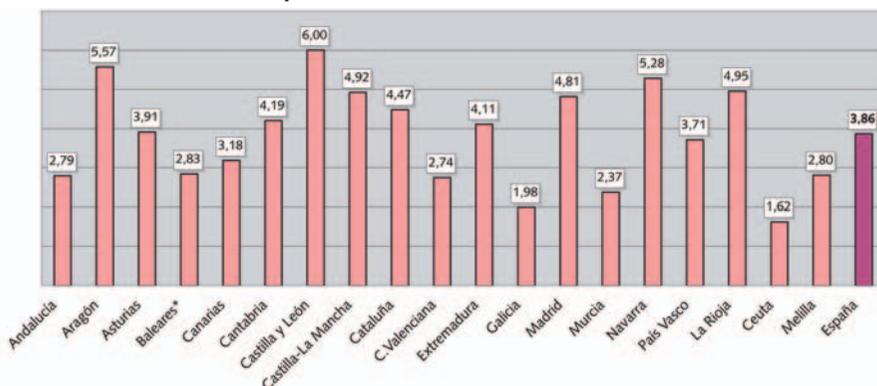
**Residencias:** Es el servicio con más antigüedad y que mayor transformación ha experimentado en cuanto a las condiciones de vida y demás aspectos que configuran la calidad de este recurso, pasando desde la concepción inicial plenamente asilar, que reflejábamos en el comienzo a través de la descripción del Informe Gaur, por una siguiente marcadamente hotelera hasta la actual, en la que mayoritariamente se oferta una imagen de cobertura sociosanitaria.

El número total de plazas residenciales a enero 2005 es de 283.195, públicas y privadas; están distribuidas en 5.129 centros de los que 4.100 pertenecen al sector privado, lo que representa el 80%. También es privada la gestión del 75% de la oferta de plazas residenciales; el 18% (52.245) bajo el sistema de concertación con el sector público y el 57% (160.272) son plazas de financiación exclusivamente privada a precios de mercado. El 20% de los centros restantes (1.029) son de titularidad y gestión pública y disponen de 70.707 plazas (el 25% del total).

De todas las plazas residenciales, en torno al 60% son para personas dependientes.

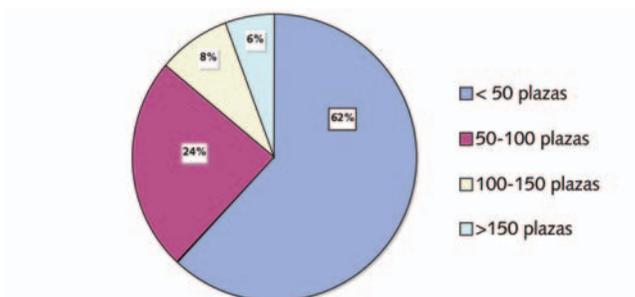
Este rápido desarrollo del sector no ha ido acompañado del correspondiente proceso de orientación y consenso que configurase un modelo coherente y acorde con las necesidades de atención, la voluntad y dignidad que requieren las personas mayores dependientes. Hasta el momento actual se ha aplicado una excesiva desatención respecto a numerosos parámetros que marcan la vida cotidiana en cualquier centro residencial, tan importantes como los programas de intervención, rehabilitación, horarios, instalaciones, respeto a la intimidad, tamaño de las residencias, facilidad en el control de entornos y espacios -esencial para la personalización-, etc. Todo ello junto a una eclosión no suficientemente planificada de la oferta privada hace temer que, en muchos casos, no se superaría un sistema de acreditación con exigencias básicas. Afortunadamente, las nuevas tendencias en el diseño y funcionamiento de los centros residenciales, están ofreciendo un modelo de atención en el que el confort en las instalaciones va acompañado de criterios profesionales de atención sociosanitaria. Sin embargo, quizás es el momento de profundizar más en el debate de este modelo, teniendo muy en cuenta la experiencia internacional y las recomendaciones de las instituciones especializadas, revisando aspectos como tamaño, preservación de la intimidad de las personas, eliminación de tratamientos infantilizadores, programas de intervención, atención geriátrica, etc.

**Figura 12.8.- Centros residenciales.  
Índice de cobertura plazas residenciales. Enero 2005**



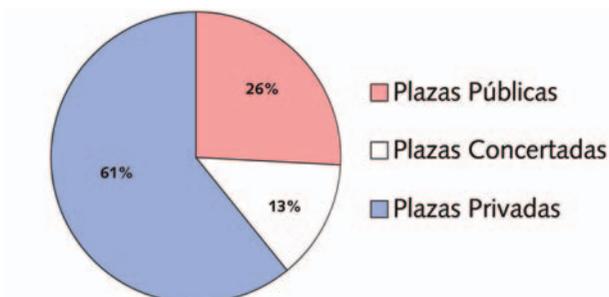
Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.  
INE (2005) *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2005*.  
Elaboración Propia.

**Figura 12.9.- Distribución del número de centros residenciales según tamaño. Enero 2005**

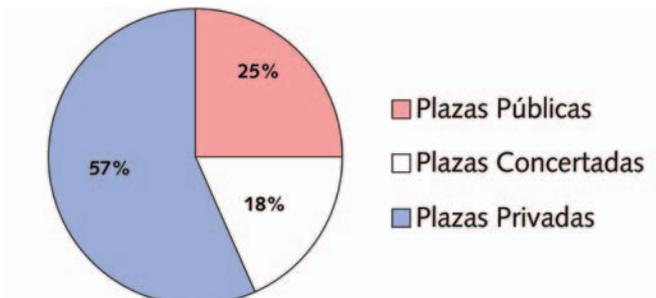


Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. Elaboración Propia.

**Figura 12.10.1.- Indicadores de servicios sociales para personas mayores. Centros residenciales. Distribución de plazas. Enero 1999**



**Figura 12.10.2 Indicadores de servicios sociales para personas mayores. Centros residenciales. Distribución de plazas. Enero 2005**



Fuente: Boletín sobre el envejecimiento Perfiles y Tendencias. Abril 2006.

## Conclusiones y propuestas

La inminente aprobación de la Ley de promoción de la Autonomía personal y atención a la dependencia, va a suponer un punto de inflexión esencial en el papel de los recursos sociales destinados a las personas que necesitan ayuda. La universalidad en el acceso y el reconocimiento de estos derechos como de carácter subjetivo pleno, conferirán otra categoría a los servicios sociales y sociosanitarios para las personas en situación de dependencia.

Por todo ello, creemos que es el momento de hacer algunas consideraciones sobre el estado actual de los recursos para mayores en situación de dependencia con el deseo de contribuir en algo a su mejora y perfeccionamiento con motivo de la aprobación de la Ley.

- España ha realizado un importante esfuerzo en los últimos años para desarrollar servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situación de dependencia. Las Administraciones públicas han sido protagonistas de este proceso, junto a la iniciativa social con y sin fin de lucro. La generalización de los servicios básicos es un hecho y el acceso está prácticamente garantizado para aquellas personas con bajos recursos socioeconómicos y muy graves situaciones de dependencia. Sin embargo, nuestro sistema de servicios sociales sigue siendo insuficiente. Si comparamos su evolución en la mayor parte de los países europeos, observamos que se mantiene la distancia histórica que nos sitúa bastantes años atrás, especialmente en cuanto a nuestros índices de cobertura.
- Siguen vigentes problemas de conceptualización en algunos de los recursos, agudizados por las grandes diferencias interautonómicas en su grado de implantación y también en sus características. Bajo la misma denominación, observamos prácticas y atenciones difícilmente equiparables. La falta de equidad en el acceso, es un grave problema derivado de esta situación.
- Las mayores carencias en nuestro sistema de servicios sociales las presentan los servicios domiciliarios a pesar de ser los más demandados. A la escasa oferta se une la inadecuación de las tareas que se realizan, fundamentalmente domésticas, y la baja intensidad horaria que

se presta. En definitiva, es un servicio que precisa de una reestructuración en profundidad para poder dar respuesta a las necesidades que generan las situaciones de dependencia. La profesionalización del SAD y la diversificación y flexibilidad en la oferta de servicios, serán condiciones indispensables en esta nueva fase de expansión.

- En cuanto a los centros de día, quizás uno de los recursos de más reciente implantación en nuestro país, destacamos su rápido desarrollo y su progresivo grado de aceptación entre la población dependiente. Una vez más, la desigualdad interautonómica y las grandes diferencias en su oferta de servicios nos llevan a concluir que estamos ante diferentes recursos bajo la misma denominación. El carácter marcadamente terapéutico de unos y de exclusiva descarga familiar de otros explica buena parte de las diferencias, que se manifiestan con claridad en la observación de una gran disparidad en el coste /plaza en unas y otras CCAA.
- En cuanto a las residencias, hay que señalar que los avances observados en los últimos años son generalizados en todo el Estado y han configurado una oferta mucho más atractiva y profesionalizada que genera una mayor aceptación entre la población de un servicio como éste, sistemáticamente rechazado y asociado a las instituciones de carácter asilar. La iniciativa privada ha contribuido de forma decisiva en este aparente cambio del modelo residencial. Sin embargo, la observación más profunda de sus características, pone de manifiesto carencias importantes asociadas a la conceptualización de la intervención y al diseño de programas de todo tipo que dignifiquen la vida residencial. A pesar de haber avanzado sensiblemente en el grado de profesionalización de este sector, se evidencia la necesidad flagrante de mejorar la formación de sus trabajadores en cualquiera de sus niveles de especialización. La observación de la actividad cotidiana, en muchos centros residenciales, denota un cierto espíritu de derrota en el abordaje de la dependencia, con escasísima motivación entre los profesionales y las propias personas mayores para mantener niveles óptimos de estimulación que confieran la dignidad merecida a los últimos años de su vida.
- Existen pocas experiencias de modelos de alojamientos alternativos a las grandes residencias, promovidos desde las administraciones

públicas y las grandes empresas. Sin embargo, la observación de la evolución del modelo residencial en otros países europeos que alcanzan altas cotas de bienestar, y que han optado por sistemas de convivencia en grupos pequeños, cercanos a los modos de vida habitual, nos sugieren la conveniencia de experimentar nuevas formas de alojamiento mucho más acordes a nuestras características idiosincrásicas. Sería una pena que desaprovechésemos la riqueza de nuestras redes sociales y comunitarias que pueden facilitar definitivamente la expansión de este tipo de alojamientos: viviendas, unidades de convivencia, apartamentos, etc.

- Se mantiene el histórico desencuentro entre el sistema sanitario y social en la provisión de recursos. Las experiencias de coordinación sociosanitaria o de provisión integrada de servicios, siguen siendo testimoniales desde hace más de una década. Ni siquiera ha sido posible que la sectorización en áreas sanitarias y sociales sea común y pueda facilitar las condiciones mínimas que garanticen intervenciones coordinadas sobre las necesidades sociosanitarias de las personas dependientes. Circuitos de derivación, protocolos y sistemas de evaluación comunes u optimización de recursos sociales y sanitarios son prácticas poco frecuentes en muchas CCAA.

Por lo tanto, y a pesar del reconocimiento de que este Proyecto de Ley está destinado al necesario desarrollo del sistema de servicios sociales, señalamos nuevamente la preocupante ausencia de contenidos sobre el papel que, en la atención a la dependencia, desempeña el sistema sanitario. Su inhibición en la puesta en marcha de este proceso, pone en cuestión la coherencia, calidad y sostenibilidad de esta iniciativa, generando presiones inadecuadas sobre los dos sistemas. Todos los países que han desarrollado iniciativas de protección a la dependencia incluyen en su legislación, una amplísima participación de los servicios de salud, responsables de múltiples e imprescindibles aspectos del proceso de atención a la dependencia.

Consideramos por tanto que, al menos de forma paralela a la redacción definitiva de esta Ley, debe desarrollarse urgentemente el artículo 14 de la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el que se establecen las actuaciones que el sistema sanitario asume en el ámbito de las prestaciones sociosanitarias. Las actuaciones coordi-

nadas de ambos sistemas son indispensables para garantizar la continuidad en los cuidados, inherente al proceso de atención a la dependencia.

Por último es necesario señalar que en este capítulo no hemos entrado en el análisis de otros aspectos de suma importancia que contempla el catálogo de prestaciones de este Proyecto de Ley, como son todas las características económicas y que podrían condicionar de manera definitiva el modelo de atención a la dependencia que se desarrolle en España en los próximos años, generando un sistema basado en los servicios o en las prestaciones económicas con los inconvenientes y ventajas que una u otra opción presentan. En todo caso se asume la conclusión del dictamen 3/2006 del Consejo Económico y Social sobre el Proyecto de Ley de referencia, en la que se considera necesario *“destacar la necesidad de que el contenido mínimo de las prestaciones y servicios del sistema, garantizado por la Administración General del Estado, que debe precisarse en la Ley, responda a los criterios de suficiencia y adecuación a las necesidades de las personas en situación de dependencia, garantizando el principio de equidad territorial”*.

## Referencias bibliográficas

CES. Dictamen 3/2006, sobre el Anteproyecto de ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Consejo Económico y Social. Sesión Ordinaria del Pleno, 20 de febrero de 2006. Documento no editado.

INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, Madrid: INE, 1999.

INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 2000.

INSERSO. *Plan Gerontológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSERSO, 1993.

OCDE: Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation. *ETUDES DE POLITIQUE SOCIALE*, París 1996, nº 19.

MTAS. *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: MTAS. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005.

MTAS. *Informe 2004. Las Personas Mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.

MTAS. Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Madrid: (documento no editado), MTAS, 2006.

MTAS. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000. "Servicios Sociales para personas mayores en España". Boletín sobre el envejecimiento Perfiles y Tendencias. Abril 2006. Madrid.

OCDE. *Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations*. París: OCDE, 1994 b.

OCDE: *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation. ETUDES DE POLITIQUE SOCIALE*, París 1996, n° 19.

Rodríguez Rodríguez, P. y Ferreiro Gastón, E. *Evaluación del servicios de teleasistencia domiciliaria*. Madrid: IMSERSO, 1995.

Rodríguez Rodríguez, Pilar. *La residencia. Concepto. Destinatarios y objetivos generales*. En: SEG. Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Barcelona: SG., 1999.

Sancho Castiello, T. Rodríguez Rodríguez, P. "Política social de atención a las personas mayores" *Gerontología Conductual*, vol. I Ed. Síntesis (1999).

Sancho Castiello, T. Rodríguez Rodríguez, P. "Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Revista de Intervención psicosocial*. Marzo 2002. Madrid.

Sancho Castiello, T. y Díaz Martín, R. *Revista de Documentación Social*. Mayo. 2006.

Vidal Hernández, J. Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a ancianos. *GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA*. Madrid: Cruz Roja Española, 1974.



# **Anexo**

## **13. Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España**

Elsa Palacios Ramos | Antonio Abellán García



## **13. Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España**

Las estimaciones de discapacidad y dependencia en personas mayores son ya abundantes para el conjunto de España, aunque la mayoría reproducen los resultados marginales de encuestas nacionales, especialmente la Encuesta sobre discapacidad, deficiencia y estado de salud, 1999. Generalmente, las encuestas se refieren a personas que residen en viviendas familiares, quedando fuera del cómputo de discapacidad las personas institucionalizadas, que suelen tener tasas de discapacidad más elevadas y mayor severidad.

Se presentan en este Anexo las estimaciones que han trabajado resultados publicados de las principales fuentes o han elaborado mediciones originales, con su criterio de cálculo. En un segundo apartado (“Otros documentos”) se recogen estimaciones adicionales, y otras generalmente limitadas en el espacio.

Fuentes	
<b>EDDM (1986)</b>	INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías.
<b>ENS</b>	MSC - CIS. Encuesta nacional de salud, varios años (1993, 1995, 1997, 2003)
<b>EAI (1993)</b>	INSERSO. Encuesta sobre apoyo informal a las personas mayores, 1ª fase y 2ª fase (1994)
<b>Soledad (1998)</b>	IMSERSO - CIS. Encuesta sobre soledad de las personas mayores.
<b>EDDES (1999)</b>	IMSERSO - INE - F. ONCE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud.
<b>EAI (2004)</b>	IMSERSO. Encuesta sobre apoyo informal
<b>ECVM (2004)</b>	IMSERSO. Encuesta sobre condiciones de vida de las personas mayores.

AVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria. AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. El número de orden envía a Referencias bibliográficas.

	Autores (fecha de publicación)	Fuente (año)	Total 65 y más años	Criterios de cálculo	Observaciones
1	Instituto Nacional de Estadística (1987)	<b>EDDM (1986)</b>	2.895.407	13 grupos de discapacidades	Personas de 65 y más años con alguna discapacidad. 1.093.207 (varones) - 1.802.200 (mujeres). Población de 6-64 años: 2.804.837. 5.743.291 personas con discapacidad en total
2	Pérez Díaz, Julio (1998)	<b>EDDM (1986)</b>	1.077.989	6 grupos de minusvalías	Población con minusvalía. 380.928 (varones) - 697.061 (mujeres). En 2011, 1.678.797
3	Morán Aláez, Enrique (1999)	<b>ENS (1993)</b>	1.943.373	27 AVD y AIVD agrupadas en: cuidados personales, tareas domésticas y asuntos propios	673.573 (varones) - 1.269.800 (mujeres) Dependencia grave en todas: 146.575 (2,6%)

Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España

	Autores (fecha de publicación)	Fuente (año)	Total 65 y más años	Criterios de Cálculo	Observaciones
4	Morán Aláez, Enrique (1999)	EAI (1993)	32,90%	10 AVD y 7 AIVD agrupadas en: cuidados personales, tareas domésticas y asuntos propios	Dependencia grave en todas: 0,6 %
5	Rodríguez Cabrero (2000)	ENS (1993); EAI (1993)	2.038.503	27 AVD y AIVD (ENS 1993); 10 AVD y 7 AIVD (EAI 1993).	Estimación de la población dependiente de 65+ en 1992-2010. Separa por medios/leves/graves, 65 y más años.
6	Rodríguez Rodríguez, P.; Sancho Castillo, María Teresa (1995)	EAI (1993): 1ª fase		10 AVD	Porcentaje de personas que necesitan ayuda
7	INSERSO; CIS (1995)	EAI (1993): 1ª fase	3,4 % (comer) hasta 14,2 % ( ducharse)	10 AVD y 7 AIVD para otra clasificación	Porcentaje de personas mayores según sexo y edad
8	Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001)	EAI (1993): 1ª fase	2.263.905	10 AVD y 7 AIVD	Dependencia amplia
9	IMSERSO; CIS; Colectivo loé (1995)	EAI (1993): 2ª fase		13 AVD y AIVD. Cuidados principales.	Frecuencia de ayuda para actividades o cuidados principales, realizadas por los cuidadores: 28,1 % (comer) a 79,6 % (hacer tareas domésticas)
10	Defensor del Pueblo (2000)	ENS (1995); EDDM (1986); INSERSO / DATLAN (1996)	1.689.000	Algunas AVD y AIVD	Dependencia considerada de manera amplia. 1.500.000 + 189.000 de personas que viven en residencias
11	Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001)	ENS (1997)	2.099.884	7 AVD y 15 AIVD	Dependencia amplia. 1.298.316 (leve) - 801.568 (grave)

	Autores (fecha de publicación)	Fuente (año)	Total 65 y más años	Criterios de Cálculo	Observaciones
12	Puga González, María Dolores (2002)	<b>ENS (1997)</b>	1.691.799	8 AVD y 9 AIVD	883.950 (dependencia leve) - 567.836 (moderada) - 240.013 (grave). Hay que sumar aproximadamente 100.000 personas que ocupan plazas en residencias
13	Rivera Saganta, Jorge (2000)	<b>Soledad (1998) ?</b>	1.267.953	12 AVD y AIVD	Personas dependientes. Cuidados informales: 923.977. Cuidados formales: 343.976
14	Casado Marín, David; López i Casanovas, Guillem (2001)	<b>Soledad (1998)</b>	1.300.000	3 AVD y 9 AIVD	Dependientes en AVDs y AIVDs: 13,4%. Dependientes sólo en AIVDs: 20,8%.
15	Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001)	<b>Soledad (1998)</b>	2.257.966	12 AVD y AIVD	Dependencia amplia.
16	Generalitat Valenciana, Conselleria de Bienestar Social (s.a.)	<b>Soledad (1998) ?</b>	1.691.799	8 AVD y 9 AIVD	
17	Costa-Font, Joan; Patxot, Concepció (2003)	<b>Soledad (1998) y otras</b>	14,1% - 22,5%	12 AVD y AIVD	
18	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO (2000)	Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad, IMSERSO 1999.	319.571	Certificado de minusvalía	Población con minusvalía. Total de la población con minusvalía: 1.255.798
19	Instituto Nacional de Estadística (2002)	<b>EDDES (1999)</b>	2.072.652	36 discapacidades clasificadas en 10 grupos.	733.809 (varones) - 1.338.843 (mujeres). Total 6 y más años: 3.478.645, de los que 1.448.249 son varones y 2.030.396 son mujeres. Niños 0-5 años con discapacidad: 49.577

Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España

	Autores (fecha de publicación)	Fuente (año)	Total 65 y más años	Criterios de Cálculo	Observaciones
20	Instituto Nacional de Estadística (2002)	EDDES (1999)	1.464.815	13 AVD según el máximo grado de severidad	
21	Instituto Nacional de Estadística (2005)	EDDES (1999)	2.072.652	36 discapacidades clasificadas en 10 grupos.	733.809 (varones) - 1.338.843 (mujeres). Total 6 y más años: 3.478.645, de los que 1.448.249 son varones y 2.030.396 son mujeres. Niños 0-5 años con discapacidad: 49.577
22	Jiménez Lara, Antonio (2003)	EDDES (1999)	2.072.652	36 discapacidades clasificadas en 10 grupos	1.464.815 utilizando 13 AVD.
23	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004)	EDDES (1999)	869.007	9 AVD y 6 AIVD	Presentado en el Parlamento en diciembre de 2004. 256.561 (varones) - 612.447 (mujeres). Total 6 y más años: 1.426.432, de los que, 504.491 son varones y 921.941 son mujeres. Personas con necesidad de ayuda y discapacidad moderada. Unas 200.000 personas adicionales que no residen en su domicilio.
24	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004)	EDDES (1999)	595.807	9 AVD	Personas con discapacidad severa o total. 185.651 (varones) - 410.157 (mujeres). Total 6 y más años: 859.890 de los que 320.292 son varones y 539.598 son mujeres.
25	Salvador Carulla, Luis (2003)	EDDES (1999)	967.713	AVD y AIVD	Según gravedad, excluyendo los niveles iniciales o leves de dependencia. 479.870 (discapacidad severa) - 487.843 (discapacidad total)

	Autores (fecha de publicación)	Fuente (año)	Total 65 y más años	Criterios de Cálculo	Observaciones
26	Puga González, María Dolores; Abellán, Antonio (2004)	<b>EDDES (1999)</b>	1.996.605	8 AVD y 7 AIVD, reagrupadas desde las 19 discapacidades de la EDDES (1999)	Población de 50 y más años. Selección de 15 discapacidades de la EDDES.
27	Rodríguez Cabrero, Gregorio (2004)	<b>EDDES (1999)</b>	1.154.561	AVD y AIVD agrupadas en 4 grupos	Dependientes en domicilio (1.017.104) y en residencias (137.457).
28	Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2004)	<b>EDDES (1999)</b>	1.115.257	9 actividades seleccionadas y reagrupadas	Indicador de carga (frecuencia, co-discapacidad, severidad). 340.563 (varones) - 779.694 (mujeres).
29	Salvà, A.; Rivero, A. Fundació Institut Català de l'Envel·liment (FICE) (2005)	<b>EDDES (1999)</b>	1.585.844	11 AVD	Población mayor con discapacidad en AVD. 1.478.154 (en viviendas familiares) - 107.690 (en centros residenciales)
30	Alustiza Galarza, Ainhoa; Pérez Díaz, Julio (2005)	<b>EDDES (1999)</b>	2.072.652	AVD y AIVD	
30 bis	Jiménez Lara, Antonio (2005)	<b>EDDES (1999)</b>		AVD y AIVD	2.486.322 personas con discapacidad para las actividades cotidianas. 2.286.322 (en domicilios familiares) + 200.000 (estimación en residencias).
31	Rodríguez Cabrero; Casado, Demetrio; Jiménez Fernández, Adolfo; Montserrat Codorníu, Julia; Morán Aláez, Enrique; Vilá Mancebo, Antoni (2005)	<b>EDDES (1999)</b>	1.335.680	AVD y AIVD	Dependencia moderada: 711.343 - Dependencia grave: 344.899 - Dependencia muy grave y extrema: 279.438. Población dependiente de 6-64: 622.211. Total población dependiente 6 y más años: 1.957.891. Proyección población 65 y más dependiente 2005: 1.583.234; 2015: 2.028.093.

Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España

	Autores (fecha de publicación)	Fuente (año)	Total 65 y más años	Criterios de Cálculo	Observaciones
32	Morán Aláez, Enrique; Rodríguez Cabrero, Gregorio (2005)	EDDES (1999)	1.444.750 a 1.583.234	AVD y AIVD	Indicador sintético de AVD y AIVD
33	Rodríguez Cabrero, Gregorio (2005)	EDDES (1999)	1.154.561 a 1.335.680	AVD y AIVD	Dos estimaciones diferentes según gravedad.
34	Berjano Peirats, Enrique (2005)	EDDES (1999)	1.423.962	16 AVD y AIVD	Población total dependiente de 6 y más años: 2.215.394
35	Sagardui Villamor, Jon; Guallar Castellón, Pilar; García Ferruelo, Margarita; Banegas, José Ramón; Rodríguez Artalejo, Fernando (2005)	EDDM (1986); EDDES (1999)	2.073.453 (1986); 1.593.132 (1999)	5 discapacidades (discapacidades, limitaciones funcionales y deficiencias)	
36	Dizy Menéndez, Dolores; Fernández Moreno, Marta; Ruiz Cañete, Olga (2006)	EDDES (1999)	1.802.204	13 AVD y AIVD	Incluidas las plazas residenciales de dependientes
37	Otero, Ángel; Zunzunegui, M <sup>a</sup> Victoria; Rodríguez Laso, Ángel; Aguilar, M <sup>a</sup> Dolores; Lázaro, Pablo (2004)	Análisis longitudinal "Envejecer en Leganés" y Censo de la población española, 2001.	903.27 (1991); 995.338 (2001)	8 AVD	Extrapolación de tasas del estudio "Envejecer en Leganés".
38	Abellán García, Antonio; Esparza, Cecilia (2006)	ENS (2003)	1.495.391	7 AVD y 19 AIVD	Dependientes en sentido estricto 471.469 varones, 1.023.922 mujeres.

	Autores (fecha de publicación)	Fuente (año)	Total 65 y más años	Criterios de Cálculo	Observaciones
39	IMSERSO (2005)	EAI (2004)	1.226.181 (atendido por cuidadores) - 109.700 (cuidados por empleados de hogar)	21 AVD y AIVD	Personas mayores con necesidad de ayuda. 633.685 hogares con al menos una persona que presta ayuda informal a personas mayores. 950.528 cuidadores de personas mayores.
40	IMSERSO (2004)	ECVM (2004)	26,5%	7 AVD y 11 AIVD	Microdatos, Portal Mayores

## Referencias bibliográficas:

- Instituto Nacional de Estadística (1987): *Encuesta sobre discapacidades deficiencias y minusvalías. 1986*. Madrid, INE, 2 vols. e Instituto Nacional de Estadística (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías. Un primer comentario de los resultados. I/NE*. Madrid: INE, 163 p.
- Pérez Díaz, Julio (1998): *Proyección de personas dependientes al horizonte 2021*. Centro de Estudios Demográficos (CED), 17 p.
- 3 y 4. Morán Aláez, Enrique (1999): Rodríguez Cabrero, Gregorio (ed.). *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO, 650 p.
- Rodríguez Cabrero (2000): *Dependencia y atención sociosanitaria*. IMSERSO. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias, nº 2. IMSERSO, 6 p.
- Rodríguez Rodríguez, P.; Sancho Castiello, María Teresa (1995): "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 30 (3), p. 141 - 152.
- INSERSO; CIS (1995): *Las personas mayores en España (1993)*. Perfiles. Reciprocidad familiar. Madrid: INSERSO, 166 p.
- Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001): *Informe España 2001. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro, 512 p.
- IMSERSO; CIS; Colectivo Ioé (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: IMSERSO, 311 p.
- Defensor del Pueblo (2000): *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid, 484 p.
- Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001): *Informe España 2001. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro, 512 p.
- Puga González, María Dolores (2002): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010*. Alcobendas: Fundación Pfizer, 210 p.

13. Rivera Saganta, Jorge (2000): "El Seguro de Dependencia. El Envejecimiento de la Población y su Repercusión en el Estado de Bienestar". *Horizonte empresarial*, nº 2089, p. 53 - 63.
14. Casado Marín, David; López i Casanovas, Guillem (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación La Caixa, 241 p.
15. Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001): *Informe España 2001. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro, 512 p.
16. Generalitat Valenciana, Conselleria de Bienestar Social (s.a.): *Estudio general de la dependencia en la Comunidad Valenciana*, 1083 p.
17. Costa-Font, J.; Patxot, C. (2003): "Long-term care for older people in Spain". En Comas-Herrera, Adelina; Wittenberg, Raphael (2003): *European Study of Long-Term care Expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, PSSRU Discussion Paper 1840, 233 p.
18. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO (2000): *Base de datos estatal de personas con discapacidad*. Madrid: IMSERSO, 207 p.
- 19 y 20. Instituto Nacional de Estadística (2002): *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Resultados nacionales detallados*. Madrid: INE, 489 p.
21. Instituto Nacional de Estadística (2005): *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Informe general*. Madrid: INE, 444 p.
22. Jiménez Lara, Antonio (2003): *La discapacidad en España: datos estadísticos: aproximación desde la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 196 p.
- 23 y 24. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004): *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 820 p.
25. Salvador Carulla, Luis (2003): *Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España*. Estudios de I+D+I, nº 24. Madrid: IMSERSO, 68 p.
26. Puga González, María Dolores; Abellán, Antonio (2004): *El proceso de discapacidad: un análisis de la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Alcobendas: Fundación Pfizer, 216 p.
27. Rodríguez Cabrero, Gregorio (2004): *Protección social de la Dependencia en España*. Fundación Alternativas. Documento de Trabajo 44/2004, 68 p.
28. Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2004): "Una estimación de la dependencia en España". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14 (5), p. 301 - 303.
29. Fundació Institut Català de l'Envel·liment (FICE) (2005): *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Madrid: Edad y Vida, 236 p.
- 30 y 30 bis. Alustiza Galarza, Ainhoa; Pérez Díaz, Julio (2005): *Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias, nº 14. Madrid: IMSERSO, 32 p.
31. Rodríguez Cabrero, Gregorio; Casado, Demetrio; Jiménez Fernández, Adolfo; Montserrat Codorniu, Julia; Morán Aláez, Enrique; Vilá Mancebo, Antoni (2005): *Un modelo de gestión de la dependencia aplicable a España*. Alcalá de Henares: Universidad, 375 p. Documento de trabajo.
32. Morán Aláez, Enrique; Rodríguez Cabrero, Gregorio (2005): "La población dependiente en España en 1999 y proyecciones a 2005 y 2015" (mimeo). Madrid.

33. Rodríguez Cabrero, Gregorio (2005): "La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado del bienestar en España". *Panorama Social*, 2, p. 21 – 33.
34. Berjano Peirats, Enrique (2005): "Dependencia y calidad de vida en las personas mayores". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15 (3), 144 - 154, 17 Ref.
35. Sagardui Villamor, Jon; Guallar Castellón, Pilar; García Ferruelo, Margarita; Banegas, José Ramón; Rodríguez Artalejo, Fernando (2005): "Trends in Disability and Disability-Free Life Expectancy Among Elderly People in Spain: 1986 - 1999". *The Journals of Gerontology*, 60A (8), p. 1028 – 1034.
36. Dizy Menéndez, Dolores; Fernández Moreno, Marta; Ruiz Cañete, Olga (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Madrid: Edad y Vida, 316 p.
37. Otero, Ángel; Zunzunegui, M<sup>a</sup> Victoria; Rodríguez Laso, Ángel; Aguilar, M<sup>a</sup> Dolores; Lázaro, Pablo (2004): "Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española". *Revista Española de Salud Pública*, 78 (2), p. 201-213. *Otras fuentes: Análisis longitudinal "Envejecer en Leganés" y Censo de la población española, 2007*.
38. Abellán García, Antonio; Esparza Catalán, Cecilia (2006): *Envejecimiento y dependencia*. Pendiente de publicación.
39. IMSERSO (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO, 256 p.
40. IMSERSO (2004): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 4.597, micro-datos*.

## Otros documentos:

Este apartado recoge las referencias bibliográficas de otras estimaciones adicionales, que o bien han trasladado resultados principales de las fuentes originales, o bien han realizado encuestas ad hoc (limitadas en el espacio, generalmente) o han usado otras fuentes sobre los mismos aspectos.

1. IMSERSO; Instituto IDES (1988): *Las personas con minusvalía en España. Necesidades y demandas*. Madrid: IMSERSO, 259 p. *Fuente: IMSERSO (1988): Encuesta sobre el entorno social y familiar, problemática personal y demandas y necesidades sociales de los minusválidos en España*.
2. IMSERSO (1989): *Las personas con minusvalía en España. Aspectos cuantitativos*. Madrid: IMSERSO, 264 p. *Fuente: EDDM (1986)*.
3. Peña Suárez de Rivera, D. y Teijeiro Alfonsín, E. (1989): *Las discapacidades de la población española. Un estudio basado en modelos de regresión logística*. Madrid: INE, 213 p. *Fuente: EDDM (1986)*.
4. IMSERSO (1990): *La tercera edad en España: necesidades y demandas*. Madrid: IMSERSO, 211 p. *Fuente: Encuesta de necesidades sociales y familiares de la tercera edad (1988)*.
5. Ruigómez, A.; Alonso, J.; Antó, J.M.; (1991): "Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona". *Gaceta Sanitaria*, 5, p. 117 - 124.

6. Béland, F.; Zunzunegui, M.V. (1995): "El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores". *Revista de Gerontología*, 5 (4), p. 232-244. Fuente: Estudio "Envejecer en Leganés" (n=1232).
7. Béland, F.; Zunzunegui, M.V. (1995): "La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal", 5 (4), p. 259-273. Fuente: Estudio "Envejecer en Leganés" (n=1232).
8. Canela, Marta; Canela, Teresa M.; Antich, Teresa (1995): "Estudio de las discapacidades en un grupo de población mayor de 65 años de un centro de atención primaria de Tarragona". *Revista de Gerontología*, 5 (1), p. 43 - 45. Fuente: Estudio Transversal, 1993 (n=344).
9. Fontanals de Nadal, M<sup>a</sup> D.; Martínez Mateo, F.; Vallés i Forcada, E. (1995): "Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 30 (3), p. 189 - 198.
10. Monte, C.; Alonso, J.C.; Cabal, A.; Iglesias, A. (1995): "Capacidad funcional en mayores de 80 años". *Atención Primaria*, 15, p. 176 - 178.
11. Eiroa Patiño, P.; Vázquez-Vizoso, F.L.; Veras Castro, R. (1996): "Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo". *Medicina Clínica*, 106 (17), p. 641 - 648.
12. Ruigómez, Jordi Alonso (1996): "Validez de la medida de la capacidad funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria en la población anciana". *Revista de Gerontología*, 6 (4), p. 215 - 223. Fuente: Estudio transversal en Barcelona, población 60 y más (n=1632).
13. Espejo Espejo, J.; Rubio Cuadrado, V.; Enciso Berge, I.; Zunzunegui Pastor, M.V.; Aranda Lara, J.M.; Martínez de la Iglesia, J. (1997): "Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO". *Atención Primaria*, 20 (9), p. 475 - 484. Fuente: Estudio transversal en Córdoba, población 60 y más (n=1103).
14. Antares Consulting (2000.): *Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro*. Barcelona: Unespa, 2000.
15. Abellán García, Antonio (2001). "La discapacidad en España". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11 (1), 35 - 37. Fuente: EDDES (1999).
16. Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001): *Informe España 2001. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro, 512 p. Fuente: INE (1994). Panel de hogares.
17. Aleixandre Rico, M.; Fernández Jiménez, C. (2001): "La dependencia en España. Un análisis cuantitativo". *Geriátrika*, 17 (2), p. 23 - 32. Fuente: Soledad (1998).
18. Comisiones Obreras (CCOO) (2001): *Protección social a la dependencia (Protecció social a la dependència)*, 64 p. Fuente: EDDES (1999).
19. García, Margarita (2001): *Resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. INE: Madrid, 2001. Fuente: EDDES (1999).
20. Generalitat de Catalunya (2002): *Libre Blanc de la gent gran amb dependència: repensar l'atenció a la gent gran amb dependència: 45 propostes de millora i 10 recomanacions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 166 p.
21. Jiménez Lara, Antonio (2002): *La discapacidad en cifras*. Madrid: IMSERSO, 208 p. Fuente: EDDES (1999).
22. Defensor del Pueblo Andaluz (2003): *Personas prisioneras en sus viviendas. Informe especial al Parlamento de Andalucía*, 287 p. Fuente: EDDES (1999).

23. Fernández Jiménez, C. (2003): "Estereotipos sobre la vejez y niveles de dependencia". *Geriátrika*, 19 (9 - 10), p. 310 - 316. Fuente: *Estudio transversal (n=2334)*.
24. Guillén Estany, Montserrat; Alcañiz Zanón, Manuela; Ayuso Gutiérrez, Mercedes; Magide Rodríguez, Vanessa; Monteverde Verdenelli, Malena; Pérez Marín, Ana María; Santolito Prieto, Miguel; Vidiella Anguera, Antoni (2003): *Causas, evolución y análisis comparativo de la dependencia en la población española de mayor edad*. *Estudios de I+D+I*, nº 11. Madrid: IMSERSO, 134 p. Fuente: *EDDES (1999)*.
25. Moragas Moragas, Ricardo; Cristòfol Allué, Ramón; G.I.E. (2003): *El coste de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder, 284 p. Fuente: *Selección de expertos*.
26. Montserrat Codorniu, Júlia (2003): "El coste de la dependencia". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), p. 194 - 200, 15 Ref. Fuente: *EDDES (1999)*.
27. Rubio Herrera, R. (2003): "¿Cuándo comienza la dependencia en el mayor?". *Geriátrika*, 19 (9 - 10), p. 289 - 296. Fuente: *EDDES (1999)*.
28. Sánchez Fierro, Julio; Jiménez Lara (2003): *Libro Verde sobre la Dependencia en España*. AstraZéneca, 224 p. Fuente: *EDDES (1999)*.
29. Viciano Fernández, Francisco et al. (2003): *Longevidad y calidad de vida en Andalucía*. Sevilla: IEA, 94 p. Fuente: *EDDES (1999)*.
30. Graciani, Auxiliadora; Banegas, José R.; López-García, Esther; Rodríguez-Artalejo, Fernando (2004): "Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study". *Maturitas*, 48, p. 381 - 392. Fuente: *Estudio transversal en Madrid, población 60 y más (n=4000)*.
31. Rodríguez Cabrero, Gregorio (2004): "La población dependiente española y sus cuidadores". En Casado, Demetrio (2004): *Respuestas a la dependencia*. Madrid: CCS, 280 p. Fuente: *EDDES (1999)*.
32. Alustiza Galarza, A. (2005): "Entorno familiar de las personas con discapacidad. Algunos resultados preliminares para el País Vasco de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40 (6), p. 345 - 350. Fuente: *EDDES (1999)*.
33. AUPA, para CERMI (2005): *Ayudas técnicas y discapacidad*. Colección CERMI, nº 15, 368 p. Fuente: *EDDES (1999)*.
34. Elvira, David; Rodríguez, Paula; Tomás, Zoa (2005): *Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España*. Barcelona: Edad y Vida, 116 p. Fuente: *EDDES (1999)*.
35. Jiménez Lara, Antonio (2005): *Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*. IMSERSO. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias, nº 14. IMSERSO, 32 p. Fuente: *EDDES (1999)*.
36. Univ. de Valencia; Univ. del País Vasco (2005): *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Madrid: IMSERSO, 487 p. Fuente: *EDDES (1999)*.
37. Generalitat Valenciana, Conselleria de Bienestar Social (s.a.): *Estudio general de la dependencia en la Comunidad Valenciana*, 1083 p.
38. Síndic de Greuges de Catalunya (s.a.): *La atención a las personas mayores dependientes en Catalunya*, 131 p. Fuente: *EDDES (1999)*.



