



boletín

sobre el envejecimiento

perfiles y tendencias

Nº 16

JUNIO 2005

Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania

EDITORIAL

El OPM presenta aquí este interesante trabajo que en el momento actual creemos aporta un doble interés: el intrínseco al tema y rigor con el que se abordan aspectos relevantes de la protección a la dependencia, y la oportunidad de reflexión y análisis, imprescindible en estos momentos en que se está diseñando nuestra futura Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Analizar un sistema como el alemán, ya estructurado, con más de diez años de funcionamiento y actualmente en proceso de revisión y mejora, creemos que puede contribuir a esclarecer algunos vacíos aún existentes en la futura organización de nuestro Sistema Nacional de Atención a la Dependencia que contará con el privilegio, por conformarse de forma más tardía, de aprovechar las experiencias de otros países, aprender de sus buenas prácticas, fallos y carencias.

Las autoras abordan también una reflexión amplia sobre la forma en que se están dispensando los cuidados y atención a la situación de dependencia en España y su prospección de futuro en los próximos

años. Utilizan la escala de Madrid y su potencial de previsión de la demanda de cuidados, lo que aporta definición a este reto que supone la atención a la dependencia. En estos días, se acaban de presentar otros estudios en los que se publican resultados sobre las medidas de la carga de trabajo que representa para un/a cuidador/a, realizar las tareas de cuidado ante cualquier situación que así lo requiere: niños, cónyuges que trabajan fuera de casa casi todo el día, etc. El resultado es abrumador: las mujeres asumen en una aplastante mayoría las tareas de cuidado y atención llegando, en ocasiones significativas, a descuidar la salud y vida propias.

Esta realidad implica un reto multisectorial e interinstitucional a la hora de planificar los servicios sociales y sanitarios que se hace necesario proveer tanto para las personas en situación de dependencia como para sus cuidadores/as.

En el sistema alemán los profesionales de la salud, médicos y enfermeros, desempeñan un papel clave en todo el desarrollo de un proceso de dependencia. Desde el inicio y su valoración, hasta la evaluación de los cuidados que resultan necesarios, el siste-

ma alemán se apoya en el dictamen, evaluación y seguimiento técnico (imprescindiblemente realizado a dos bandas: el experto en salud y el experto en cuidados) de estos profesionales. En nuestro país, con las lógicas diferencias que implica partir de situaciones, experiencias y realidades distintas, se hace necesario clarificar el papel que deberán asumir los sectores de salud y servicios sociales, papel que a nuestro entender, no puede ser otro que el de coordinación y actuación complementaria y conjunta.

Ante la situación de dependencia y el reto inmediato de su atención no se trata pues, a nuestro entender, de «desmedicalizar» ni tampoco de «serviciar» o «servi-socializar», sino de encontrar, con la redacción de esta nueva Ley, la base jurídica que posibilite, normativice y establezca por fin la tan necesaria coordinación socio-sanitaria, que viene a ser la asignatura pendiente en nuestro país, para llevar a cabo una atención integral a la vejez, la dependencia y la discapacidad. Este momento, sin duda histórico en cuanto a las conquistas sociales, nos permite también la oportunidad de aprobarla.

Observatorio de Personas Mayores



Primera edición: 2005

© IMSERSO, 2005

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales,
Familias y Discapacidad
Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid - Tel.: 91 363 89 35

NIPO: 216-05-006-3

Depósito Legal: BI-1.521-05

Imprime: Grafo, S.A.

Autores: *María-Ángeles Durán Heras*
Profesora de Investigación CSIC - Catedrática de Sociología

Susana García Díez
Doctora en Ciencias Económicas - Statistisches Bundesamt

ÍNDICE

I. EL DERECHO Y LA OBLIGACION DEL CUIDADO	2
II. LOS FLUJOS DE ENTRADA Y SALIDA EN LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	4
II.1. La división del trabajo dentro de la familia. Los cuidadores potenciales	5
II.2. Aplicación de la escala de Madrid a la previsión de las demandas de cuidado a corto y medio plazo	7
II.3. Los estilos de vida saludables	12
II.4. Nuevas actitudes hacia la autonomía ante la enfermedad y ante la muerte	13
III. NEGACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	15
IV. LA DIMENSIÓN CUALITATIVA: CONDICIONES DE VIDA DE DEPENDIENTES Y CUIDADORES	16
V. EL MUELLE TENSADO: ELASTICIDAD Y CONTENCIÓN DEL COSTE DEL CUIDADO A LA POBLACIÓN DEPENDIENTE	18
VI. LA DIVISIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO DEL CUIDADO	21
VII. EL PAPEL DEL ASOCIACIONISMO	22
VIII. ALTERNATIVAS A LA MEDICALIZACIÓN DEL CUIDADO A DEPENDIENTES	23
IX. NOTAS PARA UN ANÁLISIS COMPARADO: LA EXPERIENCIA DE ALEMANIA	26
IX.1. Objetivos generales del seguro de cuidados	26
IX.1.1. Marco legal y sus objetivos	26
IX.1.2. Competencias del seguro de cuidados.....	26
IX.2. Cobertura del seguro de cuidados	27
IX.2.1. Definición del grupo de personas necesitadas de cuidados.....	27
IX.2.2. Definición del grado de la dependencia	27
IX.2.3. Definición de la prestación	29
IX.2.4. Pronósticos demográficos	29
IX.3. Sistema de entrada en el seguro de dependencia	30
IX.3.1. Administración del seguro.....	30
IX.3.2. Dictámenes médicos de dependencia	30
IX.4. Financiación.....	31
IX.4.1. Estructura de gastos	31
IX.4.2. Estructura de Ingresos.....	31
IX.5. El mercado de servicios de cuidado	32
IX.6. Retos y expectativas del seguro de cuidados	33
BIBLIOGRAFÍA.....	35

I. El derecho y la obligación del cuidado

El sujeto político que sirve de referencia a las Constituciones democráticas contemporáneas es un sujeto individual y autónomo, que toma decisiones por sí mismo y esta en condiciones de ejecutarlas. Es a este sujeto individual a quien se refieren básicamente los principios generales de libertad, igualdad y justicia que dan sentido al ordenamiento jurídico en los países democráticos.

Sin embargo, la dependencia es, por definición, una situación referencial en la que una persona precisa de otras. Hay al menos dos sujetos implicados en la relación; el que necesita y el que es necesitado.

Así como la proporción de niños y jóvenes (los que aún no han conquistado plenamente el ejercicio de la ciudadanía, en especial los derechos políticos) disminuye constantemente en España por comparación con el conjunto de la población, la proporción de personas dependientes por razones de enfermedad física o mental y por otros tipos de marginalidad física y social crece de modo imparable.

Lo que este cambio estructural pone en cuestión es la base en que se asientan las relaciones entre las personas dependientes y su entorno familiar y social, que podría resumirse en estas cinco cuestiones:

1. ¿Quién tiene el derecho /obligación de cuidar a quién?
2. ¿Sobre qué bases legales, morales o sociales?
3. ¿Hasta qué límite?
4. ¿Con qué contrapartidas?
5. ¿Cuáles son los mecanismos sociales y legales que actúan para garantizar /premiar /castigar el incumplimiento de estos derechos y obligaciones?

La respuesta a estas preguntas no es sencilla ni única, y de su solución depende el sistema de protección a los dependientes que vaya a construirse en el futuro. Existen muchos tipos de dependencia y de cuidadores, y la opinión pública, igual que la legislación y la jurisprudencia, reflejan la heterogeneidad característica de un proceso de cambio social acelerado en que

conviven actitudes y valores dispares. La investigación sobre dependencia se ha dirigido en buena parte al terreno menos debatible y de mayor utilidad inmediata para la adopción de políticas públicas basadas en previsión demográfica y la anticipación de las demandas asociadas con la edad, a corto y medio plazo. Los aspectos socio-jurídicos del cuidado a dependientes, tanto a nivel nacional como en la legislación europea, han sido recientemente analizados por I. Zambrano (Zambrano, 2004).

Las proyecciones demográficas son el punto de partida para el conocimiento de la futura demanda potencial de cuidados. Aunque las proyecciones demográficas puedan variar según los criterios técnicos utilizados, en general son muy consistentes y alcanzan un alto nivel de precisión, sobre todo las de envejecimiento y muerte. Por ejemplo, el «Annuaire Eurostat» de 2004 presenta la evolución de la proporción de personas de más de sesenta y cinco años sobre la población total de la UE (de los quince y ampliada), entre 1992 y 2003. En la tabla adjunta resumimos estas cifras, así como su dimensión relativa. Si en términos absolutos el crecimiento no parece tan rápido, en términos relativos es muy intenso. En menos de tres años España ha crecido entre tres y cuatro puntos porcentuales, igual que la media de la Europa de los 15, lo que requeriría un ajuste presupuestario permanente de los servicios para no quedarse desfasados.

Donde se producen disparidades es en la estimación de la oferta potencial de cuidados, porque ya no se trata de una categoría demográfica, sino social y política. La oferta potencial de cuidados no depende de la estructura por edad y sexo de la población, sino de la respuesta colectiva que se ofrezca al bloque de cuestiones anteriormente expuesto. En otras palabras, del modo en que socialmente se pacte el reparto de obligaciones y privilegios. Todas las cuestiones están interrelacionadas entre sí, de modo que el cambio en una de ellas influye sobre las restantes.

Tabla I.1. POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS (PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL).

	A	B	C	D	E
	1992	2000	2003	% Δ de C sobre A	% Δ de C sobre B
	%	%	%		
UE-15	14,3	15,7	16,3	14	4
UE-25	14,9	16,3	16,8	13	3
España	14,1	16,8	17,5	24	4

Fuente: Elaboración de Durán, M.A. sobre datos de Eurostat, Annuaire Eurostat, 2004.

El cambio de actitudes en una generación no es muy susceptible de acelerarse, pero los cuidados a dependientes no sólo se producen en la misma generación o entre dos generaciones, sino que afectan frecuentemente a tres generaciones cuando la segunda ha alcanzado asimismo una edad tan avanzada que no puede hacerse cargo plenamente del cuidado de la anterior. En estos casos, cada vez más frecuentes, al debilitamiento del vínculo se une la diferencia de valores y actitudes entre la población anciana y los jóvenes. La participación actual de los jóvenes en el cuidado no remunerado de otros miembros de su familia es muy baja (Durán y Rogero, 2004). Especialmente hay que destacar que la velocidad de cambio en cualquiera de los parámetros puede ser retardada o acelerada con medidas legislativas. Como han puesto de relieve varios estudios, en la opinión pública española hay una marcada tendencia a asignar responsabilidades al Estado, que no se acompaña con una tendencia equivalente a aceptar subidas fiscales ni a confiar en la eficacia de gestión de las Ad-

ministraciones Públicas. Asimismo, cualquier innovación en la prestación de servicios, especialmente si se trata de una ampliación o mejora de la cobertura, genera un cambio en la estructura y volumen de la demanda, hasta absorberla.

Si los estudios se concentran en la demanda de cuidados en lugar de en la oferta, es sobre todo por la debilidad política del colectivo al que socialmente se adscribe la obligación de proporcionarla. Son mujeres, dispersas, de edad mediana o avanzada, y fueron socializadas en las Leyes Fundamentales preconstitucionales, que les exigían, incluso legalmente, un papel secundario y de exclusión de la vida política. Es fundamentalmente por el carácter subordinado y carente de vertebración sindical o política de esta generación por lo que no se ha producido un cambio más rápido y profundo en las políticas públicas, sanitarias y sociales en España. Ellas constituyen el soporte básico del Estado (familia) de Bienestar español.

II. Los flujos de entrada y salida en la situación de dependencia

En la categoría de dependiente se entra, se permanece y se sale. Las dependencias temporales breves no son las que preocupan principalmente en la adopción de decisiones en políticas públicas, sino las de larga duración o cronificadas. El ingreso en la categoría de «dependiente» se produce por múltiples vías:

- a) Psicológica (autopercepción)
- b) Social (percepción por los demás)
- c) Médica (dictamen clínico)
- d) Administrativa

Las distintas agencias de la Administración Pública, así como las compañías aseguradoras y otras instituciones privadas, dedican una parte considerable de sus recursos a vigilar el acceso administrativo a la condición de «dependiente», por los muchos compromisos que este reconocimiento acarrea. Pero hay que destacar que los otros criterios o condiciones son igualmente importantes, y no se presentan con la misma frecuencia entre toda la población. No todo el mundo tiene la misma facilidad para acceder a recibir revisiones médicas rutinarias que detecten situaciones de discapacidad, ni cuenta con la misma ayuda social para interrumpir su trabajo remunerado o no remunerado. Actualmente, muchos de los cuidadores deberían gozar por sí mismos del estatuto de discapacitados. Los estudios sobre población marginal también muestran la dificultad de hacer llegar las ayudas y sistemas de protección a los sectores en situaciones extremas de marginalidad.

La literatura sobre protocolos de acceso al estatuto de dependiente es muy numerosa y algunas de las escalas utilizadas se aplican internacionalmente. Sin embargo, pequeñas variaciones de definición o procedimiento acarrear aumentos o descensos del volumen de personas reconocibles como dependientes, que alteran considerablemente los resultados. Igual sucede con las estadísticas de discapacidad, con enormes variaciones según el criterio de definición elegido y el modo de distinguir entre discapacidad, invalidez o la pérdida de funciones debida al enveje-

cimiento. Unos días de diferencia en la fecha en que se produjo la enfermedad o el accidente o en la que se inició la tramitación del expediente pueden dar lugar a situaciones administrativas muy dispares, como han puesto de relieve los estudios monográficos (Durán, 2004a).

La experiencia de países que han implantado hace más tiempo sistemas de protección a dependientes puede ser útil para España. El reciente estudio realizado para Francia por M. Duée y C. Rebillard, «*La dépendence des personnes âgées: une projection à long terme*» (INSEE, 2004) utiliza el modelo de microsimulación DESTINIE para calcular el futuro volumen de personas dependientes, en función de las encuestas de dependencia realizadas a fines de los años noventa y de las proyecciones demográficas. Otorga especial atención al concepto de cuidadores («*aides*») potenciales, que equipara con cónyuges e hijos, así como al de dependientes sin cuidadores potenciales.

Además de una desagregación minuciosa por grupos de edad y otras características socioeconómicas, este informe llama la atención sobre la diferente probabilidad de mujeres y hombres de llegar a la condición de dependientes, así como de «dependientes sin ayudas potenciales». Lo hace solamente con criterios de disponibilidad demográfica, y no de disponibilidad social, que harían la situación aún más dispar. En lo que llaman «escenario central», el número de «ayudas potenciales por dependiente» (cónyuges e hijos en condiciones de validez) se reducirá entre el año 2000 y el año 2040 desde 2'8 personas a 2'2 para los varones; para las mujeres bajará de las 2'2 personas potenciales de ayuda que disponen en la actualidad, a 2'0 personas. A partir de estos datos podemos estimar que, en términos relativos, este descenso supone para los varones una reducción del 21% del potencial de cuidadores, que si se distribuyese por igual en todo el período equivaldría a una pérdida anual superior al 5%. Para las mujeres, la pérdida de ayudas potenciales equivaldrá a un 10%,

equivalente a una reducción anual sobre la disponibilidad actual del 2'5%.

Hay que resaltar la disparidad de cobertura potencial actual para hombres y mujeres: los varones tienen, solamente por factores demográficos de esperanza de vida y edad respecto a su pareja, un 27% más de disponibilidad de ayuda potencial durante la dependencia que las mujeres.

Otro informe reciente sobre el sistema de atención a las personas de edad avanzada en la región parisina Ile-de-france (María et Pepin, 2004) ha puesto de relieve la multiplicidad de sistemas y formas de apoyo financiadas con recursos públicos, que van desde la institucionalización hasta las pequeñas y múltiples ayudas ofrecidas a domicilio. De este informe pueden obtenerse varias conclusiones útiles para la previsión de lo que sucederá en España en los próximos años, que resumimos brevemente:

- El techo en los servicios ofrecidos lo pone, fundamentalmente, la financiación disponible.
- Entre 1980 y 2003 el número de plazas en establecimientos ha crecido un 32%, (al ritmo de más del 1'5% anual si se distribuyese homogéneamente), pero la población de más de setenta y cinco años ha crecido en este período un 45%, por lo que la tasa real de cobertura ha empeorado a pesar de la mejora de instalaciones.
- Sólo la mitad de los ancianos residentes son definidos como «*vraiment essoniens*»; en otras palabras, la determinación por criterios geográficos de quienes pueden acceder a los servicios públicos de una región es muy difícil respecto a las personas ancianas, cuyos hijos residen frecuentemente en lugares diferentes de los propios.
- En general, los beneficiarios están satisfechos con las prestaciones que reciben (62%).
- Los cambios legales y acuerdos políticos tienen un efecto inmediato sobre las instituciones públicas y privadas que ofrecen servicios, que rápidamente se reajustan para acogerse a las innovaciones más ventajosas.
- El grado de medicalización de las plazas institucionales es muy variado. La oferta privada se concentra en casas de reposo o retiro, que requieren menor grado de medicalización.
- Hay un alto equipamiento en la región de «*logements-foyer*», intermedios entre domicilio o instituciones.

ments-foyer», intermedios entre domicilio o instituciones. Sin embargo, estadísticamente pueden pasar desapercibidos porque el INSEE (Instituto francés de estadística) les incluye en la categoría de domicilios.

- El nivel de institucionalización es más elevado en los ancianos que no tienen cónyuges ni hijos.
- Aunque los entrevistados se manifiesten satisfechos en general, la distancia entre los servicios que consideran necesarios y los que reciben es digna de tenerse en cuenta. Por ejemplo, entre quienes reciben ayuda domiciliaria del APA (el sistema francés de ayuda a dependientes), el número de horas mensuales de ayuda que dicen necesitar es 70'7, mientras que el APA sólo se hace cargo de 57'5 horas. La diferencia entre ambas es 13'2 horas mensuales, un 23% respecto a las efectivamente asumidas por el sistema asistencial.

También en España la tónica general manifestada en las encuestas es de satisfacción con la atención recibida por el enfermo. Según el Informe ISERIC, los «*satisfechos*» son el 72%, aunque una proporción del 23% señala que están «*satisfechos con unos aspectos e insatisfechos con otros aspectos*». Sólo un 5% se declara abiertamente insatisfecho. No obstante, los indicadores de satisfacción requieren un análisis un poco más profundo que la mera constatación de cifras. Los cuidadores tienen una edad más avanzada que el promedio de la población, y este grupo de edad tiende a manifestarse más satisfecho que los más jóvenes en todos los aspectos de la vida. Además, en el enjuiciamiento de la atención recibida interfiere un elemento subjetivo muy fuerte, que es la autocapacidad/incapacidad que simultáneamente evalúa el entrevistado, para ofrecer a su familiar una atención adecuada. Esa sutileza en el juego de aspiración y resignación la resume muy bien este fragmento, proveniente del informe ISERIC:

— «... y si no, ¿Qué habíamos de hacer?»

II.1. La división del trabajo dentro de la familia. Los cuidadores potenciales.

La definición del concepto de «*dependiente*» es siempre relativa. Dentro de las familias se producen

divisiones del trabajo, generalmente siguiendo un eje de género, que hace a las mujeres «*dependientes*» respecto a los ingresos que son aportados por los varones, y a los varones les hace igualmente «*dependientes*» respecto a los servicios no remunerados que producen las mujeres para el hogar. Esta división tradicional entre dependencias y tipos de producción está cambiando en la actualidad rápidamente, pero más por la vía de la incorporación de las mujeres al empleo remunerado que por la incorporación de los

varones a la producción de servicios no remunerados en el hogar para la atención de su propio mantenimiento y del de otros miembros de la familia residentes en el hogar o la familia extensa.

La tabla adjunta muestra algunos resultados de la Encuesta sobre Trabajo No Remunerado, realizada para un estudio del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, a mujeres de la Comunidad de Madrid en el año 2003.

Tabla II.1. MOTIVO DE LA ESPECIAL DEDICACIÓN DE LA PERSONA QUE MÁS ATENCIÓN REQUIERE EN EL HOGAR.

Motivo de la especial dedicación	Todos los hogares		Sólo los hogares donde hay alguien que requiere especial dedicación	
	N	%	N	%
Ninguna persona con especial dedicación	492	41,2		
Es niño	276	23,1	276	39,3
Es una persona enferma	44	3,7	44	6,3
Es anciano	102	8,6	102	14,5
Está ocupado en otras actividades la mayor parte del día	264	22,1	264	37,6
Otras razones	16	1,3	16	2,3
TOTAL	1194	100,0	702	100,0

Fuente: Encuesta CSIC sobre Mujeres y Trabajo No Remunerado (EMTNR). Comunidad de Madrid, 2003. Proyecto dirigido por M.A. Durán.

Su percepción de la demanda y de la disponibilidad de tiempo para el cuidado de otros en el hogar es diferente de la que se deriva de los meros datos demográficos sobre ayudadores potenciales: un 8'6% del total de hogares dedican especial atención a uno o varios ancianos, y un 3'7% lo hacen con algún enfermo. No llegan a la mitad (41'2%) los hogares en que nadie requiere especial atención, aunque la principal demanda proviene de niños (en 23'1% de los hogares). El dato poco resaltado en otros estudios y digno de señalar es que en el 22'1% de los hogares existen personas que requieren especial dedicación de hecho, a pesar de estar sanas y ser potencialmente disponibles para el autocuidado, porque están

ocupadas en otras actividades la mayor parte del día. Al menos en el caso de España, las categorías de «*ayuda potencial*» estimada con criterios demográficos no se corresponden con la disponibilidad potencial estimada con criterios sociales.

Como ya señalábamos, las estimaciones demográficas son una base de partida imprescindible pero insuficiente. Son factores sociales más que demográficos los que rigen el código real de intercambio y donación de cuidados. Los varones dependientes dispondrán de más recursos institucionales, mejores pensiones, más patrimonio, y más personas dispuestas a cederles el necesario tiempo de cuidado. Las mujeres, al contra-

rio, dispondrán de pocos recursos institucionales por su ausencia del mercado de trabajo a lo largo de su vida, tendrán pensiones más reducidas, y no dispondrán del mismo número de cuidadores devotos y entrenados para serlo aunque demográficamente pueda atestigüarse que existen cuidadores potenciales.

II.2. Aplicación de la escala de Madrid a la previsión de las demandas de cuidado a corto y medio plazo

La escala de Madrid es un instrumento simple de previsión de demanda de cuidados en función de las proyecciones demográficas que ha sido diseñado y puesto a punto en diversos estudios realizados en el Departamento de Economía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid). Es similar a la muy conocida escala de Oxford que se utiliza en los estudios sobre pobreza en función del tamaño y composición por edad de los miembros del hogar, pero en lugar de referirse a los ingresos en dinero se refiere al consumo de servicios de cuidado no remunerados.

En las tablas siguientes se aplica al nivel macrosociológico, para toda la población española, tomando como base las proyecciones demográficas publicadas por el INE en 2004, a partir del Censo de 2001.

La escala parte del supuesto de que el nivel medio habitual de consumo de servicios de cuidado no remunerados en la población de edad potencialmente activa, es la cifra que sirve para referencia en el cómputo, y es igual a una unidad. Los más jóvenes y los más viejos consumen más servicios, y en los dos extremos llegan a duplicar, como promedio, la cantidad de atención consumida por las personas de edades centrales (18 a 64 años). Existen variantes más complejas de la escala de Madrid, pero en esta ocasión sólo se ha manejado la más simple, que se refiere a todo tipo de servicios y no solamente a los cuidados de la salud.

En la tabla II.2 puede verse la población estimada para 2001 según el Censo, y su distribución entre los grupos de edad significativos a efectos del consumo de servicios de cuidado, así como las unidades de demanda generadas por cada grupo de edad. La columna K expresa la cantidad de unidades de cuidado que recaen sobre las mujeres en edad potencialmente activa, en la hipótesis de que sólo ellas se hagan cargo de la prestación de servicios de cuidado a toda la población y/o a cada uno de los grupos de edad. Como promedio, cada mujer de 18 a 64 años proporciona un trabajo de cuidado equivalente al que necesitan 3,64 personas en edad potencialmente activas. Si se asume como hipótesis que en este grupo de edades centrales todo el mundo se atiende a sí mismo, todavía quedan 1,63 unidades de cuidado que tiene que satisfacer cada mujer de esa edad, correspondientes a la demanda de niños, adolescentes y personas mayores. Si los varones de edades centrales no se atendieran a sí mismos, esto recargaría el trabajo potencial de las mujeres en 1,77 unidades como promedio para cada una, con lo que alcanzaría las 3,40 unidades de cuidado por mujer.

El grupo de más de sesenta y cinco años genera actualmente una demanda total de 5.404.794 unidades de cuidado; si la satisfacción de esta demanda se adscribiese exclusivamente a las mujeres de dieciocho a sesenta y cuatro años, a cada una le correspondería producir 0,41 unidades de cuidados por este concepto.

Las tres tablas siguientes permiten prever la evolución de la demanda en los próximos cincuenta años, a partir de las previsiones demográficas publicadas recientemente por el INE. Para el fin de la década, la cantidad de unidades de cuidado que tendrá que producir la población femenina en edad potencialmente activa será 3,72, esto es, un aumento de 0,12 puntos en la escala por comparación con 2001, o lo que es lo mismo en términos relativos, un aumento porcentual del 2,2 %. El aumento de la demanda proveniente de personas mayores será más elevado, pasará de 0,41 a 0,50, que en términos proporcionales equivale a un incremento del 22%.

Tabla II.2. ESTIMACIÓN DE LAS UNIDADES DE DEMANDA DE CUIDADOS EN ESPAÑA, 2001. ESCALA DE MADRID.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Ponderación	Población	Unidades de demanda (A*B)	Distribución por edad de la demanda en C (%)	Población hombres	Ud. Demanda varones (A*E)	Distribución por edad de la demanda en F (%)	Población mujeres	Ud. Demanda mujeres (A*H)	Distribución por edad de la demanda en I (%)	Demanda de cuidados de los grupos de edad sobre mujeres potencialmente activas ¹ (C/13.273.658)
1. Total		40.964.244	48.326.496	100,0	20.081.619	23.479.513	100,0	20.882.625	24.846.983	100,0	3,64
2. De 0 a 4 años	2	1.933.139	3.866.278	8,0	992.398	1.984.796	8,5	940.741	1.881.482	7,6	0,29
3. De 5-14 años	1,5	4.027.116	6.040.674	12,5	2.067.993	3.101.990	13,2	1.959.123	2.938.685	11,8	0,46
4. De 15 a 17 años	1,2	1.416.240	1.699.488	3,5	726.569	871.883	3,7	689.671	827.605	3,3	0,13
5. De 18 a 64 años	1	26.637.043	26.637.043	55,1	13.363.385	13.363.385	56,9	13.273.658	13.273.658	53,4	2,01
6. De 65 a 74 años	1,2	3.898.516	4.678.219	9,7	1.783.014	2.139.617	9,1	2.115.502	2.538.602	10,2	0,35
7. De 75 a 84 años	1,7	2.331.955	3.964.324	8,2	928.924	1.579.171	6,7	1.403.031	2.385.153	9,6	0,30
8. 85 y más	2	720.235	1.440.470	3,0	219.336	438.672	1,9	500.899	1.001.798	4,0	0,11
Demanda/población total			1,18			1,17			1,19		
Demanda/población 18-64			1,81			1,76			1,87		
Demanda/mujeres 18-64 años			3,64			1,77			1,87		
Demanda/población 18 y más			1,44			1,44			1,44		
Demanda/mujeres 18 y más			2,79			1,36			1,44		

(1) Mujeres entre 18 y 64 años (13.273.658).

Fuente: Elaboración de M. A. Durán y J. Rogero sobre datos del Instituto Nacional de Estadística. Censo de 2001.

Tabla II.3. ESTIMACIÓN DE LAS UNIDADES DE DEMANDA DE CUIDADOS EN ESPAÑA, 2010. ESCALA DE MADRID.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Ponderación	Población	Unidades de demanda (A*B)	Distribución por edad de la demanda en C (%)	Población hombres	Ud. Demanda varones (A*E)	Distribución por edad de la demanda en F (%)	Población mujeres	Ud. Demanda mujeres (A*H)	Distribución por edad de la demanda en I (%)	Demanda de cuidados de los grupos de edad sobre mujeres potencialmente activas ¹ (C/14.653.283)
1. Total		45.686.498	54.552.039	100,0	22.518.809	26.619.956	100,0	23.167.689	27.932.083	100,0	3,72
2. De 0 a 4 años	2	2.401.378	4.802.756	8,8	1.237.595	2.475.190	9,3	1.163.783	2.327.566	8,3	0,33
3. De 5-14 años	1,5	4.468.513	6.702.770	12,3	2.296.640	3.444.960	12,9	2.171.873	3.257.810	11,7	0,46
4. De 15 a 17 años	1,2	1.281.333	1.537.600	2,8	657.795	789.354	3,0	623.538	748.246	2,7	0,10
5. De 18 a 64 años	1	29.604.503	29.604.503	54,3	14.951.220	14.951.220	56,2	14.653.283	14.653.283	52,5	2,02
6. De 65 a 74 años	1,2	3.825.119	4.590.143	8,4	1.775.638	2.130.766	8,0	2.049.481	2.459.377	8,8	0,31
7. De 75 a 84 años	1,7	2.990.120	5.083.204	9,3	1.237.919	2.104.462	7,9	1.752.201	2.978.742	10,7	0,35
8. 85 y más	2	1.115.532	2.231.064	4,1	362.002	724.004	2,7	753.530	1.507.060	5,4	0,15
Demanda/población total			1,19			1,18			1,21		
Demanda/población 18-64			1,84			1,78			1,91		
Demanda/mujeres 18-64 años			3,72			1,82			1,91		
Demanda/población 18 y más			1,45			1,45			1,45		
Demanda/mujeres 18 y más			2,84			1,39			1,45		

(1) Mujeres entre 18 y 64 años (14.653.283).
Fuente: Elaboración de M. A. Durán y J. Rogero sobre datos del Instituto Nacional de Estadística. Censo de 2001.

Tabla II.4. ESTIMACIÓN DE LAS UNIDADES DE DEMANDA DE CUIDADOS EN ESPAÑA, 2025. ESCALA DE MADRID.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Ponderación	Población	Unidades de demanda (A*B)	Distribución por edad de la demanda en C (%)	Población hombres	Ud. Demanda varones (A*E)	Distribución por edad de la demanda en F (%)	Población mujeres	Ud. Demanda mujeres (A*H)	Distribución por edad de la demanda en I (%)	Demanda de cuidados de los grupos de edad sobre mujeres potencialmente activas ¹ (C/15.158.566)
1. Total		50.081.151	60.277.296	100,0	24.792.226	29.486.653	100,0	25.288.925	30.790.643	100,0	3,98
2. De 0 a 4 años	2	2.096.089	4.192.178	7,0	1.080.275	2.160.550	7,3	1.015.814	2.031.628	6,6	0,28
3. De 5-14 años	1,5	4.892.390	7.338.585	12,2	2.520.621	3.780.932	12,8	2.371.769	3.557.654	11,6	0,48
4. De 15 a 17 años	1,2	1.584.512	1.901.414	3,2	816.135	979.362	3,3	768.377	922.052	3,0	0,13
5. De 18 a 64 años	1	30.880.487	30.880.487	51,2	15.721.921	15.721.921	53,3	15.158.566	15.158.566	49,2	2,04
6. De 65 a 74 años	1,2	5.304.462	6.365.354	10,6	2.508.804	3.010.565	10,2	2.795.658	3.354.790	10,9	0,42
7. De 75 a 84 años	1,7	3.490.483	5.933.821	9,8	1.518.720	2.581.824	8,8	1.971.763	3.351.997	10,9	0,39
8. 85 y más	2	1.832.728	3.665.456	6,1	625.750	1.251.500	4,2	1.206.978	2.413.956	7,8	0,24
Demanda/población total			1,20			1,19			1,22		
Demanda/población 18-64			1,95			1,88			2,03		
Demanda/mujeres 18-64 años			3,98			1,95			2,03		
Demanda/población 18 y más			1,45			1,45			1,46		
Demanda/mujeres 18 y más			2,85			1,40			1,46		

(1) Mujeres entre 18 y 64 años (15.158.566).

Fuente: Elaboración de M. A. Durán y J. Rogero sobre datos del Instituto Nacional de Estadística. Censo de 2001.

Tabla II.5. ESTIMACIÓN DE LAS UNIDADES DE DEMANDA DE CUIDADOS EN ESPAÑA, 2050. ESCALA DE MADRID.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Ponderación	Población	Unidades de demanda (A*B)	Distribución por edad de la demanda en C (%)	Población hombres	Ud. Demanda varones (A*E)	Distribución por edad de la demanda en F (%)	Población mujeres	Ud. Demanda mujeres (A*H)	Distribución por edad de la demanda en I (%)	Demanda de cuidados de los grupos de edad sobre mujeres potencialmente activas ¹ (C/13.789.222)
1. Total		53.147.442	67.038.729	100,0	26.330.767	32.742.688	100,0	26.816.675	34.296.041	100,0	4,86
2. De 0 a 4 años	2	2.238.847	4.477.694	6,7	1.153.908	2.307.816	7,0	1.084.939	2.169.878	6,3	0,32
3. De 5-14 años	1,5	4.786.728	7.180.092	10,7	2.466.244	3.699.366	11,3	2.320.484	3.480.726	10,1	0,52
4. De 15 a 17 años	1,2	1.442.684	1.731.221	2,6	743.077	891.692	2,7	699.607	839.528	2,4	0,13
5. De 18 a 64 años	1	28.284.344	28.284.344	42,2	14.495.122	14.495.122	44,3	13.789.222	13.789.222	40,2	2,05
6. De 65 a 74 años	1,2	7.061.728	8.474.074	12,6	3.470.148	4.164.178	12,7	3.591.580	4.309.896	12,6	0,61
7. De 75 a 84 años	1,7	5.916.392	10.057.866	15,0	2.733.407	4.646.792	14,2	3.182.985	5.411.075	15,8	0,73
8. 85 y más	2	3.416.719	6.833.438	10,2	1.268.861	2.537.722	7,8	2.147.858	4.295.716	12,5	0,50
Demanda/población total			1,26			1,24			1,28		
Demanda/población 18-64			2,37			2,26			2,49		
Demanda/mujeres 18-64 años			4,86			2,37			2,49		
Demanda/población 18 y más			1,50			1,49			1,51		
Demanda/mujeres 18 y más			2,95			1,44			1,51		

(1) Mujeres entre 18 y 64 años (13.789.222).
Fuente: Elaboración de M. A. Durán y J. Rogero sobre datos del Instituto Nacional de Estadística. Censo de 2001.

La tabla II.6 ofrece una visión de conjunto de la evolución de la demanda de cuidados. Hay que insistir en que la escala utilizada es de tipo general, y si se refiriese a cuidados de salud el incremento de la demanda sería mucho más acentuado. También hay que insistir en que la hipótesis de la adscripción de la satisfacción de la demanda al grupo constituido por las mujeres de dieciocho a sesenta y cuatro años solo tiene la finalidad de visibilizar el fenómeno. Su objetivo es, precisamente, contribuir a la modificación de un escenario que por la inercia de la tradición tiene

actualmente excesivas probabilidades de convertirse en real si no se adoptan para impedirlo las pertinentes medidas sociales y políticas. Las estimaciones para 2025 y 2050 son a medio plazo, pero muchas de las medidas relacionadas con la vejez y la dependencia necesitan también largos períodos de tiempo hasta que producen frutos: así sucede con los planes de pensiones, con la formación de especialistas y, en menor medida, con la educación en estilos de vida y la construcción de infraestructuras.

Tabla II.6. LA DEMANDA DE CUIDADOS A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO.

	2001		2010		2025		2050	
	Unidades de cuidado	% A/A	Unidades de cuidado	Incremento porcentual % B/A	Unidades de cuidado	Incremento porcentual % C/A	Unidades de cuidado	Incremento porcentual % D/A
1. Demanda total en unidades de cuidado	48.326.496		54.552.039		60.277.296		67.038.729	
2. Demanda/poblacion total	1,18	100	1,19	101	1,2	102	1,26	107
3. Demanda/poblacion 18-64 años	1,81	100	1,84	101	1,95	107	2,37	131
4. Demanda/mujeres 18-64 años	3,64	100	3,72	102	3,98	109	4,86	133
5. Demanda población 65 y más años/ mujeres 18-64 años	0,41	100	0,5	122	0,59	144	1,23	300

Fuente: Elaboración de M.A.Duran y J.Rogero sobre datos del INE, «Proyecciones demográficas en base al Censo de Población 2001», 2004.

Como puede verse en la tabla II.6, para 2025 la demanda general de cuidados de la población de sesenta y cuatro o más años aumentará un 44% respecto a la del año 2001, lo que significa un auténtico desafío presupuestario y organizativo, especialmente si España cumple con las propuestas europeas de incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y al empleo. La incorporación de las mujeres de edades jóvenes e intermedias al empleo remunerado es un objetivo de primera magnitud, pero reducirá la cifra de personas realmente disponibles para hacerse cargo de la producción de servicios no remunerados para el resto de la población española y, especialmente, para la población de edad avanzada.

Para el año 2050, el crecimiento de la demanda y su repercusión sobre las mujeres en edades centrales se triplicará respecto al actual, sin que haya disminuido la demanda procedente de otros grupos de edad. Sin duda, la desproporción entre la necesidad previsible de cuidados y los servicios disponibles en la actualidad es uno de los mayores desafíos del Estado de Bienestar español.

II.3. Los estilos de vida saludables

La frontera de acceso a la condición de dependiente es flexible. Flexible administrativamente, pero también elástica de hecho, en el sentido de que ciertos ti-

pos de conductas puedan adelantarla o retrasarla. Los *estilos de vida sanos* son una condición social en la que hay que insistir tanto o más que en la prevención médica y en las medidas farmacéuticas.

Así lo ha hecho, por ejemplo, el informe de Eurostat «*Statistiques de la Santé. Chiffres clés sur la Santé: Données 1971-2001*» (2004), que aporta abundante información sobre relaciones entre salud y trabajo, medio ambiente, tabaco, alcohol, tráfico, drogas y exclusión social.

Otros estudios recientes han puesto de relieve que el estrés ocasiona el envejecimiento prematuro. Lo que es digno de notar en relación con el cuidado a dependientes, es que la muestra de control elegida para estudiar el efecto bioquímico del estrés está precisamente formada por madres que cuidan a hijos con padecimientos severos. Su nivel de envejecimiento es diez años mayor que el de las mujeres que no están sometidas a esta situación familiar estresante. Los mismos resultados, aunque no cuantificados, se han hallado en España en los cuidadores de enfermos dependientes por ictus cerebral. No se disponen de estadísticas sobre ello, pero sin duda la carga prolongada del cuidado a dependientes en condiciones desfavorables conlleva, además del sufrimiento, el acortamiento de la esperanza de vida del cuidador.

El ejercicio físico, la dieta equilibrada, el mantenimiento del peso adecuado y la restricción del tabaco y el alcohol son piezas claves en el mantenimiento del buen estado de la salud de la población y en el retraso de la dependencia. Los beneficios de medidas de este tipo son, como señala la OMS, muy rentables en términos de coste/beneficio, aunque su falta de espectacularidad no les provea del prestigio de otras actuaciones de tipo médico que conllevan mayor parafernalia técnica y que exigen mayores desembolsos económicos. En otras palabras, las políticas de prevención de la dependencia deben asociarse a políticas sanitarias de educación y prevención (por ejemplo, vigilancia de la HTA) que producen resultados a medio y largo plazo (Durán, 2004a).

Mientras dura la situación de dependencia «*temporal*», tanto los dependientes como su entorno familiar y las entidades gestoras gastan una enorme can-

tidad de recursos y energía en atestiguar los avances o retrocesos en la situación. También existe sobre ello una importante literatura procesal. En los estudios monográficos aparece de modo recurrente al miedo a los plazos y al fin de los períodos de cobertura. Con frecuencia dan lugar a conflictos, malestar y litigiosidad social. En sentido contrario, los reconocimientos administrativos de incapacidad permanente, especialmente en personas jóvenes o de edad intermedia, han sido una fuente frecuente de abusos.

Las consecuencias incapacitantes de la enfermedad también pueden atenuarse mediante las políticas de rehabilitación, modificación del entorno físico y aprendizaje de nuevas habilidades. La escasez de este tipo de ayudas es en la actualidad una fuente frecuente de quejas de los familiares de enfermos dependientes (Durán, 2004a).

II.4. Nuevas actitudes hacia la autonomía ante la enfermedad y ante la muerte

En general, de la situación de dependencia se sale mal. La lucha médica va más orientada a mantener al enfermo e impedir que empeore, que a curar, porque esto último es poco probable, sobre todo entre los ancianos. Y ante esta perspectiva del final de la vida y de la inexorabilidad de la acumulación de enfermedades vuelve a plantearse otro desafío político y moral característico de los países desarrollados, al que probablemente el siglo XXI dará una respuesta diferente de la que le dieron épocas anteriores. Los avances en la tecnología médica han traído consigo consecuencias negativas inesperadas, como la incapacidad de curar, acompañada de la capacidad de mantener al enfermo terminal con vida. La controversia sólo salta a la luz pública en casos espectaculares, pero para gran parte de la población española, no siempre es la muerte el peor desenlace de una enfermedad o accidente. Muchos temen más a la condena a una situación de dolor intenso o discapacidad grave prolongada, aunque este sea un tema que sólo aflora en investigaciones cualitativas de cierta profundidad.

Las encuestas disponibles en España sobre actitudes ante las enfermedades y la muerte reflejan un respeto a la autonomía personal en este tema que en

nada se corresponde con el tratamiento legal de los derechos de término. Algunas disposiciones recientes sobre el testamento vital han suavizado la dependencia del paciente respecto al sistema sanitario, pero el contexto legal de criminalización que rodea la adopción de decisiones en este tema hace casi imposible en la práctica que se ejerza realmente la voluntad de los enfermos. Probablemente va a producirse en España en las próximas décadas un cambio en relación con la autonomía respecto a la muerte, similar

al que se produjo en los años setenta, después de la Constitución democrática de 1978, respecto a la planificación de la natalidad. La mayor dificultad para que se produzca esta liberalización (-que no su obligatoriedad-) radica en que quienes lucharon y consiguieron los derechos reproductivos hace veinticinco años eran jóvenes y con capacidad de organizarse, situación inversa de la que padecen los enfermos que hoy quisieran garantizarse alternativas respecto al final de sus vidas.

III. Negación y aceptación de la situación de dependencia

Antes señalábamos que las vías de reconocimiento de la condición de dependencia son múltiples. Por ello mismo, hay dependencias consistentes (todas las vías de reconocimiento coinciden) y dependencias inconsistentes, en las que no coincide la auto-percepción con la percepción social, médica o administrativa. La inconsistencia puede producirse en cualquier tipo de discapacidad, pero es más frecuente que se produzca en las de origen mental que en las de origen físico, porque sus efectos externos no son tan evidentes. La dimensión política de la enfermedad mental, en el sentido de cuestionar la capacidad de autonomía del sujeto que la padece, es muy diferente de las enfermedades estrictamente físicas. Con la extensión de las enfermedades degenerativas asociadas al envejecimiento, se han hecho frecuentes las demencias sobrevenidas (por ejemplo, como consecuencia de Alzheimer o ictus cerebral), que en sus fases iniciales no se diagnostican fácilmente. Los períodos intermedios de inconsistencia, cuando existe disparidad de percepción entre el enfermo y sus familiares o parte de ellos, o entre el en-

torno familiar y el laboral, o el médico y administrativo, aparecen descritos en los estudios monográficos como una de las épocas más dolorosas y conflictivas de toda la enfermedad. Los familiares se sienten impotentes frente a una situación en la que se les adscriben, respecto a los enfermos, responsabilidades legales, económicas y sociales además de las afectivas, pero en la que no tienen medios ni recursos (fuerza física, dinero, autorización legal) para ejercer su responsabilidad.

El equilibrio en la protección de intereses en conflicto, como la autonomía frente a la seguridad del propio enfermo, y el bienestar de éste frente al de sus familiares y su entorno laboral y social, es verdaderamente precario y difícil de garantizar por los poderes públicos. Pero un programa pleno de atención a la dependencia tendrá que hacer más ágiles los dispositivos legales relacionados con estas situaciones y mejorar considerablemente los recursos, actualmente muy insuficientes, disponibles para la atención de las enfermedades mentales.

IV. La dimensión cualitativa: condiciones de vida de dependientes y cuidadores

Las ciencias sociales, y más aún los informes previos a la adopción de políticas públicas, se olvidan a veces de la dimensión humana y cualitativa de los sujetos que estudian. Por un isomorfismo excesivo con las ciencias naturales, tratan de estudiar los hechos sociales solamente desde fuera, como si fuesen cosas. En los informes y documentación que se acumula sobre los enfermos y los dependientes hay no obstante una cuestión que suele repetirse, relativa a los efectos que el cuidado ha tenido para los cuidadores. Para la mayoría trae consecuencias negativas graves, además del sufrimiento.

El retrato-robot del cuidador que presentamos a continuación es bastante homogéneo, aunque en algunos tipos de dependencia, como la originada por el síndrome de Down o los accidentes de tráfico, el perfil de edad de los cuidadores sea más joven. Con ligeras diferencias según la fuente y el objetivo del estudio, el perfil del cuidador que estas encuestas arrojan es el siguiente:

1. Es mujer.
2. Tiene una edad intermedia entre 50 y 60 años como promedio; pero el promedio es la amalgama de la generación de cónyuges y de hijos. Abundan los cuidadores de edad avanzada.
3. No tiene empleo; si antes lo tuvo, ha tenido que abandonarlo.
4. Dedicar más de 40 horas semanales al cuidado del dependiente. No es raro que esta cifra se duplique o triplique.
5. Tiene dificultades económicas.
6. Asume casi en exclusiva el cuidado del dependiente. Tiene dificultad para mantener sus relaciones sociales.
7. Lo hace durante largos años, y su expectativa es que seguirá haciéndolo.
8. Padece patologías múltiples, especialmente cansancio, carencia y trastornos del sueño, dolores de espalda y, frecuentemente, depresión.
9. No tiene tiempo ni oportunidad de cuidarse a sí misma/o.
10. Siente miedo respecto a su futuro.

Tabla IV.1. EFECTOS NEGATIVOS EN LA VIDA DEL/LA CUIDADOR/A (MULTIRRESPUESTA SIN LÍMITE DE RESPUESTAS).

Efectos	Sí		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Traslado de casa o acogimiento del enfermo	25	19	109	81	134	100
Abandono total o parcial de empleo	22	16	112	84	134	100
Reducción drástica del tiempo personal	83	62	51	38	134	100
Cansancio, molestias o dolores	87	65	47	35	134	100
Depresión	48	36	86	64	134	100
Duerme menos de lo habitual	68	51	66	49	134	100
Problemas con familiares	19	14	115	86	134	100
Problemas económicos	29	22	105	78	134	100
Pérdida de independencia	86	64	48	36	134	100
Miedo al futuro	53	40	81	60	134	100
Sufrimiento por la situación del enfermo	80	60	54	40	134	100
Dificultad para continuar con las actividades de cuidado	21	16	113	84	134	100
Otros efectos	46	34	88	66	134	100

Fuente: Durán, M.A. estudio ISEDIC, 2004.

El informe ISEDIC, sobre dependientes por ictus cerebral, ofrece una gran riqueza de materiales cualitativos, de expresiones directas de los cuidadores recogidas a través de entrevistas en profundidad. En síntesis, sus palabras no son muy distintas de las que habrían pronunciado otros cuidadores, especialmente los que se ocupan de enfermos con un nivel de dependencia elevado.

Las condiciones de vida de los dependientes y de sus cuidadores se perciben claramente con las dos tablas siguientes: como puede verse, los cuidadores sufren pérdidas importantes que afectan seriamente a su salud. En cuanto a los dependientes, que con frecuencia no pueden manifestar por sí mismos su situación, se reflejan como en un espejo a través de las atenciones que sus cuidadores les dedican.

Tabla IV.2. TAREAS REALIZADAS POR EL/LA CUIDADOR/A PARA AYUDAR AL/LA ENFERMO/A (MULTIRRESPUESTA SIN LÍMITE DE RESPUESTAS).

Tareas	Realiza		No realiza		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aseo personal y/o darle de comer	91	67	45	33	136	100
Supervisar toma de medicación, curas	97	71	39	29	136	100
Acompañarle al médico o mantener contacto con el sistema sanitario	107	79	29	21	136	100
Acompañarle en general, ayudar a moverse, acompañar a pasear, informar a otros familiares	89	65	47	35	136	100
Tareas domésticas de limpieza y mantenimiento (limpiar baño, ropa, etc.)	98	72	38	28	136	100
Preparar comida, comprar alimentos	106	78	30	22	136	100
Otras compras, gestiones	101	74	35	26	136	100
Movilidad en la cama*	37	65	20	35	57	100
Transferencias*	47	82	10	18	57	100
Darle de comer*	50	88	7	12	57	100
Informar a otros familiares, apoyo emocional*	43	75	14	25	57	100

* Hay menos casos debido a que son categorías extras, introducidas en el cuestionario solamente de la Comunidad de Madrid, Cataluña y Valencia.

Fuente: Durán, M.A. estudio ISEDIC, 2004.

V. El muelle tensado: Elasticidad y contención del coste del cuidado a la población dependiente

La visibilización de los costes de atención a la población dependiente es difícil porque requiere un cambio de paradigma en las prácticas contables. Por una parte, requiere integrar cuidadosamente gastos que se realizan en ámbitos muy distintos (los hogares, las instituciones públicas, las instituciones sin ánimo de lucro); y por otra y sobre todo, requiere aceptar que sólo una pequeña parte del gasto está monetarizado y es fácilmente aprehensible con los instrumentos de medida habituales.

Por ejemplo, nada tan engañoso como las cifras de «consumo en salud» publicadas a partir de las encuestas de presupuestos familiares o fuentes similares. Eurostat estima que el consumo final de las familias europeas en salud es sólo el 3'19% de su consumo total, pero esta cifra no dice nada sobre el esfuerzo real que el cuidado de la salud cuesta a los hogares; no incluyen las fuertes detracciones sobre salarios e impuestos para financiar las prestaciones de la Seguridad Social ni incluye, lo que es aún más gravoso, el tiempo dedicado a atender la salud de enfermos y dependientes por edad o discapacidad.

También son muy engañosas las cifras manejadas para el sector salud en el Sistema Contable de Salud («SHA»), que para los países de la OCDE estima su contribución en un 8% del Producto Interior Bruto (PIB). Como reconoce el informe de la OCDE «A System of Health Accounts» (2000), «la producción de servicios personales de salud por los miembros de los hogares para su propio consumo final se excluye de la producción tal como es medida en las prácticas convencionales de la contabilidad nacional» (op. cit. pág 59). La línea fronteriza entre los servicios incluidos y no incluidos es artificiosa; solamente se incluyen los servicios en los que el cuidador recibe por ello una ayuda o subvención con ese propósito. Siguiendo con la misma fuente: «El valor del trabajo de cuidado realizado en los hogares vale lo que los programas sociales quieran subvencionarle. Por supuesto, este tratamiento no es del todo satisfactorio, porque el tiempo total empleado en el trabajo de cui-

dar la salud no se toma en consideración» (op. cit., p. 60). A pesar del reconocimiento de la insuficiencia del tratamiento contable, priman las técnicas y definiciones contables basadas en la conversión de la actividad de cuidado en dinero. Otro aspecto diferente, reconocido asimismo por los expertos en Contabilidad Nacional y en Cuentas Satélites de Salud, es que las estimaciones actuales infravaloran los flujos de pagos ilegales o en dinero negro y a profesionales no autorizados a ejercer las profesiones sanitarias.

Un análisis más realista del coste del cuidado de la población dependiente tendría que tener en cuenta estos cuatro factores principales:

1. La cantidad de personas que precisan / reclaman / reciben cuidados.
2. La gravedad de su dependencia.
3. La cantidad y calidad de los servicios prestados.
4. El precio pagado a los cuidadores por la prestación de cuidado.

Respecto al primer punto hay que señalar la disparidad entre necesidad, reclamación y recepción efectiva del cuidado. La correspondencia entre unas y otras depende sobre todo de actuaciones administrativas, y según el celo aplicado a descubrir y reconocer las situaciones de carencia, este componente puede variar considerablemente.

Respecto al punto segundo, hay que destacar la tendencia al agravamiento y multiplicación de las dolencias en la población de edad avanzada. Los pacientes cuyas necesidades de atención se cubren en la primera etapa con algunas horas semanales, frecuentemente evolucionan en pocos años hacia necesidades mucho más intensas. El aumento del grado de dependencia se acelera mucho –como promedio– a partir de los setenta y cinco años. Por ejemplo, el 40% de los familiares entrevistados para el informe ISEDIC sobre dependientes por ictus cerebral, dijo que el enfermo al que cuidan no podía quedarse sólo «nunca» y otro 41% dijo que solamente «una o dos horas diarias». Con la legislación laboral vigente, en base a

jornadas semanales de cuarenta horas, festivos y vacaciones, hacen falta turnos de varias personas para cuidar a un enfermo. Algunas de las tareas de cuidado, como desplazamientos, aseo y gestiones, requieren asimismo de varias personas simultáneamente para cubrir la necesidad de atención del enfermo.

En el informe ISEDIC, el 59% de los cuidadores dijo dedicar atención al enfermo «día y noche», es decir, todo su tiempo. Las entrevistas en profundidad corroboran este extremo y son numerosos los cuidadores que ni siquiera duermen adecuadamente durante años. Otro 15% dicen dedicarle al enfermo más de cuarenta horas semanales.

A efectos de planificación de un sistema de atención a dependientes, tan importante es cuánto cuesta el cuidado médico como quién paga los costes. Por ello es ilustrativa la tabla siguiente sobre atención sanitaria de los enfermos dependientes por ictus, obtenida del Informe ISEDIC.

Tabla V.1. SISTEMA SANITARIO UTILIZADO POR EL ENFERMO (PORCENTAJE).

Sistema sanitario	Porcentaje
Sólo Seguridad Social	77,3
Sólo aseguradora privada	3,8
Seguridad Social y aseguradora privada	17,4
Sólo profesionales sanitarios privados	1,5

Fuente: Durán, M.A. (Dir.), Informe ISEDIC, 2004.

El deslizamiento hacia la Seguridad Social como institución que se hace cargo principal del cuidado sanitario se acelera cuando los enfermos envejecen y pierden conexión con el mercado de trabajo, así como cuando sus patologías se acumulan o agravan.

La mayor parte de los dependientes son ancianos y, consecuentemente, tienen rentas bajas. No obstante, están cubiertos por la Seguridad Social en lo que a tratamiento médico y farmacéutico se refiere. En España, la mayoría de las encuestas a mayores y a sus cuidadores se han realizado a los que viven en domicilios privados, no en instituciones, por lo que el

coste principal del cuidado, que es la atención personal, permanece invisible al ser proporcionado por familiares que no reciben remuneración por ello. Los resultados que las encuestas arrojan respecto a su autonomía económica serían muy diferentes si se comparasen con la situación de los dependientes que viven en residencias o instituciones privadas, en las que frecuentemente se necesita el concurso de varios miembros de la familia (hijos, generalmente), además de los ingresos propios del enfermo, para hacer frente a los elevados gastos del mantenimiento.

Según el informe ISEDIC, referido solamente a enfermos dependientes no institucionalizados (aunque algunos eran usuarios de centros de día públicos), el pago de los costes habituales de vida del enfermo se produce del siguiente modo:

Tabla V.2. PAGO DE LOS GASTOS DEL ENFERMO.

	Porcentaje
El propio enfermo	57,0
El cuidador	11,0
Entre enfermo y cuidador	19,0
El cuidador y otros familiares	5,0
Otros familiares no cuidadores	1,5
Otra situación	7,0

Fuente: Durán, M.A. (Dir.), Informe ISEDIC, 2004.

Los enfermos pagan en la mayoría de los casos los desembolsos que ocasionan, pero en un 43% de los casos no pueden cubrirlos por sí mismos. Con frecuencia los gastos se cubren mediante la venta de patrimonio y el consumo de los ahorros acumulados anteriormente. La gestión de este proceso es una fuente habitual de fricción entre los familiares del enfermo, así como entre los familiares y las instituciones.

Respecto al tercer punto, la situación actual en España podría definirse como la de un muelle tensado. La tabla V.3. correspondiente al Informe ISEDIC sobre enfermos dependientes por ictus cerebral da una idea de cuál es la percepción de las familias sobre los servicios que reciben sus familiares. Esta percepción es mucho más baja que la de los responsables sanitarios, que consideran que la cobertura ofrecida en la

actualidad supera con creces este cuadro. Para ajustar ambas percepciones habría probablemente que aumentar de modo considerable las prestaciones ac-

tuales; y, además, el techo de las prestaciones deseadas está muy lejos de las que se perciben como exigibles, tanto en cantidad como en calidad.

Tabla V.3. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN GLOBAL QUE RECIBE EL ENFERMO.

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Sí estoy satisfecho/a	96	72,2
No estoy satisfecho/a	7	5,3
Satisfecho/a con unas e insatisfecho/a con otras	30	22,6
Total	133	100,0

Fuente: Durán, M.A. estudio ISEDIC, 2004.

El cuarto punto es otra pieza esencial para la planificación de la atención a dependientes. Tanto el Estado como las aseguradoras privadas y las familias tratan de reducir los costes del personal de cuidado; por ello se contratan frecuentemente trabajadores precarios, se utilizan trabajadores voluntarios no remunerados, o se fuerza a los miembros de la familia que menos posibilidad tienen de rehuir la presión, a hacerse cargo del cuidado.

En cualquier caso, la perspectiva del coste no debiera ser la predominante en el análisis de la dependencia. En las sociedades de servicios no son ya los objetos, sino los intangibles, los que realmente producen desarrollo humano y económico. Uno de los problemas endémicos en España, por comparación con el resto de la Unión Europea, es la baja incorporación de la población femenina al mercado de trabajo. Es difícil

que España alcance los objetivos propuestos por la UE en este campo mientras siga pendiente sobre las mujeres el riesgo de tener que abandonar, o ni siquiera acceder, al mercado de trabajo por la dependencia de sus familiares respecto a ellas.

La creación de servicios de cuidado será en el futuro un motor formidable de generación de empleos, cuya contribución al crecimiento de las magnitudes macroeconómicas equilibrará en buena parte los gastos ocasionados por la misma creación de los servicios. Pero si los servicios se orientan a unas prestaciones de baja calidad y al empleo de trabajadores poco cualificados y mal pagados, no atraerán a la población potencialmente activa española, sino que contribuirán a formar un futuro ghetto de trabajadores inmigrantes mal integrados.

VI. La división internacional del trabajo del cuidado

La preocupación por la situación de los dependientes alcanza ya a los organismos internacionales. En septiembre de 1999 el Comité de Ministros del Consejo de Europa, aprobó una Recomendación relativa a la dependencia (Sancho Castiello, 1999) en la que se define el concepto de dependencia como: «*Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta de pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana*». La Unión Europea ha propuesto que «*las personas dependientes, que son aquellas que necesitan cuidados para las actividades de la vida diaria, así como las personas que las cuidan en el ámbito familiar, sean un colectivo prioritario en la consideración de las políticas sociales y económicas*». (Zambrano, 2004)

Sin embargo, el trabajo de cuidado goza de muy escasa valoración en las sociedades desarrolladas, precisamente porque es la antítesis de los valores individualistas y competitivos en que estas se asientan. En España, la división internacional del trabajo es muy visible en el tema del cuidado, y esta propiciando la aparición de nuevas categorías de estratificación social. Por una parte, los largos cuidados requeridos

por la población infantil son una de las causas de la caída de la natalidad, junto a la escasez de servicios y ayudas para ella. En términos económicos es demasiado alto el coste de oportunidad de gestar y criar un niño. Por ello, la función reproductora se ha trasladado en parte a otros países, especialmente en Latinoamérica y África, que son quienes asumen los costes de gestación y crianza y aportan trabajadores ya crecidos, listos para incorporarse directamente al mercado de trabajo. En cuanto al cuidado de la población dependiente anciana o discapacitada, ese es uno de los destinos más frecuentes de la mano de obra inmigrante, sobre todo de la latinoamericana, que posee proximidad lingüística y cultural.

De la importancia de este fenómeno y de sus consecuencias sociales, legales y económicas a medio plazo, todavía no hay plena conciencia en España. Con frecuencia se trata de trabajo irregular que es utilizado por las familias españolas para paliar la escasez de servicios públicos de cuidado. Pero también, y cada vez más, son los inmigrantes quienes se hacen cargo de las tareas de menor nivel de remuneración en las residencias, hospitales, centros de día, ayudas a domicilio y otras instituciones que atienden a la población dependiente.

VII. El papel del asociacionismo

En España no hay una tradición asociacionista fuerte, aunque está más desarrollada en algunas regiones (Cataluña) que en otras. Ni la tradición centralista del Estado hasta hace pocos años ni la persistencia de núcleos familiares amplios e intensos ha facilitado la expansión del asociacionismo laico de tipo funcional o benéfico, que no obstante está conociendo un auge creciente (tercer sector, ONG's). Por su propia condición física y mental, es difícil que los enfermos dependientes, a menudo ancianos, dispongan de la energía y recursos necesarios para integrarse en movimientos asociativos, aunque hay algunas asociaciones de minusválidos físicos muy activas, que luchan, entre otras cosas, por reducir su grado de dependencia mediante la eliminación de barreras físicas urbanas. Más que asociaciones de enfermos o dependientes, lo que existen son sobre todo asociaciones de familiares de enfermos, creadas generalmente para conseguir de la Administración Pública mayor atención a sus problemas (Durán, 2003). Algunas han crecido considerablemente, han diversificado sus

objetivos y se han convertido en importantes agentes de creación de opinión. Para la Administración Pública, las asociaciones son un arma de dos filos:

- a) Las asociaciones pueden contribuir a la solución de problemas aportando su conocimiento directo de la situación, así como canalizando y gestionando recursos económicos y humanos.
- b) Las asociaciones pueden constituirse, de modo espontáneo o inducido, en interlocutores fuertes frente al Estado o las entidades públicas en defensa de sus propios intereses, incluso en contraposición con los intereses de otras asociaciones o colectivos peor organizados.

La experiencia de otros países es que las asociaciones pueden jugar un papel esencial en la prestación y gestión de la ayuda a los enfermos dependientes y sus cuidadores. En España, el panorama es desigual, tanto por el grado de desarrollo como por los sectores atendidos y el prestigio o valoración otorgada a sus actuaciones.

VIII. Alternativas a la medicalización del cuidado de dependientes

Uno de los datos más sobresalientes de la comparación entre las encuestas de 1994 y 2004 manejadas por el IMSERSO en su informe «*Cuidado en la familia de personas mayores en situación de dependencia*» es que en 1994 la respuesta «*Cualquiera puede hacerlo bien, no necesita formación ni información*», recibía 72'9% de adhesiones de los entrevistados. En 2004 sólo recibe 35'0% de adhesiones, un 32'6% dice que «hace falta preparación siempre» y otro 26'3% responde que la preparación especial hace falta «*solamente cuando la persona tiene demencia o cualquier patología de gran dependencia*».

En esta década ha evolucionado considerablemente la opinión pública en el sentido de desfamiliarizar y profesionalizar el cuidado de los enfermos, y en parte este cambio se ha debido al aumento proporcional de la población muy anciana y con grandes dependencias, así como al aumento del nivel de educación y de expectativas de los cuidadores potenciales, especialmente de las mujeres.

En el ya citado estudio de Duée y Rabillard para Francia, se constata que el porcentaje de dependientes que reciben ayuda profesional crece considerablemente con el grado de dependencia; en el nivel más leve, sólo el 7% de los que reciben ayuda utilizan ayuda exclusivamente profesional, 40% utilizan conjuntamente ayuda profesional e informal, y el 53% se limita a ayuda informal. En cambio, en el promedio de los tres niveles de mayor grado de dependencia, los que utilizan ambos sistemas ascienden al 63% (op. cit. pág. 11) y los que sólo usan ayuda informal se reducen al 40%.

Aunque las encuestas que les sirven de base no son exactamente comparables, vale la pena destacar que según la citada encuesta realizada en España para el IMSERSO en 2004, un 5% de los hogares prestan ayuda a personas mayores. La distribución de la ayuda es la siguiente: en el 4'3% de los hogares la ayuda la prestan familiares y en el 0'7%, emplea-

dos/as de hogar. El criterio de «*profesionalización*» es muy ambiguo, de hecho se confunde con la remuneración por el trabajo realizado, y no con el nivel de cualificación del cuidador. Entre quienes reciben ayuda profesional, lo más frecuente es que se trate de empleado/a de hogar (51'2% de los casos), seguido de la ayuda del Ayuntamiento (38'0%), ONG's o asociaciones (8'8%), Comunidad Autónoma (6'3%), empresas privadas (2'9%), centros de día (2'0%) o Diputación (1'0%). Este criterio de clasificación cuantifica el origen de la ayuda, pero no su cuantía ni en qué consiste (dinero, servicios, utillaje, etc...). No especifica el tiempo de cuidado recibido, que es la variable más elástica, y que, en caso de cuantificarse, pondría de relieve que el número de horas dedicadas es mucho mayor en la ayuda informal de los familiares, seguida de los empleados de hogar, que en el resto de las ayudas mencionadas.

La utilización de las ayudas que cuestan dinero al enfermo o sus familiares tiene una estricta correspondencia con el nivel socioeconómico de la familia, como bien ha puesto de relieve el Informe ISEDIC. Sencillamente, es un recurso inasequible a las familias de rentas medias y bajas y esa es la razón fundamental por la que no lo utilizan ni lo incorporan a su escenario de expectativas a corto plazo.

También es destacable, en la comparación entre 1994 y 2004, el incremento de las expectativas sobre el desarrollo de servicios de atención a domicilio (pasa a ser citado en primer lugar por el 39%, frente al 14% anterior), y los centros de día (7'2 % frente a 1'9%), residencias y teleasistencias, al mismo tiempo que se reduce el énfasis puesto anteriormente en el salario mensual para el cuidador (que baja del 62% de las menciones al 32%).

En el caso de los dependientes por ictus cerebral, que tienen un elevado grado de dependencia, la utilización de servicios es la siguiente:

Tabla VIII.1. TIPO DE ATENCIONES QUE RECIBE EL ENFERMO Y PERIODICIDAD DE LAS MISMAS (MULTIRRESPUESTA SIN LÍMITE DE RESPUESTAS).

Atenciones	No tiene esta prestación		Diaria		Semanal		Quincenal		Mensual		Trimestral		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recibe visita domiciliaria del médico	81	61	5	4	3	2	5	4	16	12	23	17	133	100
Recibe visita domiciliaria del enfermero o rehabilitador	78	59	6	5	13	10	3	2	16	12	17	13	133	100
Recibe visita de la trabajadora social o similar	119	89	8	6	1	1	1	1	2	2	2	2	133	100
Asiste al centro sanitario para chequeos	92	69	1	1	3	2	5	4	18	14	14	11	133	100
Recibe acompañamiento	92	69	36	27	4	3	0	0	1	1	0	0	133	100
Recibe asistencia de transporte para los tratamientos	117	88	4	3	3	2	0	0	2	2	7	5	133	100
Otra	107	80	6	5	6	5	3	2	2	2	9	7	133	100

Fuente: Durán, M.A. estudio ISEDIC, 2004.

Tabla VIII.2. ATENCIONES O SERVICIOS QUE RECIBE EL ENFERMO (MULTIRRESPUESTA SIN LÍMITE DE RESPUESTAS).

Atenciones	Sí		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pasa parte del tiempo en el centro de día o respiro	5	4	131	96	136	100
Recibe atención periódica sistema público o privado	41	30	95	70	136	100
Recibe atención periódica servicios sociales	14	10	122	90	136	100
Recibe cuidados de un cuidador remunerado	34	25	102	75	136	100
Recibe cuidados de otros familiares o amigos	50	37	86	63	136	100
Recibe cuidados de otras personas (voluntarios, etc.)	3	2	133	98	136	100

Fuente: Durán, M.A. estudio ISEDIC, 2004.

Por la calidad técnica requerida, el cuidado de la población dependiente siempre tendrá un componente médico importante. Pero el desafío principal que plantea la dependencia no es sanitario sino social. Para el conjunto del cuidado de la salud, diversos estudios realizados en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas en base a encuestas de Uso del Tiempo estiman que por cada 12 horas de trabajo prestadas por profesionales sanitarios, el sistema social (no institucional) contribuye con 88 horas com-

plementarias de dedicación. El nivel de bienestar y salud es el resultado de ambos esfuerzos, el profesional/remunerado y el no-profesional/ no-remunerado.

Esto, por lo que se refiere a la población general. Por lo que se refiere a la población dependiente, por ejemplo en casos avanzados de Alzheimer, nuestra estimación es mucho más dramática, solo el 0'5% del tiempo de cuidado es proporcionado por el sistema sanitario y el resto, por el entorno familiar y no

remunerado. Como la tendencia al envejecimiento reduce la proporción de enfermedades agudas respecto a crónicas, el papel de los técnicos altamente cualificados, de los que los médicos son el más claro ejemplo, ocupa cada vez un lugar menos preponderante, aunque decisivo en los momentos de diagnóstico y asignación de terapias.

La vejez y la dependencia no tienen una solución médica, aunque la medicina sea esencial para suavizar sus consecuencias. El ajuste a la situación es sobre todo social y económico; consecuentemente, las soluciones han de buscarse sobre todo en el ámbito político, social y económico.

Para des-medicalizar la dependencia hace falta un cambio de opinión pública respecto al intervencionismo sanitario que no se producirá fácilmente ni sin cierto conflicto en el seno de las propias instituciones sanitarias. Por una parte, la lucha contra la enfermedad es un *ethos* que obliga a los profesionales sanitarios a una lucha agónica y sin cuartel, que a menudo sobrepasa los recursos de los que disponen. En los

casos extremos deriva hasta el encarnizamiento terapéutico y la conversión del enfermo y sus familiares en rehenes del sistema sanitario. Por otra parte, la intervención médica, sobre todo en los casos en que va acompañada de alta tecnología, tiene un prestigio muy superior a otras formas de intervención social y en cierto modo alivia el sentimiento de angustia, temor y culpabilidad que impregna a los familiares no expertos en temas sanitarios, en el trato con el enfermo grave o en situación terminal; al depositar la responsabilidad en manos del especialista, le trasladan estos sentimientos al experto y reducen la responsabilidad propia.

Son muchas las medidas concretas que habrán de diseñarse para dar una solución factible al problema de una sociedad envejecida que debe afrontar las consecuencias negativas de su espectacular escalada en la esperanza de vida. Pero ninguna medida organizativa será tan eficaz como la pedagogía de que tanto la vejez como la muerte son destinos naturales de los seres vivos, y de que no puede construirse una sociedad de espaldas a este hecho irrevocable.

IX. Notas para un análisis comparado: La experiencia de Alemania

IX.1. Objetivos generales del seguro de cuidados

IX.1.1. Marco legal y sus objetivos

El sistema de seguridad social alemán es tan complejo y variado como el marco legal que lo define y regula. Una de las razones de esta pluralidad es el ambicioso conjunto de objetivos perseguido por la política sanitaria alemana. Algunos de los objetivos primordiales son los siguientes: derecho a la vida, protección contra la enfermedad, acceso sin límites a una atención médica al mayor nivel, máxima libertad y responsabilidad para todos los involucrados, creación, mejora y protección laboral como base para un responsable afianzamiento personal, y financiación solidaria en función de la capacidad económica familiar.

En el año 1995 el Sistema de Seguridad Social alemán introdujo en su esquema de cobertura el seguro obligatorio de cuidados, conocido desde entonces como «el quinto pilar». El seguro de cuidados constituye junto con el seguro de enfermedad (1883), de accidentes (1884), de invalidez (sistema de renta y pensiones, 1889) y de desempleo (1927) la base del Estado de Bienestar alemán.

En Alemania existe la posibilidad de asegurarse mediante la seguridad social, (sistema de seguros del Estado), o a través de una aseguradora privada. Aquellas personas que tengan su seguro de enfermedad cubierto por la seguridad social deberán asegurarse también a través del Estado contra la dependencia; y quienes tengan contratado un seguro de enfermedad privado, tendrán que contratar también con una aseguradora privada su seguro de dependencia. En el año 2002 había aproximadamente 71 millones de personas aseguradas a través del estado y 9 millones de personas aseguradas mediante una empresa privada.

El seguro de cuidados no es un seguro completo en el sentido de que no asume la totalidad de los costes

derivados de la dependencia. El seguro de cuidados colabora con su oferta de servicios a asumir la carga personal y financiera de la persona dependiente. A pesar de la existencia de este seguro, en muchos casos es necesaria la ayuda financiera de los familiares para cubrir la totalidad de los costes derivados de la dependencia. En el caso de que la familia no tuviese los recursos suficientes, existe todavía el recurso de solicitar apoyo financiero del estado a través de una prestación social («Sozialhilfe»). En el sistema de seguridad social alemán la *Sozialhilfe* actúa como red protectora para cubrir situaciones graves de precariedad. Desde la entrada en funcionamiento del seguro de cuidados la *Sozialhilfe* ha visto reducidas las fuertes demandas que hasta entonces recaían sobre ella.

Las cuotas del seguro de cuidados en la actualidad alcanzan un 1,7% de los sueldos y salarios brutos individuales. El pago mensual de las cuotas confiere a los asegurados el derecho a recibir apoyo financiero, o en forma de servicios, si llega el momento en que se encuentren en una situación de dependencia. En caso de dependencia, los servicios del seguro serán prestados independientemente del nivel salarial o la situación económica del dependiente, así como de la modalidad del seguro contratado, público o privado.

IX.1.2. Competencias del seguro de cuidados

La estructura organizativa y el marco de servicios del seguro social de enfermedad y de cuidados están recogidos legalmente en el Libro o Código Social, en alemán «Sozialgesetzbuch» (SGB). El Capítulo XI del SGB está dedicado a la normativa relativa al seguro de cuidados. Con este capítulo se regula la cobertura del riesgo financiero derivado de la necesidad de cuidados. La separación del seguro de cuidados del de enfermedad viene marcada por la duración y la intensidad que pueden alcanzar algunos procesos de curación y recuperación.

IX.2. Cobertura del seguro de cuidados

Desde el primero de abril de 1995 existen beneficiarios del seguro de cuidados atendidos por servicios ambulantes y desde el primero de julio de 1996 hay beneficiarios del seguro de cuidados que reciben la atención en residencias. Existen tres tipos de beneficiarios, según la dedicación requerida. Los servicios ofrecidos varían desde transferencias puramente monetarias, hasta la misma oferta de los servicios. También es posible una mezcla de ambas. La atención en residencia es muy variada, existen diversas posibilidades según las necesidades personales: atención diurna, nocturna, completa o temporal.

La cobertura del seguro de cuidados incluye las siguientes partidas:

- transferencias monetarias
- servicios de cuidados
- aparatos ortopédicos y objetos necesarios para la atención del enfermo o necesitado
- cobertura de los costes de alojamiento y manutención en residencias hasta un límite fijo
- cursos
- la inclusión del cuidador, en caso de que se trate de un familiar (persona cercana al dependiente), en el sistema de pensiones y en el seguro de accidentes y de cuidados

La forma que finalmente tome el seguro de cuidados, bien como un pago monetario o como la financiación de servicios de cuidados, será decisión de la persona dependiente, dentro de las alternativas establecidas mediante un informe médico. Más adelante se describirá con más detalle la forma y significado de dicho informe médico.

IX.2.1. Definición del grupo de personas necesitadas de cuidados

La diferencia entre enfermedad y dependencia no siempre es fácil. Un criterio importante para diferenciarlas es la duración y la intensidad de la situación de dependencia. El grupo de personas dependientes lo componen en su gran mayoría ancianos, aunque también están comprendidos como dependientes los

enfermos crónicos y los dementes. Este último grupo plantea serios problemas financieros por la absoluta dependencia de los enfermos dementes. Los minusválidos físicos y psíquicos también están incluidos en el grupo de dependientes amparados por el seguro, si bien sólo hasta un determinado límite en la cobertura de las prestaciones. Por regla general el seguro social «Sozialhilfe» sigue asumiendo la responsabilidad en los casos de minusvalías.

La existencia de dependencia no se basa tanto en el cumplimiento de una detallada definición técnica, sino que más bien es el resultado de un examen médico individualizado en el que se tiene en cuenta, tanto la situación física/psíquica de la persona como el entorno en que ésta se maneja.

Según los últimos datos de la encuesta de cuidados 2001 («Pflegestatistik 2001», *Statistisches Bundesamt*) hay en Alemania más de dos millones de beneficiarios del seguro de cuidados, público o privado. Este número se ha incrementado en un uno por ciento con respecto a los resultados de la encuesta de 1999. En el año 2001 más de un tercio de los beneficiarios de este seguro, fueron atendidos en casa por algún familiar o por algún servicio de atención ambulante.

La mayoría de los beneficiarios del seguro de cuidados, un 69%, eran mujeres; un 81% eran mayores de 65 años y un 35% mayores de 85. De los 1,44 millones de personas atendidos en su domicilio, un millón fue atendido por personas cercanas al dependiente. En este caso el seguro de cuidados consiste en una transferencia monetaria «Pflegegeld» al necesitado de cuidados. Un total de 604.000 personas beneficiadas por este seguro fueron atendidas en el 2001 en residencias.

IX.2.2. Definición del grado de la dependencia

Como se ha mencionado anteriormente el seguro de cuidados alemán diferencia entre tres grados de dependencia, a los cuales se les asigna una transferencia monetaria directa o un conjunto de prestaciones y servicios diferentes en función de la gravedad de cada caso. El grado primero es el más leve.

La siguiente tabla muestra esquemáticamente la financiación cubierta por el seguro en cada tipo de dependencia.

La gravedad de la dependencia será dictaminada individualmente mediante examen médico. La forma de la prestación recibida por el seguro de cuidados, sin embargo, será en gran medida elección del asegurado. La primera elección que se le presenta al asegurado está en optar por un cuidado en su hogar (lugar de residencia habitual) llevado a cabo con ayuda de alguna persona cercana o bien optar por la financiación, por parte del seguro, de ciertos servicios ofreci-

dos por el mercado (dentro del catálogo aprobado por las aseguradoras). La tabla muestra la cantidad máxima financiada por las aseguradoras, tanto públicas como privadas, según el grado de dependencia y la prestación realizada. Por poner un ejemplo, si el asegurado es una persona dependiente, clasificada de tipo II, que decide ser atendido por un familiar en su casa, entonces recibirá una transferencia monetaria de 410 Euros al mes. La persona que le cuida además tendrá la posibilidad de recibir, también financiado por la aseguradora, los pagos de las cuotas del seguro de pensiones que le corresponda durante el periodo en que realiza la actividad de cuidados.

Tabla IX.1. GRADO DE DEPENDENCIA Y COBERTURA (DATOS DEL 2004).

Prestación		Dependencia I	Dependencia II	Dependencia III
Cuidado en el hogar (Euro/mes)	Oferta de servicios	384	921	1.432 (1.918)*
	Transferencia monetaria	205	410	665
Sustitución del cuidador (hasta cuatro semanas al año)	Por un familiar **	205	410	665
	Por un profesional	1.432	1.432	1.432
Dependencia restringida a un corto periodo de tiempo (Euro/ año)		1.432	1.432	1.432
Dependencia parcialmente en residencia (Euro/mes)		384	921	1.432
Dependencia en residencia (Euro/mes)		1.023	1.279	1.432 (1.688)*
Dependencia en residencia de minusválidos		10% de los costes de la residencia (límite 256 Euros/mes)		
Equipo ayuda (Euro/mes)		31		
Recursos técnicos		90% de los costes [El asegurado contribuye hasta un máximo de 25 Euros por recurso (equipamiento)]		
Medidas para la mejora del entorno doméstico		2.557 Euros por medida (se requiere contribución del asegurado en los costes)		
Pago de las cuotas al sistema de pensiones para los cuidadores	En función de la carga asumida por el cuidador *** (Euro/mes)	123 (103)	247 (207)	371 (311)

* entre paréntesis casos especialmente graves.

** además de la cantidad señalada, se podrán cargar recibos de transporte e incluso la pérdida de sueldos y salarios que se haya podido originar por ausentarse para realizar esta actividad. El límite se establece en 1.432 Euros al mes (transferencia monetaria y reembolso de recibos).

*** desde 14 horas de actividad de cuidados en adelante. El cuidador puede realizar simultáneamente una actividad laboral hasta las 30 horas semanales. Esta prestación se activará siempre y cuando el cuidador no esté recibiendo ya su pensión.

El seguro de cuidados prevé también el derecho del cuidador a tomar vacaciones durante cuatro semanas anualmente. Durante este periodo será necesario pagar a otro familiar o sustituir el trabajo del cuidador mediante servicios profesionales del mercado. En el ejemplo anterior, una persona dependiente de clase II, tendría derecho a recibir otros 410 Euros adicionales durante el mes de ausencia del cuidador regular, en caso de que le cuide otra persona cercana o familiar. Si por el contrario decidiese contratar durante ese periodo los servicios de algún servicio profesional, recibiría adicionalmente 1.432 Euros.

Otras prestaciones que también se incluyen son la ayuda en la financiación de productos, como compresas higiénicas, o equipos especiales que pueden ser necesarios para la atención de la persona dependiente, como una cama de hospital.

IX.2.3. Definición de la prestación

La anterior tabla muestra asimismo una primera clasificación general de las prestaciones ofrecidas por el seguro de cuidados: transferencia monetaria, cuidado en casa con apoyo de una empresa de cuidados ambulante, atención en residencia, etc. Las empresas ambulantes de servicios de cuidados ofrecen adicionalmente un catálogo de servicios de cuidados, concertado y aprobado por las aseguradoras tanto públicas como privadas. Se trata de ofrecer unos servicios homogéneos y equitativos a todos los asegurados, indistintamente de la forma de seguro contratada. Dentro de este catálogo se encuentran servicios como:

- el aseo y cuidado corporal
- la alimentación
- la movilidad y
- el trabajo doméstico.

El tipo de prestación requerida por el dependiente será asignada mediante un dictamen médico. El procedimiento de entrada en la categoría de beneficiario del seguro de cuidados será tratado con detalle a continuación.

Además de las prestaciones directas recogidas en la tabla, existen también otro tipo de prestaciones a los cuidadores miembros de la familia en forma de cursos, formación y apoyo profesional. Además los

miembros de la familia que asuman el papel de cuidador serán incluidos al sistema de seguridad social (enfermedad y cuidados) y pensiones. Las aseguradoras, pública y privadas, asumirán el pago de las contribuciones de los cuidadores al sistema de pensiones y de seguridad social, por el periodo en que realicen esta tarea.

Con respecto a la composición y dedicación de los cuidados ofrecidos, la última encuesta arrojó los siguientes datos: un 38% de los beneficiarios atendidos en su propio hogar respondieron requerir una atención continuada para alimentarse, vestirse y desplazarse. En el caso de las personas que fueron atendidas en residencias el porcentaje que respondió lo mismo se eleva al 50%. La mayoría de los beneficiarios del seguro de cuidados requieren adicionalmente ayuda con el trabajo doméstico más rutinario, lo que en muchos casos también queda cubierto por el seguro.

IX.2.4. Pronósticos demográficos

El número y estructura de la población determina la demanda de servicios médico-sanitarios. A lo largo del ciclo vital se modifican las necesidades sanitarias, por ejemplo, es conocido que la demanda de cuidados y servicios médicos de una persona se eleva considerablemente con la edad. En este sentido la envejecida (y todavía por envejecer) población alemana constituye un reto para el sistema de seguros de enfermedad y de cuidados.

Algunas de las cifras que se manejan por organismos oficiales hablan de un coeficiente de mayores (el número de mayores de 59 años en relación con la población en edad de trabajar) para el año 2040 de casi un 70%, mientras en 1995 este ratio alcanzó la cifra de 36,6%. Este envejecimiento de la población alemana no está acompañado por un aumento del número de nacimientos. El coeficiente de jóvenes (semejante al de mayores pero calculado con los menores de 20 años), los futuros contribuyentes al sistema de seguros, no varía en el periodo analizado, situándose alrededor de un 35% a lo largo del mismo.

El Instituto Federal de Estadística Alemán («Statistisches Bundesamt») también ha realizado algunos cálculos relativos al seguro de cuidados. Se calculó que el

número de personas necesitadas de cuidados en el 2050 se va a triplicar. Se calculó, por ejemplo, que para entonces 1,2 millones de personas entre 85 y 90 años van a necesitar de cuidados, suponiendo que sólo un 40% de este grupo de la población requieran cuidados (relación actual). Pero no sólo se espera un incremento del número de personas demandantes de cuidados, sino que al tiempo la evolución demográfica señala una disminución del número de personas en edad laboral; es decir, el grupo poblacional encargado de financiar esta creciente demanda de cuidados.

Concretamente, en la actualidad en Alemania una persona de cada cuatro (25%) es mayor de 60, en el 2050 lo será más de uno de cada tres (37%). El número de personas en edad de trabajar se mantendrá estable hasta el 2020, si se cuenta con una inmigración anual de 200.000 personas, lo que ya no se está alcanzando (en el 2002 sólo se registraron 155.000 nuevas personas). Incluso suponiendo una cuota de inmigración de 200.000 personas anualmente, el número de personas en edad de trabajar disminuirá en el 2050, aproximadamente diez millones de trabajadores menos que hoy en día. El envejecimiento de la población alemana es tan acentuado que ni una masiva inmigración (300.000 personas anualmente) sería capaz de compensarlo, sin tener en cuenta los nuevos costes derivados de la integración y asimilación de 15 millones de personas (lo que supondría aproximadamente un incremento poblacional del 16%).

La futura financiación del seguro de cuidados dada la actual estructura demográfica es un reto para la sociedad alemana. En la actualidad ya se están discutiendo las posibilidades para afrontar las dificultades financieras que sin duda recaerán sobre el seguro. En próximos apartados de este informe se presentarán brevemente las principales discusiones sobre las dificultades del seguro de cuidados.

IX.3. Sistema de entrada en el seguro de dependencia

IX.3.1. Administración del seguro

La introducción del seguro de cuidados vino acompañada de una fuerte carga administrativa, sobre todo en el caso en que los cuidados se realicen en el hogar

del dependiente a través de servicios profesionales de cuidados. Las empresas oferentes de servicios de cuidados, tanto privadas, como públicas, como las asociaciones sin ánimo de lucro, tienen que documentar detalladamente los servicios prestados para recibir de las aseguradoras los pagos correspondientes. Solo aquellos servicios que previamente fueron aprobados como necesarios mediante un dictamen médico llevado a cabo por el equipo médico de las aseguradoras serán efectivamente remunerados. De ahí la necesidad de homogeneizar el catálogo de servicios con aquellos previstos por las aseguradoras y de llevar una documentación exhaustiva de los servicios a cubrir.

La solicitud por parte de los necesitados del reconocimiento de su situación de dependencia también viene acompañada por grandes cargas burocráticas, tanto para los mismos solicitantes, que en muchos casos son incapaces de tramitar todos los documentos por sí mismos y requieren aquí también la ayuda de otras personas, como para las correspondientes aseguradoras, que tienen que determinar la dependencia o no de los solicitantes, y fijar el grado de la misma. A continuación se describirá este largo y complejo procedimiento.

IX.3.2. Dictámenes médicos de dependencia

Para que las aseguradoras tengan conocimiento de la condición dependiente de un asegurado es necesario que estos formalicen su situación mediante una solicitud. Esta solicitud es un documento normalizado por las aseguradoras. En la medida de lo posible se requiere que este documento sea rellenado por el asegurado dependiente.

Una vez solicitada la condición de dependencia, el asegurado recibirá una visita del equipo médico para dictaminar la existencia o no de dependencia y el grado de la misma. El informe del equipo médico, además de dictaminar la dependencia, tiene que fijar en lo posible los servicios de cuidados que en cada caso son necesarios. Aquí entra en juego el catálogo concebido entre las aseguradoras y las empresas oferentes de servicios de cuidados. Para ayudar al equipo médico en su diagnóstico, el solicitante tiene que re-

llenar durante una semana un diario en el que se trata de reflejar con detalle el día a día de la persona dependiente, incidiendo en la descripción de aquellas tareas o actividades que debido a su dependencia le sea imposible de realizar por sí mismo.

El diario no es obligatorio pero se recomienda como apoyo para el dictamen médico. En el diario se recogerán todas las actividades a realizar por el dependiente desde que se levanta hasta que se acuesta.

Una vez dictaminado el grado de dependencia y los principales servicios necesarios para cubrirla, se envía el informe médico a la aseguradora. Allí se decide efectivamente sobre el reconocimiento de la condición y el grado de la dependencia. La aseguradora finalmente, tiene el deber de informar por escrito al solicitante sobre los servicios a los que tiene derecho, en función de su clasificación en el seguro y, por supuesto, de financiarlos.

IX.4. Financiación

IX.4.1. Estructura de gastos

La estructura general del seguro de cuidados ya se ha visto anteriormente en la tabla 1. La remuneración aumenta con el grado de la dependencia, aunque también está en función del tipo de servicios prestados.

La estadística sobre la situación de los necesitados de cuidados (Mikrozensus 1999) ofrece interesantes datos sobre la relevancia monetaria del seguro de cuidados como fuente de ingresos de los beneficiarios, así como sobre la composición y dedicación del cuidado, tanto en residencias como en aquellos servicios prestados en el hogar de los beneficiarios.

Los beneficiarios del seguro de cuidados tienen normalmente otra fuente de ingresos principal, lo que viene a asegurar la dedicación de los ingresos obtenidos por este seguro efectivamente, para atender a los necesitados en su dependencia, tal y como se estableció en el informe médico. Para un 80% de los beneficiarios atendidos en sus domicilios la fuente principal de ingresos era la renta o pensión, un 11% dijeron obtener ayuda económica de sus familiares.

Sólo un 4% respondió que las transferencias monetarias del seguro de cuidados eran su fuente de ingreso principal. En el caso de los beneficiarios atendidos en residencias el porcentaje es algo más alto, un 18% respondieron que las transferencias del seguro de cuidados eran su ingreso principal. Un 71%, sin embargo, respondió que la pensión era su fuente de ingresos principal. Este hecho no es de extrañar teniendo en cuenta que los necesitados de mayor dedicación (beneficiarios del tipo III) se encuentran en mayor medida atendidos en residencias.

IX.4.2. Estructura de Ingresos

Los contribuyentes a las cajas del seguro de cuidados son todos los empleados y trabajadores. Su aportación asciende a un 1,7% de sus sueldos y salarios brutos. Los desempleados y los pensionistas también contribuyen al seguro de cuidados aunque en menor proporción. En su caso, los pagos correspondientes se transfieren desde el sistema de pensiones y de desempleo.

Desde el 2003 se considera que el seguro de cuidados está atravesando una crisis financiera. Después de un comienzo muy positivo con excedentes financieros, los ingresos están remitiendo debido al elevado desempleo y la difícil situación económica que atraviesa Alemania. Las reservas financieras creadas en los primeros años de funcionamiento del seguro se decimarán rápidamente de continuar la situación así. En el 2007 las reservas apenas estarán por encima del mínimo establecido legalmente (la mitad del total de gastos mensuales).

Los últimos cálculos del Gobierno situaban el déficit del seguro de cuidados en 670 millones de Euros, cifra que podría aumentar hasta los 900 millones de Euros en el 2007. Entre otras alternativas se considera elevar la cuota contributiva. También se sopesa elevar la cuota de forma general, pero en menor medida a familias con hijos. La idea que se esconde detrás es que familias con hijos no sólo están asumiendo directamente tareas de cuidados con sus hijos, sino que con el número de hijos se está fomentando la elevación del número de futuros contribuyentes.

IX.5. El mercado de servicios de cuidado

El número de profesionales trabajando en el mercado de cuidados en el 2001, sin tener en cuenta las personas que atienden a algún familiar, que ya se ha mencionado que es de aproximadamente un millón, alcanza los 190.000 empleados en servicios a domicilio y 475.000 empleados en residencias. El número de empresas ambulantes en el 2001 ascendió a 10.600, mientras que el número de residencias se elevó a un total de 9.200.

Un tema cubierto perfectamente por las estadísticas y que ofrece unos resultados muy interesantes es el del mercado de cuidadores, concretamente la oferta de cuidados. A continuación se analizará con los datos disponibles la estructura del mercado de cuidados en Alemania. Se centrará la atención en el nivel de profesionalización y desarrollo alcanzado en este mercado y se discutirá si efectivamente la remuneración de la actividad de cuidado mediante la creación del seguro está fomentando una evolución en la figura del cuidador, antes predominantemente un miembro de la familia no necesariamente cualificado para acometer esta tarea, hacia un profesional especializado y cualificado.

Los datos señalan que el número de personas que trabajan ofreciendo cuidados a través de una empresa de servicios ambulante se incrementó en 19.000 con respecto a 1999 y en 31.000 personas en el caso de aquellas que trabajaron como cuidadores en residencias. Por el contrario los beneficiarios de meras transferencias monetarias; es decir, el número de personas atendidas por familiares se redujo en el 2001 con respecto a los datos obtenidos en 1999 en un total de 27.000 personas.

Los datos relativos a la oferta de trabajo en el sector cuidados proceden fundamentalmente de la estadística de cuidados. En el caso de las residencias para el año 1999 se obtuvieron los siguientes resultados: la República Federal de Alemania cuenta con un total de 8.900 residencias donde se ofrecen servicios de cuidados «Pflegeheime». La mayoría de estas residencias, un 57%, estaban en manos de organizaciones sin fines de lucro, como por ejemplo CARITAS; un 37% eran instituciones privadas y el porcentaje

más pequeño, un 8%, estaban en manos del Estado.

Si se analizan las residencias desde el lado de las plazas ofrecidas, las instituciones sin fines de lucro siguen estando a la cabeza de la oferta. Éstas ponen a disposición del público 407.000 plazas, un 63% del total. El sector privado las sigue con un 26% de la oferta de plazas y finalmente se encuentra el sector público, que ofrece un 11%.

Si se analiza la oferta del sector de cuidados en residencias, más interesante que el número de plazas y de instituciones, es observar la composición, en número y nivel de cualificación, del personal que atiende este servicio. La estadística de cuidados de 1999 también ofrece información detallada sobre este área. En las residencias repartidas a lo largo del territorio alemán están empleadas un total de 441.000 personas. La mayoría son mujeres, un 84%. Casi la mitad, un 48%, están contratados/as a tiempo completo; un 4% del personal son estudiantes de formación profesional («Auszubildende»), aproximadamente unos 17.000; y un 3% son jóvenes varones en la prestación del servicio social sustitutorio. El resto, un 45%, es personal contratado bajo alguno de los modelos existentes de contratación a tiempo parcial.

Con respecto al campo de trabajo cubierto por el personal contratado en residencias se obtuvieron los siguientes resultados: un 65% estaban activos en el campo de cuidados y atención, 20% realizaban actividades de trabajo doméstico y 10% trabajaban en la administración. Finalmente un 3% del personal cubrió el campo de atención social.

El nivel de cualificación alcanzado por el personal de residencias y de servicios ambulantes de cuidados es una variable muy significativa para comprender la estructura de la oferta de cuidados que se está generando en el mercado alemán.

Aproximadamente la mitad del personal contratado en residencias es personal cualificado, un 47% del total y un 51% del personal contratado a tiempo completo. Personal cualificado «Fachkräfte» quiere decir que son personas con algún título o alguna formación específica reconocida en este campo que les acredita como profesionales. Algunos de los títulos

oficiales reconocidos en Alemania son comparables con un ATS especializado en el cuidado de mayores, enfermeros/as, técnicos/as en medicina alternativa, etc*. El número y especialización de la formación existente, así como la pluralidad de títulos oficiales reconocidos, es un primer indicador sobre lo desarrollado del mercado de cuidados en Alemania.

Hasta el momento se han presentado sólo los datos referentes a residencias. En el caso de los servicios ambulantes de cuidados, la oferta de cuidados presenta una estructura algo diferente, fundamentalmente caracterizada por el mayor peso de la iniciativa privada. La mayoría de los 10.800 servicios ambulantes de cuidados reconocidos estaban en manos de empresas privadas, un 51%. Las instituciones sin fines de lucro se sitúan en este mercado con una cuota del 47% en el segundo lugar y a mucha distancia, prácticamente inexistentes, con un 2% del mercado están los servicios cubiertos por alguna institución pública.

Un total de 415.000 personas son atendidas anualmente por estos servicios ambulantes y un elevado porcentaje de ellas, el 72%, son mujeres. Se trata de personas con necesidades de atención medias o bajas, ya que normalmente los casos graves se atienden en residencias. Sólo un 14% de las personas atendidas por los servicios ambulantes de cuidados se encontraban en la clase III del seguro de cuidados.

Con respecto a la oferta de estos servicios, en el año 1999 las instituciones ambulantes ocuparon a 184.00 personas en todo el territorio alemán. La mayoría del personal eran mujeres, un 85%, un porcentaje muy parecido al que trabaja en residencias. El porcentaje de personas trabajando en estos servicios ambulantes con un contrato a tiempo parcial es algo mayor que en el caso del personal de residencias, se eleva a 64%, aunque de éstos más del 27% trabajan por encima de la media jornada. Sólo un 21% del personal trabajando a tiempo parcial estaba ocupado esporádicamente. Prácticamente uno de cada tres (31%) trabajó jornada completa. El ámbito de trabajo cubierto por la mayoría del personal era el de

atención y cuidados, un 65%; un 19% se encargó del trabajo doméstico y aproximadamente un 5% trabajó en la administración.

Lamentablemente en este caso las estadísticas no ofrecen información sobre la cualificación del personal en este tipo de instituciones de cuidados, lo que nos impide una comparación directa con los datos antes comentados del personal en residencias. Es posible que el personal de residencias tenga una cualificación algo más elevada debido, entre otras razones, a que en general se trata de casos más graves de dependencia y/o enfermedad que los atendidos a domicilio. Esta hipótesis, sin embargo, no se puede confirmar por el momento con los datos manejados en este primer informe.

Lo que sí se puede resaltar en este primer análisis es que el seguro de cuidados constituye una transferencia monetaria o de servicios que cubre su objetivo. Los beneficiarios, en su mayoría, ya tienen cubiertas sus necesidades financieras básicas con otro tipo de ayudas estatales o ingresos propios como la renta o el subsidio social. De este hecho se deriva que el seguro de cuidados haya fomentado la creación y desarrollo de un «mercado de cuidados» competitivo y variado en la pluralidad de servicios ofrecidos.

IX.6. Retos y expectativas del seguro de cuidados

Uno de los grandes retos del seguro de cuidados alemán es el marco demográfico. Como ya se ha indicado anteriormente se trata de una sociedad relativamente envejecida con una tasa de natalidad bastante baja. El escenario más probable a corto y medio plazo es un número creciente de personas dependientes con cada vez menos contribuyentes para llenar las arcas del seguro.

Otro factor importante es la actual situación económica de elevado desempleo. Algunas de las previsiones apuntan a que el desempleo en Alemania alcanzará en breve la cifra récord de seis millones de per-

* Algunos de los títulos reconocidos en Alemania son los siguientes: Staatlich anerkannte/r Altnpfleger/in, Krankenschwester, Krankenpfleger/in, Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in, Heilpädagogin, Heilpädagoge, Ergotherapeut/in, sozialarbeiterischer B.

sonas. En el 2003 había registrados más de cuatro millones de parados, lo que supone una tasa de desempleo del 10,5%. Aunque los parados también contribuyen al seguro de cuidados mediante cuotas, sus contribuciones, pagadas por el Instituto Nacional de Empleo «Bundesagentur für Arbeit» son inferiores. Estas condiciones no son precisamente las más favorables cuando el seguro atraviesa un periodo de déficit financiero. Como ya se comentó anteriormente, el déficit del seguro de cuidados podría incluso elevarse en los próximos años hasta los 900 Millones de Euros.

Cualquier aumento de las contribuciones al seguro de cuidados para enfrentar el déficit, por ejemplo vía incremento de las cuotas, tiene como inconveniente que al mismo tiempo incrementaría las rigideces en el mercado laboral, ya que también incrementa los costes para el empleador. La obtención de fondos estatales de otras partidas para cubrir el déficit en las cajas del seguro de cuidados es, por el momento, también muy difícil, ya que también el mismo Estado está gastando más que ingresa.

Por otra parte también se plantea que la elevación de las cuotas no puede ser igual para todas las personas. Se trata de disminuir la carga a familias con hijos. El objetivo es fomentar la maternidad/paternidad con más ayudas, aunque sean indirectas. Padres y madres

con hijos realizan por una parte importantes tareas de cuidados y por otra parte ayudan a que incrementen el número de los futuros contribuyentes.

Otro tema importante que viene a agravar la situación es la posible supresión del servicio militar obligatorio y con ella la prestación social sustitutoria. En la actualidad se calcula que aproximadamente 160.000 jóvenes realizan su prestación social sustitutoria anualmente al servicio de una organización sin fines de lucro, como Cáritas o la Cruz Roja. Estos jóvenes realizan con mucha frecuencia tareas de cuidados y suponen una mano de obra fácil y barata. La desaparición de este grupo de trabajadores llevará a una subida de los precios de las actividades ofrecidas por estas instituciones o a una reducción del número de servicios prestados. Una reestructuración del mercado de trabajadores en el sector cuidados será necesaria, empezando por la formación y cualificación de personal.

En la actualidad se debate en Alemania una reforma del seguro de cuidados. Los problemas financieros y las previsiones a corto y medio plazo dibujan una difícil situación. Los recursos concebidos para financiar el seguro de cuidados son claramente escasos y es necesario pensar en nuevas alternativas, ya que las previsiones demográficas y económicas no relajarán la situación.

Bibliografía

- Blanke, K., Ehling, M., und Schwarz, N. (1996): *Zeit im Blickfeld. Ergebnisse einer repräsentativen Zeitbudgeterhebung*. Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. W. Kohlhammer Verlag. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000): *Übersicht über das Sozialrecht*. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2001): *Versicherung. Pflegegesetz. Text Ausgabe*. Bonn.
- Bundesregierung (2004): *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*
- Bundesregierung (2003): *Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*
- Duée, M. y Rebillard, C. (2004): «*La dépendence des personnes âgées: une projection à long terme*», INSEE.
- Durán, M.A. (2004a): *Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus (Informe ISERIC, 2004)*. Madrid: Luzán 5, S.S. de Ediciones; (en prensa).
- (2004b): «*No observada, invisible, ampliada, oculta: las múltiples caras de la economía europea*», *Revista Cuenta y Razón*, (en prensa)
- (2004c): «*La conciliación entre vida familiar y empleo*», *FUNCAS, Cuadernos de Información Económica*, nº 183, Madrid.
- (2004d): «*Las demandas sanitarias de las familias españolas*», *Gaceta Sanitaria, SESPAS*, Vol. 18 – Supl. 1, mayo, 2004, pp. 195-200.
- (2004e) (Dir.): *La aportación de las mujeres a la sociedad y a la economía de la Comunidad de Madrid*, Dirección General de la Mujer, Consejería de Empleo y Mujer, Comunidad de Madrid, Madrid.
- (2003): «*Los costes invisibles de la enfermedad*». Fundación BBVA, Madrid, 1ª Ed. 1999, Bilbao.
- (2002): «*Mujeres y hombres en el ejercicio de la solidaridad*», *Diccionario de la Solidaridad I*, Generalitat Valenciana, Valencia pp. 345-362.
- (2001): «*Producción y consumo: las paradojas del sector hogares en la Contabilidad Nacional*», en *VVAA «Estructura y cambio social*», Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, pp. 653-672.
- Durán, M.A. y Rogero, J. (2004): «*Nuevas parejas para viejas desigualdades*», *INJUVE*, (en prensa)
- EUROSTAT (2004): *Statistiques de la Santé. Chiffres clés sur la Santé. Données 1970-2001*.
- (2004): *Annuaire Eurostat*.
- García Díez, S. (2003): «*Análisis socioeconómico de la estructura productiva de los hogares: la experiencia española en la última década del Siglo XX*», Consejo Económico y Social, Colección Estudios, 148, Madrid.
- Gerste, B. und Rehbein, I. (1998): *Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)*. Bonn
- Holz, E. (2000): *Zeitverwendung in Deutschland. Beruf, Familie, Freizeit. Band 13 der Schriftenreihe Spektrum Bundesstatistik*. Herausgeber: Statistisches Bundesamt. Metzler-Poeschel, Stuttgart.
- INE (2004): *Proyecciones de población. Base Censo 2001*.
- María, Florence de, et Pepin, Philippe (2004): «*Les personnes âgées dépendants en Essonne; Rapport du Observatoire regional de Santé de l'Île-de-France*.
- OCDE (2004): *Santé et pauvreté dans les pays en développement. Les grandes lignes d'action*, L'observateur OCDE, avril.
- (2004): *Impliquer les citoyens en ligne pour améliorer l'élaboration des politiques publiques*, L'observateur OCDE, mars.
- (2003): *La coherence des politiques: un impératif pour le développement mondial*, L'observateur OCDE, août.
- (2003): *Panorama de la santé-Situation de la France por rapport aux autres pays de l'OCDE*, L'observateur OCDE, octobre.

- (2003): La modernisation du secteur public, L'observateur OCDE, novembre.
- (2001): «*The well-being of Nations. The role of human and social capital*». Centre for Educational Research and Innovation.
- (2000): «A System of Health Accounts», (209 págs.)
- Osterkamp, R. (2001): Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich: Bewertung und Reformalternativen. *ifo Schnelldienst*, 10. (54 Jahrgang). Munchen.
- Reisen, H. (2004): «Financer les objectifs us Millénaire pour le développement: nouvelles approches», Centre de Développement de L'OCDE, Cahier du Politiques Economique, n° 24, OCDE.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004): «Protección social de la dependencia en España», Documento de Trabajo 44, Fundación Alternativas, Madrid.
- Rodríguez Castedo, Angel (2003): «Políticas y prestación de servicios a las personas dependientes y a sus familias». Master en Gerontología Social, Granada.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2002): «Familia y cuidados en la vejez: más protección social a las personas en situación de dependencia», en VVAA «*Envejecimiento y Familia*», UNAF.
- Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. pp. 98-203. Berlin
- Sancho Castiello, M. (1999): *Vejez y Protección social a la dependencia en Europa. (Iniciativas. Recomendaciones del Consejo de Europa)*, IMSERSO, Madrid.
- Schneekloth, U. und Müller, U. (1999): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. *Band 127 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden.
- Statistisches Bundesamt (1998): Health report for Germany. Health Monitoring of the Federation. Metzler-Poeschel, Stuttgart.
- (2001): Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Zweigstelle Bonn.
- (2001): Pflegestatistik im Dezember 1999. Mitteilung für die Presse. Zweigstelle Bonn.
- (2003): Bericht: Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn.
- (2002): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse der Mikrozensus 1999. Bonn.
- (2003): 4. Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn.
- Than, S. (2001): «Pflegeeinrichtungen und Empfänger von Pflegeeinrichtungen Ende 1999». *Staat und Wirtschaft in Hessen*, 7, pp.230-236.
- Zambrano Álvarez, I. (2004) «*La responsabilidad pública en el cuidado de la salud: Una aplicación al caso de las personas con discapacidad*», tesis doctoral inédita, dirigida por María-Angeles Durán, Universidad Autónoma de Madrid.

OTROS NÚMEROS DE ESTE BOLETÍN

0. Las percepciones sociales sobre las personas mayores. Actitudes. Recomendaciones de la Royal Commission on Long Term Care del Reino Unido. Normativa. Proyectos.
1. El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo. El nuevo Plan español de I+D y el envejecimiento.
2. Dependencia y atención sociosanitaria.
3. La soledad de las personas mayores.
4. y 5. La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento: Salud y envejecimiento. Un documento para el debate.
6. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.
7. Naciones Unidas y envejecimiento.
8. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2002.
9. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España.
10. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia.
11. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas.
12. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados.
13. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.
14. Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
15. Proporcionar una Asistencia Sanitaria y Social integrada a las Personas Mayores: Perspectiva Europea.

Observatorio de Personas Mayores

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación
Avda. de la Ilustración, s/n c/v a Ginzó de Limia, 58
28029 MADRID

Tlfno: +34 913 638 523

Fax: +34 913 638 942

E-mail: opm.imserso@mtas.es

VISITE EL PORTAL MAYORES: <http://www.imsersomayores.csic.es>