

**Una propuesta de servicios
comunitarios de atención
a personas mayores**

Sebastián Sarasa Urdiola

Documento de trabajo 15/2003



Sebastián Sarasa Urdiola

Doctor por la Universidad de Barcelona. Profesor Titular de Sociología en la Universidad Pompeu Fabra.

Su campo de investigación prioritario es la política social y entre sus publicaciones más relevantes figuran: “Spain: Steps Towards Partnership and Marketization” (coautor con G. Obrador) en Ascoli, U. y Ranci, C., Dilemas of the Welfare Mix; “The generational conflict reconsidered” (coautor con G. Esping-Andersen) en Journal of European Social Policy, vol.12, nº 1; “Buen gobierno y política social” (coeditor con S. Giner) y “Spain: Growth to Diversity” (coautor con E. Almeda), en George, V. y Taylor-Gooby, P., European Welfare Policy.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Sebastián Sarasa Urdiola

ISBN: 84-96204-14-6

Depósito Legal: M-20229-2003

Contenido

Resumen Ejecutivo	5
1 Introducción	7
1.1 Envejecimiento demográfico y dependencia	7
1.2 ¿Solo las personas muy mayores son dependientes?	9
2 Las necesidades de los hogares con dependientes	11
2.1 Nivel de renta insuficiente	11
2.2 Viviendas inadecuadas	13
2.3 Escasa cobertura de los servicios comunitarios para dependientes	14
2.4 Una distribución no equitativa de las cargas familiares	18
3 Importancia del diseño institucional: modelos alternativos	24
3.1 Prestaciones y elegibilidad	24
3.2 La financiación	27
3.3 Los costes	30
3.4 Coordinación y flexibilidad	32
4 Eficiencia y equidad	34
4.1 Algunas alternativas al cuidado de los dependientes en la Unión Europea	34
4.2 Simulación de los programas alemán y austriaco al caso español	41
4.3 Los costes: ¿cómo y en qué queremos gastar el dinero?	43
5 Necesidades y recomendaciones	46
5.1 Necesidades y objetivos prioritarios	46
5.2 Recomendaciones	47
5.3 El coste	51
Bibliografía	54
Índice de tablas	57

Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores

Sebastián Sarasa Urdiola

Profesor Titular de Sociología en la Universidad Pompeu Fabra

El envejecimiento demográfico y la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo están reduciendo la capacidad de las familias para hacerse cargo de las personas mayores. En la mayoría de Estados miembros de la Unión Europea las autoridades han adoptado medidas de política social dirigidas a reorganizar la atención de la dependencia con la doble finalidad de retrasar el deterioro de las personas dependientes y su ingreso en instituciones hospitalarias y residenciales, y de ayudar a los gobiernos locales en su gestión de los servicios.

Las estrategias programadas han sido no obstante heterogéneas. En algunos Estados se ha priorizado, además del bienestar de los dependientes y de sus familiares, la promoción del empleo femenino; para ello se ha optado por la prestación directa de servicios con cargo a los impuestos. En otros, sin embargo, la promoción de empleo ha sido un objetivo menor y se ha fomentado el papel tradicional de la mujer cuidadora mediante el pago de prestaciones en metálico, financiadas total o parcialmente por la Seguridad Social.

En España, hasta el momento, se ha hecho poca cosa para afrontar este problema. En consecuencia, la atención a los dependientes recae sobre las familias en un grado muy superior al que ocurre incluso en países con población más envejecida que la nuestra. Además, en España la atención informal a la dependencia tiene una distribución más injusta de las cargas que perjudica la calidad de vida y las oportunidades vitales de las personas con menor formación y renta disponible, sobre todo si son mujeres.

Dada la baja tasa de actividad laboral de la población española y, sobre todo, de las mujeres, es más recomendable optar en nuestro país por una política de atención a la dependencia que considere también la promoción del empleo como un objetivo prioritario. El presente trabajo aboga por instituir en España un programa de atención a la dependencia basado en servicios sociosanitarios de carácter universal. La alternativa basada en la provisión directa de servicios públicos ha demostrado ser más eficiente que la mera transferencia de rentas derivada bien de un seguro de dependencia financiado con contribuciones a la Seguridad Social o bien a cargo de los presupuestos generales del Estado.

La cobertura de estos servicios no debería limitarse a las personas mayores. La proporción de dependientes menores de 65 años es muy elevada en nuestro país y la aplicación de discriminaciones basadas en la edad de los beneficiarios no sería justificable desde un punto de vista ético ni desde criterios de eficacia.

El coste total de esta provisión de servicios podría ser sufragado de manera mixta. Por un lado con cargo a los impuestos y, en parte, sufragado por los usuarios estableciendo un sistema de copago. El copago de los usuarios en ningún caso debería ser de una cuantía o porcentaje único, sino que debería establecerse como una contribución progresiva en función de la renta personal disponible.

Los fondos necesarios deberían ser suministrados en buena medida por el gobierno central, aunque debería exigirse una cofinanciación de las CCAA y los gobiernos locales para evitar incentivos negativos que hagan crecer innecesariamente la demanda de servicios. Su coste dependerá de la intensidad protectora elegida pero no ha de olvidarse que un euro gastado en financiar servicios es, en términos netos, menos costoso para el estado que un euro gastado en prestaciones en metálico.

En la gestión de estos servicios los gobiernos locales deberían tener un papel primordial, tanto aumentando la provisión directa de servicios como actuando de coordinadores e impulsores de la oferta privada existente.

La red de servicios comunitarios ha de estar complementada con un stock de viviendas adaptadas y mini-residencias que han de impulsar conjuntamente las tres administraciones. La atención a domicilio no siempre es deseable ni tampoco posible. A veces la vivienda del dependiente no reúne los requisitos imprescindibles que hagan posible una vida autónoma por lo que se hace necesario que los gobiernos locales dispongan de recursos para adaptar dichas viviendas o, en los casos que sea imposible dicha adecuación, para ofrecer una vivienda alternativa más accesible.

Cuando la dependencia es extremadamente grave, la alternativa más adecuada es el ingreso en un centro asistido. La oferta actual es muy pobre y en ella abundan los centros donde residen personas validas para vivir en un hogar corriente si dispusieran de servicios sociales alternativos. En los próximos años será necesario reconvertir residencias para dedicarlas a dependientes graves y construir nuevas.

Al mismo tiempo, la red de servicios comunitarios debería incluir la atención de los cuidadores informales. Dadas las serias repercusiones que puede tener una dependencia prolongada sobre el estado de salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras, es recomendable establecer servicios de apoyo a los cuidadores, así como servicios de formación que les ayuden a mejorar sus expectativas de inserción socio-laboral una vez acabe el periodo de cuidados.

1. Introducción

El cuidado de las personas mayores es una necesidad creciente que no está bien cubierta por nuestro sistema de protección social. Los servicios de atención a la dependencia en España están subdesarrollados, mal coordinados y son poco eficaces. Esta situación incide negativamente en la calidad de vida de las personas dependientes y de sus familias así como en la eficiencia del gasto social. La mayoría de países de la Unión Europea ha puesto en marcha reformas sociales importantes para atajar problemas similares, pero con estrategias diferentes. En este trabajo se analizan algunas de estas estrategias para extraer recomendaciones sobre el camino que seguir en nuestro país¹.

1.1 Envejecimiento demográfico y dependencia

En España las previsiones demográficas apuntan a que el envejecimiento aumentará hasta el 2050, año en el que se esperan unos efectivos de 4 millones de personas mayores de 80 años, el tramo de edad en que hay mayor proporción de personas afectadas por la dependencia de larga duración.

Tradicionalmente, el cuidado de las personas dependientes ha corrido a cargo de las mujeres, sobre todo de aquellas hijas o esposas de edad comprendida entre los 45 y 69 años, pero la capacidad de las familias para atender a sus mayores se ha reducido de manera importante y continuará haciéndolo en el futuro, ya que la ratio entre el número de mujeres de esa edad y el número de personas mayores de 70 años viene cayendo sin cesar desde mediados del siglo XX (Comisión Europea, 1993^a). Por esta razón, las generaciones actuales tienen mayor probabilidad que la que tuvieron sus padres de ejercer de cuidadoras en algún momento de su vida, y ello a pesar del mayor desarrollo que ha tenido el Estado de Bienestar (Sundström, 1994).

¹ Las estimaciones realizadas a partir de los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea han utilizado la versión ECHP-UDB de junio de 2002.

Quisiera agradecer los útiles comentarios recibidos de quienes amablemente leyeron un borrador previo, en especial a José Adelantado, Pau Baizán, David Casado, Gösta Esping-Andersen, Guillem López, Pere Jodar y Roser Pérez.

Este aumento en las necesidades de atención a los dependientes viene acompañado de una reducción en la capacidad de los hogares para atenderlos. En parte porque crecen los hogares en los que sólo vive la persona dependiente sin nadie a quien recurrir², pero sobre todo, porque aumenta la proporción de mujeres que trabajan fuera del hogar. A ello cabe añadir el efecto que pueda tener el retraso en la edad de matrimonio y del primer hijo sobre la capacidad de cuidados a personas mayores. El número de mujeres que tiene su primer hijo a partir de los 30 años está en aumento, lo cual significa para estas mujeres una aproximación de los periodos de crianza de los hijos y de cuidados de los padres que en algunos casos pueden llegar a solaparse, lo que limita en mucho el tiempo disponible de estas mujeres.

El envejecimiento de la población y la menor capacidad de los hogares para atender a personas dependientes están aumentando la presión sobre el gasto de las administraciones públicas. Una población envejecida requiere mayor gasto sanitario, y unos hogares con menor capacidad de cuidados a dependientes obligan a mayores gastos en atención a la dependencia. Pero la actual configuración de nuestro sistema de protección social adolece de algunos defectos que provocan una asignación poco eficiente del gasto público. La combinación, por una parte, de una oferta de servicios sanitarios públicos basados en el principio de universalidad y, por otra parte, de una oferta de servicios sociales distribuidos bajo el principio asistencial de falta de recursos, incentiva a los dependientes a medicalizar sus necesidades de manera que la red hospitalaria acaba asumiendo la atención de los dependientes a un coste mucho mayor del que resultaría con una atención sociosanitaria más específica basada en servicios residenciales y comunitarios³.

Esta situación es común también en otros países. A título de ejemplo, en Austria se estima que a mediados de los años 90 entre un 14 y un 19% de las personas hospitalizadas eran ancianos que podían recibir la misma atención en residencias o en su domicilio (Österle, 1996), y en Japón, la sensibilidad hacia los elevados costes de la llamada “hospitalización social” ha impulsado sucesivas propuestas para impulsar servicios residenciales y de atención a domicilio (Assous y Ralle, 2000). No en vano, las directrices de la UE para los programas de atención a personas dependientes recalcan la necesidad de contener el elevado crecimiento del gasto sanitario en un contexto de crecientes necesidades de servicios para personas dependientes y recomiendan la reorganización de los servicios residenciales así como un mayor desarrollo de la atención a domicilio y otros servicios alternativos a las residencias (Commission of the European Communities, 1993a).

³ Como en la mayoría de países europeos, en España se percibe también un aumento de los ancianos que viven solos, pese a que todavía hay una elevada proporción de coresidencia entre personas mayores y sus hijos (Sundström, 1994). En la actualidad un 16% de las personas mayores de 64 años viven solas mujeres en su mayoría (80%), y la mitad tienen más de 75 años (Pérez, 2000).

² Según Adolfo Jiménez (2002), que fue Secretario de Estado para la Seguridad Social, el coste de los casos atendidos por el sistema hospitalario es cinco veces superior al que tendrían si fueran tratados en centros geriátricos.

1.2 ¿Sólo las personas muy mayores son dependientes?

Las estimaciones realizadas a partir de la Encuesta de Discapacidades del INE (2001) nos indican que en España hay más de dos millones de personas mayores de 64 años discapacitadas. No obstante, hay que considerar que el alcance de la dependencia es mucho mayor de lo que las estadísticas al uso nos muestran. El número estimado de personas dependientes en un momento dado a través de encuestas o registros administrativos es muy inferior al número de personas que son dependientes en un momento u otro de su vida. Las estimaciones más recientes indican que este número es entre 4 y 5 veces mayor a las cifras de dependientes estimadas en las encuestas (Sundström, 1994).

Aunque las necesidades de atención a los dependientes están muy relacionadas con el envejecimiento demográfico no podemos obviar que los cuidados que prestan los hogares a dependientes no se limitan a las personas mayores. Una buena parte de estos cuidados se dirige a personas más jóvenes que, a causa de algún tipo de discapacidad, no pueden llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria. De estas personas muchas están incapacitadas para trabajar, para relacionarse con los demás, o para llevar a cabo una vida normal con un mínimo de autonomía personal, e imponen unas cargas y limitaciones a sus familiares que ven así reducida su calidad de vida. Un 40% de todas las personas con alguna discapacidad es menor de 65 años y 1 de cada 3 discapacitados que requieren más de 30 horas de atención personal a la semana es también menor de 65 años. Los dependientes que más horas de dedicación exigen de sus cuidadores residentes en el propio hogar son precisamente los jóvenes y los menores de edad, seguidos después por las personas mayores de 74 años (tabla 1).

Tabla 1. Horas de dedicación del cuidador principal que reside en el hogar del dependiente

Dedicación horas semana	Cohortes de edad de los dependientes					
	16 y menos	17 a 24	25 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y más
< 7	11,11	9,73	18,16	21,80	15,77	9,18
7 a 14	11,57	12,43	17,04	18,08	18,88	13,93
15 a 30	7,87	16,76	16,52	17,37	16,94	16,60
31 a 40	8,80	9,19	8,95	6,71	7,88	10,57
41 a 60	9,72	6,49	5,77	7,31	6,98	8,26
> 60	50,93	45,41	33,56	28,74	33,54	49,70
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (1999)

La dependencia grave no es así un problema sólo de las personas mayores y cualquier programa público dirigido a mejorar el bienestar de los discapacitados y sus familiares no puede limitarse a los mayores si quiere mantener una mínima legitimidad basada en principios de equidad. Sería difícil justificar ante la opinión pública que una protección financiada con impuestos o contribuciones a la seguridad social beneficiara sólo a los mayores, mientras que aquellos que contribuyeran a su mantenimiento no estuvieran protegidos, aun teniendo las mismas o mayores necesidades.

2. Las necesidades de los hogares con dependientes

Tres dimensiones de la política social son cruciales para la calidad de vida de las personas dependientes: la garantía de ingresos, la provisión de viviendas adecuadas y la prestación de servicios sociosanitarios.

2.1 Nivel de renta insuficiente

La garantía de ingresos mínimos está asegurada mediante las pensiones contributivas y las no contributivas que desde 1990 protegen a los mayores de 64 años y a las personas incapacitadas para trabajar que no han cotizado lo suficiente para acceder a una pensión contributiva mínima. El sistema actual de protección, empero, adolece de insuficiencias en lo que concierne a la intensidad protectora y a los criterios de elegibilidad. Las cantidades pagadas son en muchos casos insuficientes para sacar de la precariedad económica a los beneficiarios de manera que aquellos hogares donde el sustentador principal es un discapacitado en edad laboral o una persona mayor tienen una elevada probabilidad de pobreza. Así, la proporción de personas mayores que en España tienen serias dificultades para llegar a final de mes es muy superior a la media de la Unión Europea, sólo superada por Grecia y Portugal (Comission of European Communities, 1993:17).

Los hogares donde reside alguna persona dependiente deben afrontar mayores gastos para cubrir necesidades básicas pero, paradójicamente, sus niveles de renta son inferiores a la media de la población española. Como podemos observar en la tabla 2, los hogares con alguna persona dependiente se sitúan con más frecuencia en el cuartil inferior de la distribución de la renta, mientras que en el cuartil más rico la proporción de dependientes es sensiblemente inferior.

Un hogar donde resida una persona dependiente tiene limitada su capacidad económica por varias razones. Si el dependiente tiene una edad apta para trabajar, no puede hacerlo y las prestaciones sociales que pueda percibir por su discapacidad no son suficientes para sacar al hogar de la pobreza dada la escasa cobertura e intensidad que tienen. Considerando todos los hogares donde el sustentador principal es un hombre de edad comprendida entre los 25 y 54 años, en los hogares donde no hay

Tabla 2. Distribución entre cuartiles de renta de los hogares con el sustentador principal de edad entre 24 y 55 años^(*)

Cuartil	Sin dependientes	Con alguna persona dependiente	Ratio dependientes/ no dependientes
1	23,00	34,13	1,48
2	19,57	21,81	1,12
3	24,44	26,75	1,10
4	32,99	17,31	0,52

(*) La renta disponible de los hogares ha sido calculada a partir de los datos sobre ingresos de la Encuesta de Discapacidades del INE (1999) y aplicando la escala de equivalencia de la OECD modificada. La renta correspondiente a los hogares que informaban en la encuesta ingresos correspondientes a los tramos inferior y superior se ha obtenido calculando la renta mediana correspondiente a dichos tramos en los hogares españoles entrevistados en el Panel de los Hogares de la Unión Europea de 1998.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (1999)

discapacitados trabajan el 92,5% frente a un 78% de los sustentadores de hogares donde hay un discapacitado, una tasa de actividad menor, explicable en parte porque casi un 10% de esos sustentadores son los propios discapacitados que cobran una pensión de invalidez. Además, si la dependencia es grave limita las posibilidades de trabajar del resto de miembros del hogar, al menos de uno de ellos, al tener que hacerse cargo de su cuidado.

Pero hay otras razones que tienen que ver con la diferente distribución de los discapacitados en los hogares según clases sociales. La escasa oferta de servicios de atención a la dependencia a un precio accesible a las clases más populares, obliga a que cuando las horas de dedicación son muchas, los familiares del dependiente opten por compartir la residencia para economizar tiempo y dinero; así en los hogares donde el sustentador principal tiene más dificultades de encontrar empleo hay una mayor concentración de discapacitados. En los hogares donde convive un discapacitado el nivel de estudios del sustentador principal es sensiblemente inferior al del resto de hogares. Tomando como referencia a los hogares en los que el sustentador principal tiene una edad comprendida entre los 25 y los 54 años, la proporción de sustentadores principales con un nivel de estudios similar o inferior a primaria es casi un 50% más elevada entre los hogares donde reside un dependiente que en los hogares donde no convive una persona discapacitada. Por el contrario la presencia de titulados universitarios es un 50% inferior.

2.2 Viviendas inadecuadas

La oferta de viviendas adaptadas a las necesidades de las personas con dificultades de movilidad es muy escasa como también lo es la oferta de pisos con servicios compartidos. También es escasa la oferta de plazas en centros residenciales y en centros de día. La insuficiencia de este tipo de recursos se hace más patente cuando observamos que las condiciones de las viviendas donde residen personas mayores son inferiores a los estándares que goza el promedio de la población. Los datos recogidos de diversas fuentes por Pérez Ortiz (2000) son elocuentes; casi la mitad de los hogares donde viven personas mayores carece de calefacción, el 25% no dispone de un baño completo, el 18% no tiene lavadora y casi un tercio no tiene acceso a teléfono en su domicilio. Cuando se trata de personas frágiles y con serios problemas de movilidad, una vivienda sin estos equipamientos básicos no es el lugar más adecuado para vivir.

La calidad de la vivienda de las personas mayores no es homogénea, sino que es el resultado de la clase social a la cual pertenecen, de sus ingresos y de su patrimonio acumulado. En los momentos actuales, en que la oferta pública de vivienda social es muy escasa y con los precios de compra y alquiler en constante ascenso desde hace años⁴, la posibilidad de que una persona con discapacidades severas acceda a una vivienda en condiciones adecuadas se ha reducido de manera notable, especialmente para aquellas generaciones, ahora muy mayores, que en las grandes ciudades han vivido de alquiler a precios muy bajos hasta el momento en que se liberó este mercado.

Las personas mayores que residen en una vivienda inadecuada tendrían como alternativas el cambio a otra vivienda adaptada o el ingreso en una residencia. La opción de ingresar en una residencia encuentra serias dificultades para ser elegida, dada la oferta insuficiente de plazas residenciales. Las pocas plazas públicas disponibles están reservadas para casos extremos de pobreza y de necesidad, y las plazas ofertadas por el sector privado son a un precio muy elevado o de baja calidad. Escasean todavía los estudios empíricos sobre la equidad en el acceso a centros residenciales, pero en opinión de algunos expertos del sector podríamos distinguir tres grupos en función de sus posibilidades de acceso a los servicios sociales (Crespo y Rimbau, 1997). Los muy ricos pueden afrontar los gastos de adaptar su vivienda actual o pueden mudarse a otra más adecuada si lo necesitan a pesar del aumento de precios, pueden también contratar servicios de atención a domicilio y, si es preciso, pueden pagar una residencia de calidad. La situación más gravosa la padecen las franjas de renta intermedias. Sus ingresos no les permiten acceder

⁴ Ya a principios de los años 90 adquirir una vivienda de nueva construcción en Cataluña era imposible para un hogar con unos ingresos inferiores a 3,5 veces el salario mínimo interprofesional (Adelantado y Gomà, 2001). A mediados de los años 90 el precio de compra se había duplicado y desde entonces los precios han ascendido sin cesar.

a los programas públicos, pero tampoco son suficientes como para permitirles acceder al mercado privado. Si, además, han vivido en un piso de alquiler cuyo precio se ha actualizado en los últimos años hasta alcanzar cotas impagables, no tienen más remedio que ser acogidos, o acoger en su casa, a los familiares que les cuiden. La situación es especialmente grave para las mujeres viudas que han perdido la fuente de ingresos que suponía la pensión del marido para sustituirla por una pensión de viudedad más baja.

Los más pobres tienen dificultad para cambiar de vivienda, salvo que tengan una vivienda en propiedad que puedan vender, y más para acometer las reformas que sean necesarias en la vivienda propia, pero por su condición de pobreza tienen preferencia en el acceso a subsidios para reformas y en la ayuda a domicilio, así como en el acceso a residencias públicas. No obstante, la escasa calidad de muchos servicios residenciales, la falta de intimidad y de autonomía personal que significa el no disponer de habitación individual, y el arraigo cultural de la asociación entre residencia y “asilo para pobres abandonados” conllevan un grado elevado de estigma para buena parte de los usuarios.

El estigma asociado a la residencia genera con frecuencia sentimientos de culpabilidad entre los familiares más directos del dependiente quienes, en la medida de sus posibilidades, optan mayoritariamente por acogerle en su domicilio y hacerse cargo de los cuidados personales que necesite. Según los datos extraídos de la Encuesta de Discapacidades, el 44% de las personas con algún tipo de discapacidad recibe cuidados personales, pero el grueso de estos cuidados los presta la propia familia. En la siguiente tabla podemos observar como, entre las personas discapacitadas que reciben cuidados personales, el 75% los reciben de miembros de su propio hogar y sólo un 25% son atendidos exclusivamente por una persona que no convive en el hogar, aunque, en la mayoría de los casos, se trata de la hija de la persona discapacitada.

Tabla 3. Residencia de la persona cuidadora

Los cuidados los prestan personas que viven	%
En el propio hogar del discapacitado	54,4
Fuera del hogar del discapacitado	25,0
Dentro y fuera del propio hogar	20,6

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (1999)

2.3 Escasa cobertura de los servicios comunitarios para dependientes

La atención a la dependencia exige, además de un lugar donde vivir adaptado a las necesidades propias de la persona dependiente, un conjunto de servicios sociales y sanitarios

básicos. Estos servicios han de ser suministrados en centros residenciales cuando la discapacidad es tan severa que no permite a la persona dependiente vivir en su propio hogar, pero en la mayoría de casos bastaría con una red apropiada de servicios a domicilio y de centros de día para que la persona dependiente pudiera continuar viviendo en su hogar habitual.

El contenido de la ayuda a domicilio es muy heterogéneo, incluye actividades tan variadas como la ayuda para las tareas domésticas, la asistencia sanitaria mental y física, apoyo emocional y asesoramiento, ayuda a desplazamientos fuera del hogar y a mantener contactos sociales, teleasistencia, ayudas de emergencia y prestación de apoyo y formación a las personas cuidadoras, tanto para ayudarlas a sobrellevar la carga y contribuir al bienestar de la persona dependiente, como para preparar la reinserción laboral de la persona cuidadora si ésta ha abandonado su trabajo o nunca lo ha tenido. De todas estas actividades las más frecuentes en aquellos países donde mayor cobertura hay de atención a domicilio, son las relacionadas con tareas domésticas como limpieza, compras, cocina y lavandería, actividades todas ellas que no requieren la intervención directa de profesionales⁵.

Desde los años setenta, en la mayoría de países europeos ha venido aumentando la sensibilidad hacia la atención domiciliaria como alternativa a la institucionalización en centros residenciales. Dos razones fundamentales hacen recomendable esta nueva estrategia. Por un lado, las demandas de los propios dependientes y, por otro, conveniencias de índole presupuestaria. Todas las encuestas confirman que las personas mayores prefieren permanecer en su propio hogar tanto tiempo como sea posible y esta opción, debidamente atendida, es relativamente menos costosa para las administraciones públicas que la construcción y mantenimiento de residencias. A título de ejemplo, el estudio piloto dirigido en Dinamarca por Hendriksen (Hendriksen *et al.*, 1984), demostró que una visita domiciliaria preventiva cada tres meses a los ancianos por parte de médicos o de enfermeras producía una reducción del 25% en los ingresos hospitalarios, además de una sensible disminución de la mortalidad y de los ingresos en residencias.

En España, empero, la excesiva confianza en que la familia tiene capacidad suficiente para resolver los problemas de dependencia ha llevado a un déficit de recursos que no debería ser mantenido por más tiempo. En la tabla 4 podemos observar como la cobertura tanto de plazas residenciales como de ayuda a domicilio se sitúa entre las más bajas de la Unión Europea.

Fuera de la familia, el grueso de la escasa oferta de servicios formales está en manos del sector privado cuya intervención, como la de los servicios públicos, se concentra en aquellos casos en que no hay un cuidador alternativo que pueda ejercer de “cuidador

⁵ En los países escandinavos, y también en el Reino Unido, estas tareas domésticas representan el 80% de todas la ayuda a domicilio (Sundström, 1994:40).

Tabla 4. Servicios básicos para las personas mayores a finales de los años 90

	Porcentajes de cobertura	
	Ayuda a domicilio	Residencias
Dinamarca	21,7	9,0
Suecia	17,9	9,1
Holanda	9,5	8,0
Francia	7,0	5,0
Alemania	6,5	5,0
Reino Unido	5,0	7,0
Italia	5,4	2,2
España	2,0	3,0
Portugal	1,0	2,0

Fuente: Rostgaard, T. 2002

principal”. La escasa incidencia de los servicios formales queda reflejada en los datos de la Encuesta de Discapacidades. Según ésta, sólo un 12,36% de los discapacitados que reciben ayuda personal tienen contratados los servicios de una persona empleada, un 6,5% recibe atención de los servicios sociales públicos y no llega al 2% quienes reciben la atención de una organización de voluntarios. Es decir, considerando que en algunos casos hay más de un proveedor, no llegaría al 19% la proporción de dependientes que son atendidos por un servicio formal.

Además, los casos en que estos servicios formales operan como “cuidador principal” se reducen a la mitad. Si nos atenemos a la figura de “cuidador principal”, definida como aquella persona que más horas dedica al cuidado del dependiente, sólo el 10% de los cuidadores principales son cuidadores formales, en su mayoría privados, puesto que los servicios públicos operan como cuidadores principales en sólo el 3% de los casos.

Los empleados privados operan como cuidadores principales en el 56,5% de los casos en que intervienen, una cifra algo superior al 43,9% de los servicios públicos y casi el doble del 29% de las ONG. Así, el papel subsidiario de las ONG es patente, ya que la mayoría de sus intervenciones son un complemento al cuidado que presta otro agente. Un complemento que, como veremos más adelante, se concentra en los casos de discapacidad muy grave, razón por la cual el promedio de horas que reciben los beneficiarios del voluntariado es mayor que el de las recibidas del sector público, que es quien menos horas de servicio promedio ofrece al conjunto de sus beneficiarios.

De los datos expuestos en la tabla siguiente se desprende que la labor de los servicios públicos y privados como cuidadores principales queda limitada a un número reducido

Tabla 5. Distribución de casos atendidos según horas de dedicación semanal del cuidador principal (porcentajes)

Cuidador principal	< 7	7 a 14	15 a 30	31 a 40	41 a 60	>60	Total
Miembro del hogar	19,06	17,27	16,64	8,81	6,92	31,30	100
Familiar no residente	27,06	23,05	20,53	9,25	5,51	14,62	100
Empleado	39,82	19,82	18,00	10,18	6,91	5,27	100
Servicios sociales	60,17	22,51	5,63	3,46	3,03	5,19	100
ONG	45,71	11,43	14,29	5,71	8,57	14,29	100

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (1999)

de horas; en más del 80% de los casos se dedican menos de 15 horas a la semana. Por el contrario, los casos en que la atención supera las 60 horas semanales abundan más cuando el cuidador principal es un familiar o una ONG.

La diferencia más destacada entre los servicios públicos y los privados es la relativa especialización de los servicios públicos en casos de dependencia muy severa. Contrastando en la tabla 6 la incidencia de cada proveedor de servicios según la severidad de la discapacidad observamos que la presencia de empleados privados, muchos contratados probablemente en la economía sumergida, se distribuye sin muchas diferencias entre grados de severidad. Sin embargo, los servicios públicos, y más las ONG, tienden a aumentar su presencia a medida que aumenta la severidad de la discapacidad. Ello indica que la escasa oferta pública queda restringida a los casos de necesidad muy aguda y que tiene en las ONG el complemento a las pocas horas de servicio que ofrece. Los casos de necesidad menos imperiosa tienden a recurrir a los servicios privados si tienen recursos suficientes para pagarlos.

La tabla 7 confirma esta idea. En la distribución de casos que tiene cada proveedor se observa que las ONG son el recurso más especializado en casos de extrema gravedad. Por el contrario, el elevado coste en el mercado hace que este tipo de discapacitados tenga menor presencia entre los proveedores con ánimo de lucro.

Tabla 6. Proveedores según severidad de la discapacidad (porcentajes)

Severidad de la discapacidad	Miembros del hogar	Empleados	AAPP	ONG
Moderada	68.17	26,99	9.88	1.4
Grave	68.91	29,49	14.44	2.69
Absoluta	79.95	26,83	17.35	6.11

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

Tabla 7. Severidad de los casos atendidos según el proveedor que es cuidador principal

Proveedor principal	% de discapacitados muy graves
Miembros del hogar	54,3
Familiares o amigos residentes fuera del hogar	46,4
Empleado	39,5
Servicios sociales públicos	43,9
Organizaciones no gubernamentales	60,0

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (1999)

El resultado de la escasa oferta de servicios públicos podemos observarlo en la tabla 8. Cuando se trata de incapacidad para cuidar de sí mismo o para hacer las tareas básicas del hogar, prácticamente la totalidad de los discapacitados muy graves reciben la ayuda de alguna persona, aunque en su mayoría se trata de algún familiar. En cambio, una proporción nada despreciable de los discapacitados no reciben ningún tipo de atención, sea ésta personal o técnica, sobre todo cuando se trata de atender a los muy discapacitados para moverse, para desplazarse fuera de su domicilio y para relacionarse con los demás. Al parecer, existe un vacío importante de medidas paliativas que permitan a este tipo de dependientes mantener una mínima relación social fuera de su domicilio.

Tabla 8. Ayudas recibidas según discapacidad y su gravedad

	Relacionarse		Desp. fuera hog.		Moverse		Cuidar de sí		Tareas del hogar	
	Grave	Muy gr.	Grave	Muy gr.	Grave	Muy gr.	Grave	Muy gr.	Grave	Muy gr.
Técnica	0,0	0,0	13,3	0,1	19,3	0,0	2,0	0,7	2,28	0,02
Personal	52,6	0,0	35,0	1,7	30,8	30,5	82,6	89,9	62,62	99,95
Personal y técnica	2,0	0,0	13,9	2,8	21,9	31,0	6,2	9,4	7,01	0,00
No recibe ayuda	45,5	100,0	37,9	95,4	28,0	38,4	9,2	0,0	28,09	0,02
Total vertical	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (1999)

2.4 Una distribución no equitativa de las cargas familiares

Asumir sin más que el cuidado de los dependientes es una tarea fundamentalmente de las familias conlleva efectos perniciosos en la distribución del bienestar que vulneran los principios de solidaridad y de equidad.

El escaso apoyo público a los dependientes y sus familiares supone, de facto, el rechazo de la solidaridad ante riesgos y situaciones adversas de las cuales los individuos son poco o nada responsables. No todos los ciudadanos han de afrontar las mismas necesidades derivadas de la dependencia propia o de un ser querido. Unas personas vivirán toda su vida sin hacerse cargo de un dependiente, mientras que otras tendrán que afrontar esta situación y, en muchas ocasiones, durante bastantes años. Muchos de los factores determinantes de la dependencia se escapan al control de los individuos hasta el punto de que podríamos decir que el riesgo de dependencia es fruto del azar. Es en situaciones de este tipo cuando está justificada una mancomunidad de riesgos mediante la cual todos se solidarizan con quienes tienen la mala fortuna de habérselas con una dependencia.

Pero, además, el azar es relativo. Los datos disponibles nos indican que la distribución de las dependencias entre los hogares tiende a concentrarse en aquellos con menor renta y mayores dificultades de encontrar empleo. Mantener una situación de este tipo sin la ayuda solidaria del resto de la sociedad supone vulnerar el principio de equidad entre clases sociales, a lo que cabe añadir una distribución de las cargas entre sexos igualmente injusta, ya que son las mujeres quienes mayor riesgo tienen de dependencia y mayores cargas asumen en sus cuidados. Los siguientes datos extraídos de la Encuesta de Discapacidades avalan estas afirmaciones.

El 72% de las cuidadoras que conviven en el mismo hogar de la persona discapacitada son mujeres. Algunas de ellas tienen una edad que ya no les permite trabajar, pero la mayoría, el 64%, están en edad laboral y hay incluso una pequeña fracción (inferior al 1%) que son menores de 17 años, lo cual a pesar de su pequeña cuantía, no deja de ser un grave problema para la formación de las adolescentes implicadas. La mayoría de las mujeres cuidadoras lleva largo tiempo sometida a las tensiones propias de este tipo de cuidados. El 62% de las cuidadoras lleva más de 4 años prestando cuidados, y el 41% más de 8 años. Para muchas de ellas la responsabilidad de cuidar a los dependientes ha tenido consecuencias negativas en su actividad laboral. Así, según los datos de la Encuesta de Discapacidades, un 14,65% asegura haber tenido que reducir su tiempo de trabajo o de estudios para cuidar a la dependiente y, según los datos del Panel de los Hogares Europeos, en España un 25% de todas las personas cuidadoras, las que viven en el hogar del discapacitado y las que no, declaran no poder hacer el tipo de trabajo que desearían o dedicarle el tiempo que consideran adecuado.

No es de extrañar entonces que la inactividad laboral sea mayor entre las cuidadoras, lo cual puede interpretarse como una consecuencia de la atención que deben prestar a la persona dependiente, pero ésta no es la única razón explicativa. Entre las personas cuidadoras hay un sesgo en perjuicio de las personas con menos formación educativa. Si consideramos las mujeres que son cuidadoras principales y que tienen sólo entre 16 y 20 años de edad, el 38% no ha llegado a niveles educativos superiores a la primaria, una proporción que entre adolescentes que no son cuidadoras alcanza sólo el 16,6%.

Las escasas posibilidades de encontrar empleo que tienen las mujeres con bajo nivel de estudios y escasa cualificación las empujan al paro y a la inactividad laboral, una situación que les permite dedicar más horas a cuidar de la persona dependiente. El hecho de que casi 1 de cada 3 mujeres cuidadoras jóvenes esté buscando activamente empleo es una prueba que avala esta hipótesis. Otra cuestión, que no abordamos ahora, es si el tipo de empleo que buscan está condicionado por las horas de cuidados que han de prestar y si este condicionante limita aún más sus posibilidades de encontrarlo. En cualquier caso, lo cierto es que la probabilidad de que una mujer acabe ejerciendo de cuidadora principal está muy condicionada por la clase social a la que pertenece. Entre las mujeres cuidadoras que trabajan, la probabilidad de ser cuidadora principal de un dependiente

Tabla 9. Situación laboral de las mujeres según su edad y si prestan cuidados a un dependiente

Situación laboral	Edad de 16 a 39 años		Edad de 40 a 64 años	
	Cuidadora	No cuidadora	Cuidadora	No cuidadora
Trabaja	34,0	39,3	24,7	33
En paro	28,0	15,3	7,2	5,8
Incapacitada para trabajar	0,0	0,4	0,9	1,1
Pensión contributiva de invalidez	0,1	0,1	2,2	1,9
PNC invalidez	1,0	0,4	1,9	1,6
Retirada	-	-	2,5	2,3
Estudia	10,0	27,3	0,3	0,3
Labores del hogar	26,5	16,6	58,6	52

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

Tabla 10. Ocupación de las mujeres según su edad y si prestan cuidados a un dependiente

Ocupación	Edad de 20 a 39 años		Edad de 40 a 64 años	
	Cuidadora	No cuidadora	Cuidadora	No cuidadora
Directiva	2,6	3	5,6	5,5
Técnica o profesional	16,4	21,7	17	22,8
Empleada administrativa	16,4	22,5	10,5	15,8
Trabajadora de servicios	29,7	30,2	30,5	27,9
Trab. Cualificada agricultura o pesca	4,5	1,3	11,6	4,4
Artesana, trabajadora cualificada	3,7	5,1	5,8	4,7
Operadora maquinaria	2,2	1,8	2,1	1,3
No cualificada	24,5	14,3	16,8	17,6

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

aumenta entre las trabajadoras no cualificadas, las trabajadoras de servicios y las trabajadoras del campo o del sector pesquero (tablas 9 y 10).

El riesgo de reducir la actividad laboral o de estudio entre los cuidadores en edad laboral aumenta con las horas de dedicación hasta el punto de que esta variable es más significativa estadísticamente que la renta disponible. No obstante, el riesgo de tener que reducir la actividad laboral disminuye cuando aumenta la renta del hogar, en parte porque permite comprar los servicios necesarios, pero contratar a un empleado no es en sí mismo una garantía de más tiempo disponible. De hecho, cuando no se considera la renta disponible del hogar, el efecto que tiene la existencia o no de un empleado contratado sobre la actividad laboral de la persona cuidadora no es estadísticamente significativa puesto que dicha contratación es en muchas ocasiones un complemento a los servicios que presta el familiar, pero casi nunca una sustitución, y esa contratación es imprescindible en casos de dependencia muy severa, aun cuando exija una dedicación considerable de algún familiar. Los hogares con poca renta disponible, además, nunca podrán pagar todas las horas necesarias.

Si el nivel de renta disponible de los hogares es un factor que condiciona la actividad laboral de las cuidadoras, las ayudas públicas por ayuda de tercera persona podrían tener un efecto positivo al aumentar la renta disponible. Sin embargo, la escasa cuantía de estas ayudas hace impensable que puedan ser un recurso suficiente para pagar los servicios sustitutivos necesarios. Un 11,3% de las cuidadoras perciben alguna ayuda pública por los cuidados que prestan. La percepción de esta compensación económica, empero, no tiene efecto alguno sobre la reducción de la actividad laboral. Su impacto explicativo no es estadísticamente significativo cuando se introduce en el modelo la variable “percibir prestación económica por cuidados de tercera persona”. En la tabla 11 se muestran los resultados de un modelo “logit” que trata de explicar el efecto de diversos factores en la reducción de actividad laboral y de estudios.

Los cuidados informales que han de prestar los familiares y amigos de las personas dependientes tienen repercusiones negativas sobre la calidad de vida de los primeros. La convivencia con una persona dependiente puede generar elevados niveles de tensión en la persona cuidadora que acaban por alterar su salud, sus relaciones familiares y sociales y sus oportunidades de empleo⁶. Sostener esta situación durante un periodo prolongado de tiempo no es aconsejable ni siquiera para las instituciones de bienestar que, aparentemente, se ahorran el coste de atender al dependiente al dejar esta responsabilidad en la familia. Hay costes adicionales que aparecen a medio y largo plazo. Siendo la mayoría de las cuidadoras

⁶ La prevalencia de trastornos neuróticos es importante entre las mujeres cuidadoras y está asociada a las situaciones en que la carga de los cuidados es tan alta como para tener repercusiones negativas en su empleo (Singleton *et al.*, 2002). En la encuesta realizada por la PSSRU (1998) entre personas cuidadoras de Inglaterra, se detectó que, además de una elevada prevalencia de trastornos mentales, más de la mitad habían estado enfermas durante el año anterior a la entrevista y la tasa aumentaba a medida que aumentaban las horas de cuidados prestados. Las enfermedades más comunes eran las osteo-musculares y la hipertensión.

cuidado de que la atención integral de la persona dependiente sea el resultado de una combinación entre cuidados formales e informales, siempre que estos últimos sean adecuados y no obligados. Prueba de ello son las alternativas que se ofrecen para permitir la proximidad de los dependientes a sus familiares, como las bajas laborales pagadas para cuidar a un enfermo terminal, que son complementadas con subsidios para compensar los gastos extras en enfermería y medicinas, (en un 2,3% de los casos de defunción alguna persona accedió a este programa en 1998⁷), y el derecho de las personas mayores a obtener una plaza residencial en la localidad donde viva alguna persona con la que desee estar en contacto próximo. Como tendremos oportunidad de ver más adelante, la proporción de hogares daneses donde hay personas que dedican parte de su tiempo al cuidado de dependientes no es significativamente distinta a la de Alemania, un país mucho más “familista” y con una tasa de envejecimiento muy parecida a la danesa. La diferencia entre ambas naciones estriba en la cantidad de horas que han de dedicar las cuidadoras en uno y otro país, y en sus efectos sobre las oportunidades de empleo de las personas cuidadoras.

⁷ Ministry of Social Affairs, Denmark’s National Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion 2001-2003.

3. Importancia del diseño institucional: modelos alternativos

Observando la cobertura de servicios para mayores mostrada en la tabla 4 podemos identificar tres grupos de países con diferentes niveles de cobertura. Los países escandinavos son los que han desarrollado mayor protección y su oferta de servicios a domicilio y de plazas en centros residenciales cubre en torno a un tercio de las personas mayores, siendo la ayuda a domicilio el servicio más extendido. En el extremo opuesto se sitúan España y otros países de la Europa meridional, donde la atención a las personas mayores recae de manera abrumadora en las familias. El resto de países europeos ofrece una cobertura global algo superior al 10% de las personas mayores y con una práctica de atención todavía muy centrada en la oferta de plazas residenciales aunque la oferta de servicios a domicilio es creciente.

Con la intención de contener la demanda de residencias y de servicios hospitalarios, la mayoría de países de Europa continental han puesto en marcha programas específicos en los años noventa. Austria instituyó en 1993 un subsidio a los dependientes de carácter universal. Alemania en 1995 creó un complemento del seguro de enfermedad dirigido a proteger la dependencia que ha sido imitado por Luxemburgo en 1998. Francia, tras varios intentos de resultados insatisfactorios, ha instituido en el 2002 la “prestación personalizada de autonomía” que pretende cubrir a unas 800.000 personas en el año 2005.

Estos programas recientes y los más consolidados de los países escandinavos difieren entre sí en los instrumentos utilizados y en sus resultados. Los programas de atención a la dependencia han tenido que elegir entre varias combinaciones de dilemas que afectan a cuestiones clave: el tipo de prestación, los criterios de elegibilidad que se puede aplicar, las fuentes de financiación y el modelo organizativo para coordinar los recursos disponibles. Veamos en qué consisten estos dilemas.

3.1 Prestaciones y elegibilidad

Las prestaciones pueden ser en metálico o de servicios en especie y pueden variar según estén dirigidas a las personas dependientes o a las personas cuidadoras, así como en las discriminaciones que puedan hacer en función del nivel de dependencia, la edad y la

renta disponible. La prestación directa de servicios pretende garantizar el bienestar de las personas dependientes y aligerar la carga de sus cuidadoras, a la par que trata de utilizar la prestación como un recurso para aumentar la ocupación laboral. Las prestaciones en metálico, en cambio, tienden a ser una compensación económica por los gastos derivados de la dependencia y, en ocasiones, una retribución simbólica a las cuidadoras informales. La utilización de las prestaciones en metálico como recurso para aumentar el empleo no es imposible, en tanto puede operar como una subvención a la demanda que incentive el desarrollo de un mercado de servicios. Sin embargo, la evidencia disponible no permite garantizar que ese sea el resultado si no hay una acción complementaria por parte de los poderes públicos para extender la red de servicios (Österle, 1996; Evers, 1998).

Las prestaciones en metálico constituyen la piedra clave de las reformas más recientes en Austria, Alemania, Luxemburgo y Francia. Son un recurso que trata de retrasar el ingreso de la persona dependiente en un centro residencial y aligerar la presión sobre los servicios hospitalarios. Con estas prestaciones se ofrece una compensación a las personas cuidadoras a cambio de una dedicación que les impide desarrollar una actividad laboral formal. En su formulación más extrema, la prestación conlleva el compromiso de no trabajar. Este es el caso de las prestaciones para el cuidado de disminuidos (*invalid care allowances*) en el Reino Unido. Sus beneficiarios son mayoritariamente mujeres, en edad laboral, con una renta disponible por debajo de un umbral definido y que han de dedicar un número mínimo de horas de cuidados a la semana a una persona discapacitada. A cambio de la prestación se comprometen a no ejercer actividad laboral alguna. La prestación en metálico se convierte en este caso en una especie de salario, pero con el inconveniente de que no es reconocido como empleo a efectos de contribuciones a la Seguridad Social y deja sin protección social a las receptoras. Además, su cuantía es del todo insuficiente y no constituye nunca una fuente de ingresos que permita la independencia de la beneficiaria (Baldwin *et al.*, 1991).

La prestación puede ser de tipo universal como en Austria, sin discriminación por edad del dependiente, o con cobertura limitada a quienes han cotizado previamente a la Seguridad Social como en el caso alemán. En ambos casos estas transferencias en metálico son un derecho cuyo titular es la persona dependiente y, aunque no lo es su cuidadora, pretenden operar al mismo tiempo como un pago simbólico a ésta y como una subvención a la demanda que permita costear los gastos ocasionados por la dependencia. En Alemania, empero, el dependiente puede elegir entre percibir el subsidio en metálico o recibir una cantidad limitada de servicio a domicilio prestado a cargo de las administraciones públicas. La mayoría de beneficiarios opta por la subvención en metálico que aprovechan, si quieren, para pagar alguna persona, pero como en el caso austriaco, no hay control público sobre la calidad profesional del empleado ni sobre el destino de la subvención.

La prestación directa de servicios ha sido la estrategia seguida por los países escandinavos, donde los servicios son ofrecidos desde el criterio de universalidad sin discriminación alguna por nivel de renta, edad o cotización previa. Dinamarca fue pionera en

ofrecer los servicios de atención a domicilio como una alternativa muy consolidada frente a la institucionalización. En nuestros días, este país tiene una de las mejores y más extensas redes de apoyo a los dependientes en su domicilio y ha conseguido contener el gasto sanitario a los niveles más bajos entre los países desarrollados a la par que mantiene un elevado grado de satisfacción entre los usuarios.

Las prestaciones en metálico a las personas cuidadoras también existen en los países escandinavos, pero no tienen un papel tan relevante como en los casos citados. En Noruega, el programa de pagos a los cuidadores ha sido resultado de la presión del movimiento feminista con el objeto de reducir el diferencial de ingresos entre hombres y mujeres y mejorar el status del trabajo de cuidados a los dependientes. Pero estos pagos no son un sustitutivo de los servicios prestados directamente por el sector público, sino un complemento de los servicios públicos. El derecho a las ayudas lo tienen las personas en edad laboral, incluyendo parejas de hecho, y su cuantía no puede superar el coste de contratar a un servicio de atención a tiempo completo. El número de beneficiarios de este programa es muy alto, pero las prestaciones son bajas (Lingsom, 1994).

Un rasgo distintivo de los países escandinavos es que las ayudas están más pensadas para promover la ocupación que para compensar el trabajo informal de las cuidadoras. La ocupación es promovida a través de la oferta de servicios donde se colocan muchas personas con niveles de estudios medios y bajos (Theobald, 2003), al tiempo que se incentiva a las personas cuidadoras a no abandonar su empleo mediante la concesión de bajas laborales para cuidar a un dependiente o a un enfermo terminal.

Otra posibilidad a considerar es que la cuidadora perceptora de la prestación en metálico sea considerada “quasi-empleada”. En este caso, la persona cuidadora es considerada a todos los efectos por la administración pública como una empleada de la persona dependiente, y es la administración la que corre a cargo de todo o parte del coste de la contribución a la Seguridad Social. En algunos países escandinavos existe este tipo de prácticas, pero muy escasas y limitadas sobre todo a áreas geográficas rurales con muy poca densidad de población y donde la oferta de servicios profesionales es muy insuficiente. Las autoridades son conscientes de que el pago de una prestación en metálico añade poco a la cantidad de cuidados recibidos por la persona dependiente y que constituye sólo una mera compensación simbólica (Sundström, 1994).

Glendinning y McLaughlin (1993) en su estudio sobre este tipo de pagos en varios países europeos no han encontrado indicios de que las ayudas económicas a las cuidadoras informales aumentaran de manera significativa la oferta de cuidados informales ni que redujeran la institucionalización. En Noruega, Lingsom (1994) tampoco encuentra que estos pagos afecten a la cantidad ni a la calidad de la atención informal, aunque hacen la vida del cuidador más llevadera. Tampoco parece que las experiencias de Austria y Alemania hayan aumentado de manera significativa la oferta de servicios formales por las razones que serán comentadas más adelante.

3.2 La financiación

A grandes rasgos podemos identificar tres tipos posibles de financiación de los programas de atención a los dependientes: con cargo a impuestos, con cargo a la seguridad social o de manera privada. En la práctica, empero, estas fuentes de financiación pueden ser combinadas.

La financiación privada puede obtenerse a través de los ahorros personales acumulados o mediante la mancomunidad de riesgos a través de compañías de seguros. Los ahorros, sin embargo, son escasos entre muchas personas mayores, salvo el capital invertido en la propia vivienda⁸. Ha habido algunos intentos de permutar la vivienda de la persona dependiente por una plaza de residencia o por otra vivienda más barata y con servicios accesibles, pero su escaso éxito no hacen recomendable confiar en esta vía como una solución eficaz. Tampoco parece recomendable confiar en las compañías de seguros como alternativa ya que ni en los países donde más se ha favorecido su desarrollo a través de desgravaciones fiscales y subvenciones se han conseguido aumentos de cobertura significativos. Se estima que en los EE UU los seguros privados financian solamente un 7% del gasto total en residencias (Olsen, 2002) y un 1% del gasto total en la atención a la dependencia (Royal Commission, 1999). A la vista de experiencias similares con los seguros privados en sanidad es dudoso que un incremento en los beneficios fiscales cambiara mucho la situación y, sin embargo, significaría una reducción importante de los ingresos públicos (Wittenberg, 1999).

En general, la financiación privada ha demostrado ser del todo insuficiente, no sólo en España como hemos podido comprobar al analizar la estructura de la oferta de cuidados a domicilio, sino también en países con regímenes de bienestar más liberales que han puesto en marcha incentivos a los seguros privados. Evaluaciones de la experiencia norteamericana nos indican cuáles son algunas de las dificultades más importantes que tiene el mercado para cubrir esta necesidad de una manera eficaz. En primer lugar, la incapacidad de la población y de las compañías de seguros para valorar las necesidades de atención futuras, lo cual dificulta enormemente la previsión y, segundo, el elevado coste de este tipo de servicios que los hace accesibles sólo a una minoría (Wiener, 1994).

La propuesta de financiar un seguro de dependencia mediante fondos de capitalización privados tiene, además, inconvenientes añadidos que han de ser considerados. Las primas pagadas permitirían cubrir los riesgos futuros de los asegurados, pero no sería posible atender las necesidades de las generaciones ahora dependientes, que forzosamente continuarían dependiendo de los cuidados informales prestados por sus familiares. Este incon-

⁸ Según datos del Instituto Nacional de Consumo (2001:22) los ahorros se reducen a partir de los 50 años y, pasados los 65 años de edad, un 50% de las personas viven al día sin capacidad alguna de ahorro.

veniente sólo es salvable mediante la financiación pública, bien con un seguro social basado en el reparto o con aportaciones a cargo de los impuestos. Además, los poderes públicos contarían con la oposición ciudadana a este sistema de financiación. Según la encuesta encargada por la Comisión Europea en el año 1993, sólo un 3% de la población española estaría a favor de una cobertura de la dependencia financiada con seguros privados, mientras que una abrumadora mayoría optaría por un seguro público de reparto (38,2%) o a cargo de los impuestos (29,6%)⁹.

Dado que el mercado no puede resolver la protección de la mayoría, los poderes públicos están abocados a asumir algún tipo de responsabilidad que, hasta el momento, se ha plasmado en programas diferentes de acuerdo con la lógica de sus respectivos regímenes de bienestar. En la mayoría de los países anglosajones las autoridades han asumido la protección asistencial de los muy pobres, dejando a una franja amplia de clases medias sin protección, con la vana esperanza de que los cuidados informales y el mercado han de ser suficientes. En este caso los servicios públicos a los dependientes se financian con cargo a impuestos y los criterios de elegibilidad suelen discriminar por capacidad de pago, grado de dependencia y ausencia de cuidadores informales.

Una evolución más desarrollada se ha producido en los países escandinavos. Sus gobiernos ofrecen programas financiados con cargo a los impuestos que, si bien inicialmente fueron pensados para los más pobres, han acabado por extender la elegibilidad a casi todos los ciudadanos dependientes. Estos países comenzaron desarrollando equipamientos residenciales, pero, a partir de los años setenta, optaron por extender una amplia red de servicios de atención a domicilio proveídos mayoritariamente por el sector público. Al mismo tiempo, el fraccionado sistema de ayudas específicas se ha ido sustituyendo por un único programa de atención a la dependencia que es gestionado por los municipios. Estos gozan así de mayor control sobre el gasto total dedicado a la dependencia y de mayor flexibilidad para adaptar la oferta de recursos (residencias, centros de día y ayuda a domicilio) a las necesidades específicas de los dependientes (Royal Comission, 1999, chapter 6:166).

En los Estados de Europa continental la asistencia a cargo de impuestos también ha estado limitada a los más pobres, pero con el progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la actividad laboral femenina se ha sentido la necesidad de ampliar la protección a las clases medias. A diferencia de los países escandinavos, sin embargo, el instrumento elegido han sido las transferencias en metálico financiadas total o parcialmente con las contribuciones a la seguridad social.

Las ventajas e inconvenientes de estas dos opciones de financiación pública han de ser sopesadas convenientemente. Las prestaciones con cargo a la seguridad social parece que pueden afianzar con más solidez los derechos subjetivos de los beneficiarios al definir

⁹ Véase Comission of European Communities (1993:31).

de manera objetiva y explícita los criterios de elegibilidad. Si este es el caso, suponen una ventaja respecto a los servicios prestados con cargo a los impuestos que pueden alterarse con más facilidad según sean las necesidades presupuestarias. Pero esta ventaja podría ser también su talón de Aquiles en caso de desequilibrios financieros, al ser más difícil restringir los criterios de elegibilidad, una vez que han sido legalmente definidos.

Por otro lado, la creación de un nuevo seguro de dependencia con cargo a la seguridad social significaría aumentar las contribuciones de empresarios y trabajadores y, en consecuencia, un encarecimiento directo del factor trabajo que posiblemente ayudaría poco a la creación de empleo.

Además, habría que considerar la cantidad nada despreciable de trabajadores asalariados y autónomos que no cotizan a la seguridad social y que quedarían desprotegidos, obligando a mantener una doble red, contributiva y asistencial, que aun así tendría lagunas importantes en cuanto a cobertura.

Por último, un sistema de protección financiado por la seguridad social tendería a ofrecer prestaciones en metálico con un menor efecto en la provisión de servicios por parte de trabajadores formales y sin garantías de que la ayuda fuera utilizada realmente en el cuidado de los dependientes, ya que el riesgo de que la transferencia se dedique a otros capítulos del gasto familiar parece elevado. Este inconveniente, no obstante, podría solventarse con un sistema de “cheques sociales” que debieran gastarse únicamente en el consumo de servicios a los dependientes.

Una alternativa adicional que considerar es la posibilidad de que los usuarios cofinanciasen alguna parte del coste del programa. El copago en este tipo de servicios tiene valedores y detractores, según el enfoque que uno adopte en la evaluación. Entre las ventajas del copago figuran, como es obvio, el menor coste para el erario público porque modera la demanda, siempre y cuando el beneficiario tenga alguna capacidad de decisión en la cantidad y calidad de los servicios que se le ofrecen, además de que no tiene mucho sentido que se haga pagar un servicio que uno no elige. Si la elección está en manos de un técnico que no ha de soportar su coste, el efecto moderador del copago desaparece.

Experiencias de copago existen tanto en los países escandinavos como en las nuevas reformas adoptadas en Europa continental, aunque sus reglas de aplicación y sus resultados difieren. En los países escandinavos el coste de las residencias es cofinanciado por los usuarios con una porción de su pensión. Se ha estimado que esta aportación supone en torno a un 20% del importe de las pensiones de los residentes, si bien esta aportación media varía según el nivel de renta de la persona. Conviene advertir, empero, que el nivel de vida de los jubilados en Escandinavia es relativamente más alto que el que tienen el resto de jubilados europeos. En la primera mitad de los años 90 la tasa de pobreza entre las personas mayores escandinavas oscilaba entre el 0,6% en Finlandia y el 1,3% en Dinamarca, mientras que en España, el Reino Unido y Alemania rondaban el 4%

y en Austria ascendía al 7%¹⁰. El copago también es utilizado en la financiación de los servicios a domicilio, excepto en Dinamarca, donde este servicio es gratuito¹¹, excepto para los servicios domésticos de limpieza, jardinería..., que son pagados por el usuario, pero subsidiados parcialmente con un programa de transferencias en metálico para esta finalidad.

Una precaución que hay que tener con los procedimientos de financiación es que su diseño no genere una estructura de incentivos con efectos perversos sobre la eficiencia del programa. En el caso de las aportaciones privadas, si el copago es menor en servicios residenciales que en la atención a domicilio, se corre el riesgo de que las personas mayores tiendan a elegir el ingreso en una residencia cuando podrían permanecer en su hogar con una ayuda a domicilio, pero que les resultaría más costosa. Así no es de extrañar que en Dinamarca el copago sea exigido en las residencias, pero no en los servicios a domicilio. En Japón el nuevo sistema de protección a la dependencia instituido en el año 2000 exige el copago de una tarifa plana igual para todo el mundo equivalente al 10% del coste de los servicios. Este sistema hace que los consumidores concentren su demanda en aquellos servicios de coste relativo más bajo para ellos y se estima que utilizan un 50% menos de los servicios a los que tendrían derecho (Campbell y Ikegami, 2003). En estos resultados influye sin duda el hecho de que el nuevo sistema japonés consiste en una transferencia en metálico que se percibe “ex-post”. Es decir, el usuario elige su proveedor y paga el coste total del servicio del que obtendrá posteriormente un reembolso del 90%.

3.3 Los costes

Estimar con precisión los costes que tienen los cuidados a los dependientes para cada Estado no es fácil dada la diversidad internacional en lo concerniente a órganos competentes en la materia. Las cifras disponibles no son homogéneas puesto que en algunos casos incluyen los gastos hospitalarios, mientras que en otros se limitan a ofrecer datos referentes a centros residenciales, centros de día y atención a domicilio. Para mayor confusión, mientras las estadísticas de algunos países incluyen los gastos en este tipo de servicios para todo tipo de dependencia, en otros se limitan a ofrecer información sobre el gasto dedicado a la dependencia de los mayores de 64 años.

¹⁰ Datos extraídos del Luxembourg Income Study para el año 1990 en España, y 1995 en el resto de países. Umbral de pobreza medido a partir del 40% de la mediana en la distribución de la renta de los hogares.

¹¹ La crisis económica sufrida por Dinamarca a principios de los noventa llevó a introducir el copago en los servicios a domicilio, pero la impopularidad de la medida fue tan grande que hubo de ser retirada, (Royal Comisión, 1999, chapter 6:181).

Según Jacobzone *et al.* (1998), el gasto público dedicado a la atención de personas mayores dependientes en la mayoría de países desarrollados oscilaba a mediados de los 90 entre el 0,6 y el 3% del producto nacional bruto, siendo las cifras más bajas las de Europa meridional y las más altas las de los países escandinavos. Fuentes recientes citadas por Ikegami y Campbell (2002) estiman que en Suecia la proporción de gasto supera el 3%, una cifra cercana a la de Dinamarca, donde el gasto en atención a los dependientes (incluyendo menores de 65 años) rondaría el 2,7% del PNB (Jensen y Hansen, 2002)¹².

En el Reino Unido el coste representa el 1,3% del PNB (OECD, 1998) y en Alemania, el coste del seguro de dependencia instituido en 1993 no llega al 1% del PNB, si bien a esta cifra habría que añadir el gasto asistencial de los municipios para aquellos que son excluidos de la seguridad social y para quienes las prestaciones del seguro son insuficientes. Este gasto municipal cubre parte del coste de la mayoría de ingresados en residencias (Campbell y Ikegami, 2003:32).

Un elemento importante en la evaluación de los costes de la atención a la dependencia es la previsión de su evolución. Existe la percepción de que un aumento de la esperanza de vida ha de significar un aumento en el número de dependientes. Asumiendo que las necesidades son atendidas a un nivel de coste similar (supuesto de no innovación tecnológica y de preferencias sociales y políticas constantes) y que la probabilidad de incapacidad se mantiene constante en los próximos decenios, podría pensarse que una caída de la mortalidad entre la población de más edad se tradujera en una mayor prevalencia de las incapacidades. En definitiva, en un aumento del gasto en atención a la dependencia.

Los datos disponibles, empero, hacen dudar de que esta predicción se ajuste a la realidad. En muchos países el aumento de la esperanza de vida ha venido acompañado de un aumento similar en la esperanza de vida ‘sin incapacidades severas’, de modo que el número de años ‘en situación de incapacidad’ se mantendría estable. No hay que olvidar que, en alguna medida, la reducción de la mortalidad se debe a la mejor eficacia de los servicios sanitarios que detectan precozmente aquellas enfermedades que, diagnosticadas tarde, tienen mayor probabilidad de derivar en incapacidades severas. Además, la incapacidad severa está muy asociada a los últimos años de vida de las personas, razón por la cual el aumento en la esperanza de vida no debería conllevar un aumento de los años vividos con una incapacitación severa, sino un retraso de la edad en que las incapacidades son más probables. Si ello es así, el aumento en la esperanza de vida no ha de significar un aumento del gasto socio-sanitario dedicado a los incapacitados severos.

¹² En esta cifra no se incluyen las contribuciones de copago realizadas por los usuarios pero tampoco los gastos de administración a nivel local. En torno al 60% de este gasto es dedicado a personas mayores de 67 años y el resto a adultos en edad laboral (Jensen y Hansen, 2002:59).

3.4 Coordinación y flexibilidad

• Servicios socio-sanitarios

En la ayuda a domicilio participan trabajadores muy diversos. Médicos, personal auxiliar sanitario, trabajadores sociales, pedagogos y asistentes del hogar entre otros, que dependen de autoridades administrativas diferentes y de departamentos distintos de un mismo nivel de la administración pública. A lo cual cabe añadir los trabajadores dependientes de organizaciones privadas y los autónomos, tanto formales como de la economía sumergida. La coordinación de todos ellos es un reto que ha de ser afrontado para evitar duplicidades y para extraer la máxima eficiencia de los recursos invertidos.

La dificultad de coordinación de los servicios ha sido siempre particularmente difícil en aquellos países donde la financiación de la atención a la dependencia está separada entre sanidad y servicios sociales con reglas de elegibilidad distintas. Las dificultades han aumentado desde el momento en que se ha ido extendiendo la atención a domicilio como alternativa a las residencias y, además, se han desarrollado prácticas de colaboración entre proveedores públicos y privados. Las estrategias para mejorar la coordinación y conseguir que las necesidades de la persona dependiente sean tenidas en cuenta de manera integral han sido muy heterogéneas, pero hasta el momento no hay evaluaciones rigurosas que puedan comparar los resultados obtenidos.

En el Reino Unido se ha optado por instituir “gestores de casos” a nivel local que, desde un único centro local y con un presupuesto propio, coordinan equipos multidisciplinares formados por personal sanitario, trabajadores sociales, pedagogos y trabajadoras familiares (Tester, 1996). En los países escandinavos se utiliza también la gestión de casos desde centros de servicios sociales, pero, además, se ha hecho especial énfasis en que las responsabilidades públicas en sanidad y servicios sociales dirigidos a los dependientes se sitúen en un mismo nivel de la administración, los municipios (Casado y López, 2001), a la par que se han creado incentivos para evitar el traspaso de casos innecesarios a la red hospitalaria (Kirk, 1997).

• Política de vivienda

Un programa de atención a la dependencia debe apoyarse en la coordinación de los servicios sociales y sanitarios con la política de vivienda. Las autoridades deben considerar las siguientes opciones de futuro: a) promover una oferta de vivienda adaptada a las necesidades básicas de los discapacitados: anchura de las puertas, duchas sin escalones, ascensores accesibles a sillas de ruedas..., b) habilitar programas públicos de ayuda a las reformas de viviendas que permitan a una persona con movilidad limitada continuar viviendo en su hogar, y c) fomentar la provisión de viviendas compartidas con servicios socio-sanitarios comunes y de pequeñas residencias que sean una alternativa de calidad a las residencias actuales.

Aunque es común establecer una relación secuencial del ciclo vital de las personas mayores que comenzaría en la vivienda normalizada para ir pasando sucesivamente a una residencia, a una residencia asistida después y, por último, el ingreso en un hospital, cualquier persona experta en el campo de las dependencias sabe que la relación entre estos tipos de alojamiento no es unidireccional ni irreversible. Los episodios de dependencia son en muchos casos reversibles y puede que sean o no recurrentes. Esto significa que una persona mayor puede necesitar un ingreso hospitalario que le lleve al cabo de un tiempo a un periodo de recuperación asistida que bien puede desarrollar en una residencia, o en un centro de día, para acabar llevando de nuevo una vida normal en su propio domicilio, previa su adaptación si es necesaria.

Se desprende de ello que es preciso establecer una red flexible que relacione la atención hospitalaria con centros de día en los que se presten servicios sociales y sanitarios, con centros residenciales y con la ayuda a domicilio que debe estar coordinada con programas de adaptación de viviendas o de cambio a otras más accesibles. Esta red debe ser un recurso para atenciones temporales que incluyan no sólo periodos de crisis en la salud de la persona dependiente, sino también las necesidades de ‘respiro’ de los familiares que pueden ser solventadas con la atención temporal del dependiente en un centro de día o residencial.

4. Eficiencia y equidad

4.1 Algunas alternativas al cuidado de los dependientes en la Unión Europea

Establecida la necesidad de incrementar la oferta de servicios formales para el cuidado de dependientes, las autoridades y fuerzas políticas de nuestro país deben elegir entre tres grandes opciones que hasta la fecha han sido puestas en marcha en la Unión Europea. La primera consiste en aumentar la financiación actual, pero sin cambiar los criterios de elegibilidad, es decir, continuando con un programa público asistencialista, pero dotado de mayores recursos. La segunda estrategia podría optar por transferir un subsidio no finalista y con carácter universal a los hogares donde reside un dependiente y, por último, podría optarse por el suministro universal de servicios, bien directamente o a través de un subsidio finalista que podría tener la forma de un “cheque de servicio”. Cuál de las tres opciones sea más conveniente depende de los objetivos que tenga el programa y de la importancia que se dé a cada uno de ellos. En la minuta de objetivos potenciales hay que citar al menos: la mejora de la calidad de vida del dependiente y de sus allegados, la promoción del empleo, la afluencia de la economía sumergida y la mejora en las condiciones laborales de los empleados.

Con los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea podemos hacer una aproximación a alguna de estas cuestiones. En concreto vamos a explorar el impacto que tienen los programas de atención a la dependencia en las horas que dedican los cuidadores y en sus dificultades para llevar a cabo una carrera laboral satisfactoria. Para ello tomaremos como referencia cuatro países con programas diferentes y que ya llevan algunos años en funcionamiento. Dinamarca por su excepcional red de atención basada en la prestación directa de servicios públicos, Austria y Alemania por la novedad de sus programas que tratan de ofrecer un subsidio en metálico de carácter casi universal, así como porque sus iniciativas han despertado cierta expectación en la opinión pública española, y el Reino Unido porque, aunque dedica mayores recursos que España, también basa su red de protección en programas públicos gestionados por los gobiernos locales, pero con un carácter marcadamente asistencialista (tabla 12). Una descripción más detallada de cada uno de ellos se ofrece más adelante.

Observando la tabla 13 tenemos una aproximación del alcance de la dependencia en los países seleccionados. Dinamarca, Alemania y el Reino Unido muestran tasas elevadas de

Tabla 12. Programas de atención a la dependencia en Dinamarca, Austria, Alemania y el Reino Unido

	Dinamarca	Austria	Alemania	Reino Unido
Fuente de financiación pública	Impuestos	Impuestos	Seguridad Social	Impuestos
Copago en el acceso a servicios	Sólo en residencias y en alguna ayuda doméstica temporal	Sí	Sí	Sí
Contenido principal de las prestaciones	Servicios	Prestaciones en metálico	Prestaciones en metálico	Servicios
Criterio de elegibilidad	Universal	Universal	Contribución + asistencial	Asistencial

Tabla 13. La dependencia y los cuidadores en algunos países europeos

País	Dinamarca	España	Austria	Alemania	Reino Unido	Media
% Enfermos o inválidos crónicos	34,1	23,7	21,2	37,0	38,0	30,8
% Con dependencia leve	15,5	10,3	12,0	27,3	nd	16,3
% Con dependencia severa	5,9	6,0	6,2	8,2	12,9	7,8
% Con alguna dependencia	21,3	16,3	18,2	35,5	12,9	20,8
% Hogares con un cuidador	8,4	10,7	11,6	9,1	13,1	10,6
Ratio hogares con cuidador /dependientes	0,4	0,7	0,6	0,3	nd	0,5
Promedio de horas por hogar	17,2	53,8	26,3	24,3	21,7	28,7
% De personas cuidadoras	6,4	5,1	4,8	5,7	7,9	5,98
% De hombres cuidadores	38,6	23,0	21,1	33,1	34,9	30,1

En sombreado las cifras que superan el valor medio de los países seleccionados
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Panel de los hogares de la Unión Europea de 1998.

enfermos o inválidos crónicos así como de personas con algún tipo de dependencia. Sin embargo, la proporción de hogares donde al menos uno de sus miembros dedica parte de su tiempo a cuidar a un adulto dependiente es superior en España y en Austria. Dinamarca y Alemania, dos de los países con mayor proporción de dependientes, muestran las ratios más bajas de hogares cuidadores por dependiente, pero con una diferencia importante entre ellos, las horas de dedicación. En Dinamarca el promedio de horas por hogar es el más bajo de todos los países considerados, mientras que Alemania se sitúa a niveles similares a los del Reino Unido y Austria. **La situación más gravosa para los hogares es sin duda la española donde, no sólo hay más hogares cuidadores por dependiente, sino que el promedio de horas dedicadas es más del doble del existente en el resto de países.**

Si consideramos cuántas personas hay en cada país implicadas en el cuidado de dependientes, observamos un dato aparentemente paradójico. Después del Reino Unido, el país donde mayor proporción de personas hay implicadas en la atención de dependientes es Dinamarca que se sitúa en una proporción superior a la austriaca y a la española; ésta, sin duda, con una oferta de servicios mucho menor. La paradoja deja de serlo cuando observamos la implicación de hombres y mujeres, las horas de dedicación personal y las horas de dedicación por hogar.

Es en los países donde la carga se comparte más entre hombres y mujeres donde aumenta la proporción de personas cuidadoras. Por el contrario, en España, donde los hogares son más numerosos porque hay mayor coresidencia entre generaciones y donde los cuidados de dependientes recaen en mayor proporción en la mujer, hay una menor proporción de personas implicadas, aunque es mayor la proporción de hogares. Otra explicación plausible que cabría estudiar es la influencia de factores relacionados con el mercado de trabajo de cada nación. En Alemania la elevada proporción de hombres mayores de 50 años prejubilados permite a estos hacerse cargo de los cuidados de algún dependiente de su hogar. En Dinamarca, en cambio, la elevada participación laboral femenina, promovida en parte por la abundante oferta de servicios públicos a los dependientes, obliga a los hombres a compartir las tareas de cuidados informales más que en España.

La atención a una persona dependiente puede ser puntual o constante a lo largo de un número de años, los datos disponibles, empero, nos indican que la dedicación suele prolongarse varios años. A partir del Panel de los Hogares Europeos no es posible distinguir los cuidados dirigidos a dependientes crónicos de los dirigidos a dependientes ocasionales, pero, en cualquier caso, sí permiten estimar el número de años que a lo largo de las sucesivas encuestas los entrevistados han tenido que cuidar en algún momento a un adulto dependiente. En la siguiente tabla¹³ observamos que en torno al 36% de las personas

¹³ Los datos mostrados no contemplan los casos alemán y británico por la ausencia de un número suficiente de encuestas sucesivas.

Tabla 14. N° de años en que las personas cuidadoras han atendido a algún dependiente

	1 año	2 años	3 años	4 años
Dinamarca	47,5	28,0	14,8	9,8
España	37,0	23,0	26,1	13,9
Austria	35,0	22,6	20,7	21,7
Media	39,8	24,5	20,5	15,1

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Panel de los hogares de la Unión Europea de 1998.

que han tenido que atender a un dependiente lo han hecho en tres o más años de los cinco analizados, y en torno al 40% lo han hecho sólo durante un año. Dinamarca destaca sobre el resto por el bajo número de casos cuya atención ha requerido la dedicación de un familiar durante tres o más años. En este país la duración de los cuidados es más breve que en el resto de países.

Tabla 15. Lugar de residencia de la persona atendida (porcentajes)

	En el hogar	Fuera del hogar
Dinamarca	28,6	71,4
España	68,2	31,8
Austria	50,6	49,4
Alemania	46,2	53,8
Reino Unido	56,5	43,5
Media	49,0	51,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Panel de los hogares de la Unión Europea de 1998.

Entre los países estudiados también difieren las pautas de convivencia entre cuidadores y dependientes (tabla 15). La proporción de personas mayores que viven en hogares separados de sus hijos depende de factores culturales, pero en buena medida está condicionada por la oferta de servicios accesibles a las personas mayores. No es de extrañar así que haya una cierta relación entre la proporción de personas que han de cuidar a otros adultos en su propio hogar y el número de horas que han de dedicar a tales cuidados. El coeficiente de correlación entre una dedicación superior a las 19 horas semanales y la proporción de atendidos en el propio hogar es de 0,75. Sin embargo, sólo un 29% de los dependientes daneses vive en el mismo hogar que su cuidador, una cifra que casi alcanza el 70% en España, el 57% en el Reino Unido y en torno al 50% en Austria y Alemania. En este país algo más baja que en Austria.

En la tabla 13 podíamos ver que el promedio de horas dedicado por los hogares a cuidados de dependientes es extremadamente elevado en España, sobre todo si lo comparamos con las pautas danesas. Esta mayor dedicación de los hogares españoles se cumple incluso cuando el dependiente vive en un hogar distinto al del cuidador; la proporción de estos cuidadores que prestan más de 44 horas a la semana alcanza en España el 19,4%, mientras que la media en los países considerados es del 6,5% (tabla 16). Contando el conjunto de horas que dedican los cuidadores con independencia del lugar de residencia, en España no llegan al 8% los cuidadores que dedican menos de 10 horas semanales, una cifra que asciende al 60% en Dinamarca y oscila entre el 27% y el 34% en el resto de países (véase tabla 17). España es sin duda el país donde el cuidado de personas dependientes exige más horas de dedicación a sus familiares, seguido a cierta distancia por el Reino Unido. En Dinamarca el excelente desarrollo de los servicios públicos permite a las familias dedicar

Tabla 16. Horas de dedicación según el lugar de residencia del dependiente

	En el hogar		Fuera del hogar	
	menos de 10	más de 44	menos de 10	más de 44
Dinamarca	40,1	13,6	68,1	5,1
España	4,5	41,3	15,2	19,4
Austria	11,2	17,8	43,2	1,7
Alemania	15,8	24,5	48,7	3,7
Reino Unido	11,6	48,7	56,8	2,5
Media	16,64	29,18	46,4	6,48

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Panel de los hogares de la Unión Europea de 1998.

Tabla 17. Datos de 1998, excepto Alemania y Reino Unido de 1996

País	Número de horas semanales					TOTAL
	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 44	>44	
Dinamarca	39,76	20,36	19,52	12,39	7,97	100,00
España	2,90	4,96	20,54	37,28	34,31	99,99
Austria	11,00	16,35	32,43	30,58	9,65	100,01
Alemania	13,91	19,83	26,83	26,45	12,98	100,00
Reino Unido	16,29	16,27	19,29	20,89	27,25	99,99
Media	16,77	15,55	23,72	25,52	18,43	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Panel de los hogares de la Unión Europea de 1998.

Tabla 18. Proporción de cuidadores perjudicados en su empleo

	Dinamarca	España	Austria	Alemania	Reino Unido
%	16,98	24,48	28,89	27,66	30,97

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Panel de los hogares de la Unión Europea de 1998.

un tiempo no excesivo, mientras que Austria y Alemania se sitúan en una posición intermedia.

¿Qué consecuencias tiene esta diferente dedicación en las oportunidades de empleo de los cuidadores? La tabla 18 nos muestra la proporción de entrevistados en el panel de los hogares que, dedicando alguna hora a cuidar algún adulto, manifiestan que esta labor les impide tener el tipo de empleo que les gustaría. Austria, Alemania, y sobre todo el Reino Unido, muestran las proporciones más elevadas, superiores incluso a las que manifiestan los entrevistados de España, donde la relativa menor tasa de actividad laboral entre mujeres mayores de 45 años seguramente influye en la proporción de personas cuidadoras que aseguran no sentirse perjudicadas laboralmente. Una vez más Dinamarca se descuelga de manera clara del resto de países al mostrar una proporción de cuidadores perjudicados en sus expectativas laborales sensiblemente inferior, y ello a pesar de ser el país con mayor tasa de actividad laboral femenina.

También es cierto que en Dinamarca la proporción de hombres cuidadores es elevada y podría pensarse que su mayor apego a una carrera laboral les llevaría a no dedicar más horas de las necesarias para no perjudicar su empleo. Pero la participación de los hombres tampoco es desdeñable en el Reino Unido y en este país es muy alta la proporción de personas limitadas en sus aspiraciones. En cualquier caso, para evitar el posible sesgo que pueda derivarse de la participación masculina en los cuidados a dependientes, vamos a considerar sólo a las mujeres entre 25 y 59 años de edad. En este caso encontramos que la tasa de ocupación entre las cuidadoras en España es un 36% inferior al conjunto de las mujeres, entre el 13% y el 18% en Alemania y el Reino Unido, mientras que en Austria y Dinamarca no sobrepasa el 7%. La extraña coincidencia entre estos dos últimos países con diferencias de cobertura de servicios tan grandes merecería un estudio más profundo; un factor que pueda influir es el mayor uso que hacen las mujeres cuidadoras de los contratos a tiempo parcial en Austria, un 76% más elevado que el conjunto de todas las mujeres, mientras que en Dinamarca es solamente un 17% más frecuente. Esta hipótesis sería consistente con el dato visto anteriormente, según el cual en Austria es muy elevada la proporción de personas cuidadoras que aseguran no poder obtener el empleo que les gustaría; podría tratarse en buena medida de mujeres que, deseando un empleo a tiempo completo, estarían trabajando con contratos a tiempo parcial. La asociación entre estas dos cifras aparece también en el Reino Unido que ofrece un uso relativo de contratos parciales

entre mujeres cuidadoras superior al de Alemania y Dinamarca. No obstante, un análisis más sofisticado de la influencia que tiene la atención a adultos dependientes en las probabilidades de empleo de las cuidadoras muestra que el perjuicio ocasionado en Austria es similar al que sucede en Alemania¹⁴.

A partir de estos datos podemos atisbar algunas consecuencias de las instituciones de protección social sobre los hogares. En **España** la cobertura de residencias y servicios de atención a domicilio es baja y en el **Reino Unido** alcanza un nivel medio. El apoyo a los dependientes, aunque algo más desarrollado en el Reino Unido, se fundamenta en una provisión asistencialista basada en la comprobación de necesidades y medios disponibles que sólo alcanza a los más pobres y extremadamente dependientes. El cuidado de los dependientes recae en mayor medida que en otros países europeos en los hogares. Hay más hogares por dependiente que prestan cuidados y dedican más horas por hogar. En cuanto a los perjuicios que esta situación conlleva a los cuidadores, la proporción de personas que aseguran que el cuidado del dependiente les impide dedicarse al tipo de trabajo y las horas que desearían es más alta que en Dinamarca y Alemania, aunque no tanto como en Austria.

En el otro extremo, **Dinamarca** ofrece elevadas tasas de cobertura a la población dependiente. En este país es menor la ratio de hogares con algún cuidador y también es menor el número medio de horas que estos hogares dedican a cuidados de dependientes. Además, el número medio de años consecutivos en que una persona ejerce de cuidadora es inferior. Curiosamente la ratio de cuidadores por dependiente es relativamente elevada si tenemos en cuenta la menor implicación relativa de los hogares. La explicación reside en el mayor reparto de este tipo de trabajo entre hombres y mujeres. La proporción de personas cuidadoras que no pueden realizarse en el trabajo que desearían es la más baja de los países analizados y la tasa de actividad laboral relativa la más elevada.

La diferencia más importante entre **Austria** y **Alemania**, a efectos del impacto sobre la población cuidadora, es que si bien Austria ofrece una transferencia en metálico no finalista, Alemania ofrece la posibilidad de elegir entre percibir la prestación en metálico, con la que se puede contratar a alguna persona en el mercado, o tener la prestación directa del servicio. La proporción de beneficiarios que optan por recibir el beneficio en servicios directos es especialmente baja¹⁵, pero la intensidad protectora del subsidio es algo más alta que en el caso austriaco, lo que permite así una mayor posibilidad de contratar servicios en el mercado libre. A partir de los datos del PHOGUE aparecen indicios de que el programa alemán podría tener mayor capacidad que el austriaco para liberar horas de cuidados a los familiares de los dependientes. Mientras Austria mantiene unas ratios de hogares,

¹⁴ Investigación en curso realizada por Sarasa y Mestres.

¹⁵ Se estima que sólo un 10% de los beneficiarios opta por la percepción del servicio.

horas y personas cuidadoras por dependiente en torno a la media de la muestra de países seleccionada, Alemania muestra unas ratios sensiblemente inferiores. Sin embargo, la capacidad del programa alemán para garantizar a las personas cuidadoras iguales oportunidades de empleo que a las no cuidadoras parece sensiblemente inferior al danés.

4.2 Simulación de los programas alemán y austriaco al caso español

Dada la expectación que ha causado entre algunos sectores de la opinión pública española la implantación del “seguro de dependencia” alemán y los subsidios austriacos, resulta conveniente hacer un ejercicio de simulación para evaluar cuál sería el efecto de estos programas en la sociedad española. En las tablas siguientes se exponen las cuantías de los beneficios de ambos programas según el nivel de necesidad de horas de atención y el importe anual que supone para un beneficiario que esté en situación de dependencia los 12 meses del año. Este importe se ha traducido en proporción de la renta per cápita equivalente que corresponde a la mediana de la distribución¹⁶, de modo que nos mide la intensidad protectora del programa. Como puede observarse, la intensidad del programa alemán es superior a la del austriaco incluso en el caso en que el beneficiario opte por la prestación en metálico en vez de optar por la prestación directa de los servicios.

Con estos datos podemos estimar el importe anual en metálico que debería recibir un beneficiario español si se adoptara un nivel de intensidad similar al alemán y al austriaco, y podemos también traducir esta cantidad de dinero en horas de servicio equivalente al que podría acceder al precio de 10 euros por hora de servicio prestada¹⁷. La conclusión es que un programa de atención a domicilio basado en transferencias en metálico a los hogares, o en cheques de servicio, similar al alemán representaría, a lo sumo, una cobertura de entre el 30% y el 40% de las necesidades de atención, y cubriría el 70% del coste de una plaza en una residencia asistida concertada a los dependientes muy severos.

Esta cobertura sería insuficiente, como lo es en Alemania, por varias razones. Por un lado, deja sin protección a los dependientes que requieren menos de 11 horas semanales de atención, una porción de los cuales puede que no tenga opción a cuidados informales ni renta para pagar su coste en el mercado, de modo que deberá acudir a la asistencia social. El resto de dependientes, pese a estar protegido, no puede prescindir de los cuidados informales y, si no los tiene, deberá acudir al mercado o, igualmente a la asistencia social. De este modo, los municipios estarán gestionando dos programas de atención a los dependientes, el financiado por el gobierno central de acuerdo a los criterios expues-

¹⁶ La estimación de la renta equivalente se ha obtenido a partir de los datos del PHOGUE para el año 1998.

¹⁷ El coste de 10 euros por hora es, según informa la Diputación de Barcelona, el coste promedio de los servicios de atención a domicilio suministrados por los municipios de la provincia de Barcelona.

Tabla 19. Estimación de la intensidad protectora de los programas austríaco y alemán

	Atención mínima de horas a la semana	Prestación mensual en euros	% de la prestación sobre renta mediana*	prestación por hora mínima necesitada en euros
Austria				
Nivel 1	11	145	12	3.04
Nivel 2	18	268	22	3.44
Nivel 3	28	414	34	3.41
Nivel 4	41	620	51	3.49
Nivel 5	41	842	70	4.74
Nivel 6	41	1149	95	6.47
Nivel 7		1532	127	
Alemania (en servicios)				
Nivel 1	10	406	33	9.4
Nivel 2	21	974	79	10.7
Nivel 3	35	1515	123	10.0
Alemania (en metálico)				
Nivel 1	10	216	18	4.98
Nivel 2	21	433	35	4.76
Nivel 3	35	703	57	4.64
Alemania (residencias)				
Nivel 1	10	1081	88	
Nivel 2	21	1352	110	
Nivel 3	35	1512	123	
Nivel 4		2028	164	

*Renta mediana = 14.527 euros en Alemania y 14.803 en Austria. La renta mediana ha sido calculada a partir de los ingresos declarados en el Panel de los Hogares de 1998. La escala de equivalencia aplicada ha sido $n^{0.5}$

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Panel de los hogares de la Unión Europea de 1998.

tos y, además, deberán continuar ofreciendo una red de protección asistencial, con comprobación de medios y necesidad de los usuarios potenciales.

La experiencia alemana pone de manifiesto que esta opción ha de ser tratada con cautela. En este país la puesta en marcha del seguro de dependencia ha tenido el efecto no buscado de restringir la oferta de servicios asistenciales municipales. Los proveedores que ya existían, ante el aumento de la solvencia de sus usuarios, han aumentado los precios, pero no han aumentado las tasas de cobertura de modo que se ha reducido la oferta para los usuarios de la red asistencial (Evers, 1998).

A la vista de los datos expuestos y considerando criterios de eficacia y equidad, una reforma de la protección a la dependencia en España debería mirar con más atención la

Tabla 20. Aplicación simulada de los programas alemán y austríaco al caso español

	horas semana	% mediana	euros/año	horas subvencionadas a 10 euros/hora	horas semana promedio	% de horas cubiertas
Austria	11 a 17	12	903	1,7	14,0	12
	18 a 27	22	1.655	3,2	22,5	14
	28 a 40	34	2.558	4,9	34,0	14
	41 a 60	70	5.266	10,1	50,5	20
	>60	127	9.553	18,4		
Alemania (en metálico)	11 a 20	18	1.354	2,6	15,5	17
	21 a 34	35	2.633	5,1	27,5	18
	35 a 60	57	4.288	8,2	47,5	17
(en servicios)	11 a 20	33	2.482	4,8	15,5	31
	21 a 34	79	5.943	11,4	27,5	42
	35 a 60	123	9.252	17,8	47,5	37
	>60	164	12.336	coste año residencia concertada	17.400	71

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Panel de los hogares de la Unión Europea de 1998.

experiencia danesa que no las más recientes reformas de Austria y Alemania. La alternativa escandinava muestra claros indicios de mayor eficacia sobre todo si consideramos aspectos relacionados con la proporción de población dependiente cubierta y con la promoción del empleo. También es superior la equidad del modelo danés, sobre todo entre géneros. Las mayores oportunidades de empleo que se ofrecen a las mujeres obligan, en cierta medida, a repartir el rol de cuidador entre hombres y mujeres de manera más equitativa.

4.3 Los costes: ¿cómo y en qué queremos gastar el dinero?

Siendo la alternativa danesa la más eficaz, queda por dilucidar si es también la más eficiente, pero no es posible con la información disponible hacer una evaluación rigurosa de esta cuestión que requeriría un trabajo de investigación específico. Es posible, sin embargo, hacer una aproximación a los costes directos que tiene para el sector público una u otra alternativa de las estudiadas en este informe.

En la tabla 21 podemos observar que el gasto de los servicios prestados a los dependientes en Dinamarca es el más elevado en términos de proporción con el producto nacional bruto –llega al 3%–, mientras que en el resto de países ronda el 1% y, aunque la información sobre el gasto en Austria y el Reino Unido es incompleta, es dudoso que su valor real llegue a alcanzar el nivel danés. Como era de esperar, la proporción de la riqueza nacional que en España se dedica a cuidar a los dependientes es la más baja de todas, y queda en un cicatero 0,3% del PNB.

Tabla 21. Proporción del Producto Nacional Bruto gastado en prestaciones a personas discapacitadas y personas mayores (año 1998)

	Austria ^(a)	Alemania	Dinamarca	España	Reino Unido ^(b)
Beneficios en metálico para discapacitados y personas mayores	11,9	11,5	8,6	9,5	12,8
Servicios para discapacitados y personas mayores	0,9	0,7	3,0	0,3	0,8
Total	12,8	12,3	11,6	9,8	13,6

^(a) Los datos de Austria no incluyen el gasto en atención a domicilio ni en centros de día.

^(b) Los datos del Reino Unido no incluyen el gasto en residencias ni en centros de día.

Los informes de la Royal Commission estiman que el gasto total en servicios asciende al 1,6% del PIB

Fuente: OECD Social Expenditure Database

En la misma tabla observamos también que los países analizados muestran una estructura del gasto público dirigido a las personas mayores, y a los discapacitados en general, muy diferente. España, Alemania, Austria y el Reino Unido basan la protección de sus dependientes en las transferencias en metálico, bien a través de pensiones o de subsidios, mientras que Dinamarca garantiza más la provisión de servicios. Teóricamente los beneficiarios de las prestaciones pueden adquirir los servicios que necesiten en el mercado, pero hemos visto que esa posibilidad queda reducida a una minoría y que genera desigualdades mayores a las existentes con una cobertura mayor en el régimen escandinavo. La paradoja de esta situación es que la proporción del conjunto del gasto social dirigido a personas mayores y a discapacitados es más baja en Dinamarca y su porción de PNB dedicada a transferencias en metálico no es muy diferente a la existente en España.

Alcanzar un nivel de atención similar al danés significaría para España un aumento del gasto de más de 2,5 puntos sobre el PNB, pero esta cifra es engañosa puesto que una protección como la danesa, basada más en la provisión universal de servicios que en las transferencias en metálico, tiene mayores efectos positivos sobre el empleo formal. Un aumento de la ocupación no sumergida aumenta las contribuciones a la seguridad social y los ingresos fiscales de modo que la cifra neta que debieran aportar las administracio-

nes públicas sería menor. Cuánto menor sería, no lo hemos podido estimar, pero no es desdeñable la cifra que se ha valorado sobre el conjunto del gasto social público en los países escandinavos. Según los trabajos de Adema (1999), el gasto social neto en estos países estaría en torno a 8 puntos porcentuales menos de los recogidos en las estadísticas oficiales. En el caso concreto de Dinamarca, Adema (1999:30) estima una reducción del 36% en el gasto público social bruto, cifra que sólo llega al 11,5% en el caso alemán y al 13% en el Reino Unido. Asumiendo que la relación entre gasto bruto y neto fuera homogénea en todos los sectores, y aplicando estos coeficientes al sector de la atención a la dependencia, tendríamos que el gasto público neto en este sector, incluyendo prestaciones en metálico y en especie, sería el 7,5% del PNB en Dinamarca, el 10,9% en Alemania, y el 11,8% en el Reino Unido.

En suma, con los datos disponibles la combinación de transferencias en metálico y de servicios en Dinamarca es más eficiente que cualquier otra de las analizadas. Con una inversión neta de recursos mucho menor mantiene tasas de pobreza inferiores entre las personas mayores¹⁹, niveles ejemplares de cobertura en los servicios de atención a la dependencia y unas tasas de ocupación laboral femenina y de personas mayores de 45 años más elevadas²⁰.

¹⁸ No ofrecemos datos sobre Austria y España porque el estudio realizado no incluye a dichos países.

¹⁹ Véanse, en el apartado 3.2, los datos sobre la pobreza en los respectivos países.

²⁰ Sobre las tasas de ocupación entre las personas mayores de 50 años véase OECD, 2001.

5. Necesidades y recomendaciones

5.1 Necesidades y objetivos prioritarios

Los instrumentos que utilizar en un programa de atención a la dependencia deben estar orientados por las prioridades que se den a las necesidades existentes. A la vista de los datos expuestos en este informe hemos identificado las siguientes **necesidades**:

- **La atención a los dependientes representa una carga excesiva para los hogares españoles**

La evidencia empírica nos confirma la hipótesis de que, a mayor dedicación de tiempo al cuidado de dependientes, mayores son las probabilidades de que la persona cuidadora haya de acoger en su hogar a la persona cuidada y menores son las probabilidades de que aquella esté empleada. En consecuencia se produce una reducción en los ingresos inmediatos y futuros del hogar y un aumento en el riesgo sanitario de las cuidadoras.

Fruto del envejecimiento creciente de la población española esta carga sobre los hogares aumentará en los próximos años a la vez que representará una mayor presión sobre el gasto hospitalario que reducirá su eficiencia como resultado de una “medicalización” de necesidades que no son estrictamente hospitalarias.

- **La distribución de esta carga no es equitativa entre clases sociales ni entre géneros**

El cuidado de los dependientes recae en mayor medida sobre las mujeres y sobre los hogares con menores ingresos y oportunidades de empleo de modo que unos grupos sociales, que ya tienen un elevado riesgo de pobreza y de carencias de salud, ven aumentados sus factores de riesgo de exclusión.

Mantener esta situación por más tiempo es contradictorio con otros objetivos deseables para la sociedad española, como son el aumento de las tasas de actividad femenina y la promoción del empleo entre personas con escasa formación.

De estas necesidades se derivan los siguientes **objetivos** que deberían orientar una política equitativa de atención a la dependencia:

Aumentar la cobertura de los servicios comunitarios sustitutivos de los cuidados informales prestados por los hogares sin que esto represente un abandono de las responsabilidades familiares.

Corregir las desigualdades de clase y género derivadas de la situación actual.

5.2 Recomendaciones

Vistos los datos disponibles sobre las experiencias llevadas a cabo en otros países de la Unión Europea parece razonable que la mejor estrategia para aumentar la cobertura de la atención a la dependencia en España debe apoyarse en la garantía de acceso universal a servicios comunitarios y en el fomento de viviendas adecuadas a las necesidades de los dependientes, tal como se expone a continuación.

- **Impulsar una red de servicios de atención a domicilio y de centros de día financiada con cargo a los impuestos, de acceso universal y sin discriminación por renta ni edad.**

Confiar exclusivamente en la financiación privada y en las ofertas del mercado para alcanzar los objetivos propuestos parece bastante descabellado, dado el conocimiento que tenemos sobre los resultados de esta opción. En el mejor de los casos podría mejorar algo la cobertura de las necesidades con una colaboración entre el sector público y las compañías de seguros, pero esta solución podría conducir a dos escenarios poco deseables desde el punto de vista de la equidad.

Uno de estos escenarios podría ser que el sector público reservara su financiación directa para los más necesitados, pero esa situación no sería muy diferente a la actual en la que amplios sectores con niveles de renta media y media-baja quedan sin cobertura. El otro podría ser una cobertura pública mínima elegible con criterios universales que vendría complementada con seguros privados basados en el sistema de capitalización. En este escenario nos podríamos encontrar con diversos inconvenientes que habría que resolver.

En primer lugar la aparición de una doble red de atención, una financiada por el sector privado y otra para “pobres”, a cargo de fondos públicos, que con el tiempo podría conllevar su estigma y degradación (Korpi y Palme, 1998).

Otro inconveniente sería la escasa cobertura para aquellas personas que, por su edad, no pudieran pagar la prima del seguro por muchos años antes de encontrarse en situación de dependencia, de modo que sus beneficios asegurados serían muy escasos.

En sentido contrario, quedaría por resolver la atención de las personas dependientes jóvenes. El cálculo del riesgo de dependencia entre personas jóvenes no es fácil y la percepción del riesgo entre los asegurados potenciales casi nula, de modo que sería difícil desarrollar un mercado de seguros en este segmento de población.

Además, habría que pensar en maneras de evitar la discriminación negativa de las compañías de seguros que, como es obvio, tratarían de incentivar la contratación entre personas de bajo riesgo disuadiendo o, incluso expulsando, a aquellas personas de riesgo o costes previsibles más elevados²¹.

Por último, nos queda por tratar la cuestión de los costes. No está muy clara cuál sería la mejora en la eficiencia que se obtendría con la participación de las compañías de seguros, sobre todo si tenemos en cuenta la elevada proporción del gasto en primas de los asegurados que es consumido en intereses del capital y en la lucha comercial entre compañías por conquistar sus mercados. El Estado quizás se ahorraría parte del gasto, pero la sociedad en su conjunto no, y ello a expensas de una probable menor equidad.

Asumida la responsabilidad pública en la atención a la dependencia, nos queda por dilucidar qué instrumento de financiación pública hay que aplicar. En el apartado correspondiente hemos sopesado algunos de los inconvenientes y ventajas asociados a una financiación a cargo de las contribuciones a la seguridad social. La ventaja más palpable sería la de asegurar un criterio de elegibilidad objetivo que sería equitativo con independencia del lugar de residencia. Esta ventaja no la puede garantizar con la misma seguridad un sistema de financiación con cargo a los impuestos, sobre todo si los gobiernos locales y las Comunidades Autónomas son quienes han de fijar los criterios de elegibilidad.

Pero, si en términos de equidad territorial la seguridad social supone una mayor garantía²², no ocurriría lo mismo con la equidad entre géneros y entre trabajadores de diferentes sectores de la economía.

Las mujeres son las que peor carrera contributiva suelen tener, así como los trabajadores con escasa formación que están enquistados en esa tierra de nadie que media entre el desempleo y los contratos precarios. Estos grupos son los más propensos a no quedar suficientemente protegidos por la seguridad social y serían también ellos los peor cubiertos por un seguro de dependencia.

²¹ La experiencia ocurrida con las mutualidades en Cataluña confirma esta prevención (Sarasa, 1997).

²² Aunque no de manera absoluta, puesto que una prestación de importe igual en todo el territorio español perjudicaría a aquellos dependientes que residieran en CC AA y municipios con costes unitarios de producción de servicios más altos.

Esta situación obligaría a mantener una doble red de asistencia pública que distinguiera entre prestaciones contributivas y no contributivas, dado el elevado número de personas que en España no cotizan o no cotizan lo suficiente a la seguridad social. A la doble red pública cabría añadir una tercera red privada que atendiera a todos aquellos comerciantes, pequeños empresarios y profesionales liberales que no cotizan a la seguridad social. Esta triple red sería necesario coordinarla puesto que en ella se producirían flujos de atendidos. Estos flujos serían siempre en un mismo sentido, desde las redes contributiva y privada hacia la asistencial no contributiva. La red asistencial debería hacerse cargo de todos aquellos casos de personas que, habiendo contribuido bien a la Seguridad Social, a una mutua o a una compañía de seguros, no tuvieran atendidas todas sus necesidades y carecieran de recursos propios para cubrirlas.

Por último, nos queda por evaluar qué es preferible, si una prestación en metálico o en especie. Una prestación en metálico no es del todo innecesaria, dados los mayores gastos que comporta la dependencia, pero, vistas las experiencias de Austria y Alemania, la prestación en metálico no parece aumentar de manera significativa la oferta de servicios ni reduce tanto la carga de los hogares como ocurre en Dinamarca. En consecuencia, sus efectos sobre el empleo son menores y algunos de ellos perniciosos en cuanto que este tipo de subsidios incentiva la contratación de fuerza de trabajo informal, sin ningún tipo de protección social y en condiciones laborales precarias. A ello hay que añadir la falta de garantía de que los recursos gastados en las prestaciones en metálico se destinen verdaderamente a un cuidado de calidad que procure el bienestar actual de la persona dependiente y la prevención de su deterioro.

Además, si esta prestación fuera a cargo de la seguridad social como en Alemania, el riesgo de que los proveedores de servicios existentes se decanten hacia la atención de los mejor protegidos, dejando de lado a los asistidos con financiación no contributiva, es bastante alto.

En Alemania el grueso de la atención, antes de establecer el Seguro de Dependencia, estaba en manos de agencias privadas subvencionadas públicamente, que han acabado estableciendo pactos en beneficio propio cuyo resultado ha sido un aumento de precios. Esa situación no difiere mucho de la existente hoy en España, ya que la mayor parte de los servicios sociales públicos son distribuidos por agencias privadas.

Por todo lo visto hasta ahora, parece una alternativa más eficaz la provisión de servicios con cargo a los impuestos y con criterios de elegibilidad universales. Esta opción permite mantener una única red de atención más fácil de coordinar que no tiene por qué estar formada forzosamente por proveedores públicos. Aprovechando la estructura actual con provisión mixta de los sectores público, lucrativo y privado no lucrativo, puede extenderse la cobertura de servicios si los gobiernos locales disponen de mayores presupuestos para llevarlo a cabo.

Dado que el responsable más inmediato de los servicios sería el gobierno local, la calidad de los servicios prestados estaría así sometida a un doble juicio: el de los ciudadanos que en las elecciones locales sancionaran las actuaciones de sus representantes y el de los usuarios que tendrían una relativa capacidad de elección entre los proveedores locales²³. Además, sería conveniente la creación de una agencia nacional de evaluación que, al tiempo que fijara los criterios mínimos de calidad exigibles, velara por que la distribución de los recursos en el territorio respetara unos criterios mínimos de equidad. Con este fin expertos nombrados por los diferentes niveles de la administración pública deberían consensuar los indicadores de necesidad y los criterios de asignación de recursos entre territorios.

Los fondos necesarios deberían ser suministrados en buena medida por el gobierno central, aunque debería exigirse una cofinanciación de las CCAA y los gobiernos locales para evitar incentivos negativos que hagan crecer innecesariamente la demanda de servicios. Su coste dependerá de la intensidad protectora elegida, pero no ha de olvidarse que un euro gastado en financiar servicios es, en términos netos, menos costoso para el Estado que un euro gastado en prestaciones en metálico.

El coste total de esta provisión de servicios podría ser sufragado, en parte, por los usuarios estableciendo un sistema de copago, pero en ningún caso este copago debería ser de una cuantía o porcentaje único, sino que debería establecerse como una contribución progresiva en función de la renta personal disponible. Por debajo de un umbral de renta determinado el servicio debería ser gratuito para evitar que el beneficiario quedara en situación de pobreza o tuviera que prescindir de otros servicios básicos.

Esta cofinanciación debería cumplir, además, otros requisitos de equidad. Nunca debería repercutir sobre los corresidentes en el hogar del dependiente hasta un grado que les llevara a una situación de pobreza o que les incentivara a no obtener ingresos del trabajo. Estas situaciones son probables en dos escenarios. El primero, si la renta personal del dependiente es la referencia para calcular la cuota a pagar por el servicio. Si esta renta es la única fuente de ingresos del hogar en muchos casos el copago podría significar una pérdida notable en la calidad de vida de los familiares. Este escollo puede ser sorteado si la referencia de cálculo es la renta disponible del hogar; pero en este caso se corre el riesgo de incentivar la inactividad laboral si el ingreso marginal de un aumento en las horas de trabajo del hogar repercute negativamente en un aumento marginal superior del gasto por el copago de los servicios. A mi juicio, la alternativa más segura sería la de tomar la renta personal de la persona dependiente como referencia de la cuota que pagar, pero fijando un umbral de renta disponible equivalente por debajo del cual ningún hogar pudiera situarse, una vez pagado el servicio.

²³ En la medida de lo posible debería evitarse que la decisión última sobre el recurso que utilizar por la persona dependiente recayera exclusivamente en los técnicos municipales sin contar con su opinión y la de sus personas más allegadas.

No sería recomendable que el copago se fundamentara en bonificaciones públicas efectuadas previo pago del usuario. Este procedimiento disuade a los hogares de menor renta de utilizar servicios necesarios para sus dependientes.

La dependencia no es un problema exclusivo de las personas mayores. Las personas gravemente dependientes menores de 65 años son una porción importante y no pueden ser discriminadas. Por tanto, la propuesta que se contempla en este informe propone la inclusión de los dependientes jóvenes en la red de protección.

Al mismo tiempo, la red de servicios comunitarios debería incluir la atención de los cuidadores informales. Dadas las serias repercusiones que puede tener una dependencia prolongada sobre el estado de salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras, es recomendable establecer servicios de apoyo a los cuidadores, así como servicios de formación que les ayuden a mejorar sus expectativas de inserción sociolaboral, una vez acabe el periodo de cuidados.

- **La red de servicios comunitarios ha de estar complementada con un *stock* de viviendas adaptadas y mini-residencias que han de impulsar conjuntamente las tres administraciones.**

La atención a domicilio no siempre es deseable ni tampoco posible. A veces la vivienda del dependiente no reúne los requisitos imprescindibles que hagan posible una vida autónoma por lo que se hace necesario que los gobiernos locales dispongan de recursos para adaptar dichas viviendas o, en los casos que sea imposible dicha adecuación, para ofrecer una vivienda alternativa más accesible.

Cuando la dependencia es extremadamente grave, la alternativa más adecuada es el ingreso en un centro asistido. La oferta actual es muy pobre y en ella abundan los centros donde residen personas válidas para vivir en un hogar corriente si dispusieran de servicios sociales alternativos. En los próximos años será necesario reconvertir residencias para dedicarlas a dependientes graves y construir nuevas.

La financiación de estos recursos debería correr a cargo del gobierno central, los autonómicos y los locales, de modo parecido a como operarían los servicios comunitarios descritos más arriba. Los criterios de elegibilidad deberían ser los mismos adaptados, como es obvio, a las necesidades propias de un dependiente severo.

5.3 El coste

¿Cuál sería el coste de esta propuesta? Una estimación propia realizada a partir de los datos de la Encuesta de Discapacidades del INE (véase tabla 22) significaría un gasto adicional

bruto aproximado de unos 9.000 millones de euros para cubrir las necesidades de atención a domicilio y de plazas residenciales, es decir, de un 1% del PNB al que cabría deducir los ingresos fiscales y de contribuciones a la seguridad social derivados del empleo creado, así como el ahorro en costes hospitalarios innecesarios. Con este aumento del gasto bruto España se situaría en un nivel similar al existente en Austria y el Reino Unido y, todavía, un 50% por debajo de la proporción danesa.

Los supuestos bajo los que se han realizado estos cálculos son los siguientes:

1. Cobertura universal de todas las personas dependientes con un mínimo de horas necesarias de atención superior a las 6 horas semanales.
2. El copago por parte de los usuarios se ha calculado de manera que, en ningún caso, la renta disponible del hogar caiga por debajo del 50% de la renta media equivalente.
3. Intensidad media de la atención a domicilio equivalente al 50% de las horas de atención que reciben en la actualidad. Se supone que, salvo en casos muy especiales, el Estado no suplanta absolutamente las funciones de la familia.
4. A partir de una necesidad de atención superior a las 39 horas semanales la persona es atendida a un coste equivalente al de una plaza residencial.
5. Los precios de referencia utilizados han sido: 10 euros por una hora de atención a domicilio, y 1.500 euros mensuales por una plaza residencial.

Tabla 22. Estimación del coste de atención a domicilio y residencial

Nº de beneficiarios	1.078.680
Coste bruto anual ^(a)	9.075
PIB año 2002 ^(a)	693.925
% sobre el PIB	1,3
% sobre el PIB del gasto actual	0,3
% sobre el PIB del gasto adicional	1,0

^(a) Cifras en millones de euros

Por último, sólo cabe hacer una advertencia. Un programa de este tipo ha de ser construido de manera progresiva, no sólo por las limitaciones presupuestarias que dificultan un aumento súbito y cuantioso del gasto, sino porque una oferta de servicios de calidad no se construye en dos días a partir de la nada. No estamos en la nada, pero la oferta actual está muy lejos de la necesaria. Extender la cobertura hasta los niveles necesarios significa un gran esfuerzo

de reclutamiento y formación de trabajadores que presten servicios de calidad, también una reorganización de los servicios sanitarios y sociales, así como de la política de vivienda. El dilema pendiente estriba en elegir las necesidades prioritarias que deberán cubrir los gobiernos locales en el inmediato futuro, pero estas elecciones deberán tener la vista puesta en el diseño último que se pretende del programa de atención a la dependencia, el de unos servicios comunitarios universales de base local.

Bibliografía

- Adelantado, J. y Gomà, R. (2001), Les polítiques d'habitatge a Catalunya: valors vulnerables i acció acomplexada, en Gomà, R. y Subirats, J. (coord.), Govern i polítiques públiques a Catalunya (1998-2000). Coneixement, sostenibilitat i territori, Barcelona, Edicions Universitat de Barcelona y Universitat Autònoma de Barcelona, pp.193-212.
- Adema, W. (2001), Net Social Expenditures, Paris. OECD.
- Assous, L. y Ralle, P., 2000, La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: une mise en perspective internationale, documento presentado en la Conferencia Internacional de Investigación en Seguridad Social, Asociación Internacional de la Seguridad Social, Helsinki, 25-27 de septiembre.
- Baldwin, S. y Parker, G., (1991), Support for Informal Carers – The Role of Social Security, en Dalley, G. (ed.), Disability and Social Policy, Londres, Policy Studies Institute.
- Campbell, J.C. y Ikegami, N. (2003), Japan's Radical Reform of Long-term Care, en *Social Policy and Administration*, vol. 37, nº 1:21-34.
- Casado, D. y López, G. (2001), Velleja, dependència i atencions de llarga durada. Situació actual i perspectives de futur, Barcelona, Fundació La Caixa.
- Commission of the European Communities (1993a), Older People in Europe: Social and Economic Policies, in The 1993 Report of the European Observatory, Luxembourg.
- Commission of the European Communities (1993b), Age and Attitudes. Main Results from a Eurobarometer Survey.
- Esping- Andersen, G. (1990), The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.
- Esping- Andersen, G. (1999), Social Foundations of Postindustrial Economies, Oxford University Press.
- Evers, A. (1998), The new long term care insurance program in Germany, en American Journal of Ageing and Social Policy.
- Farreras, F. (2002), La implantació de l'assegurança de dependència en alguns països europeus, ponència presentada en la jornada sobre Sistema integral de prestació a la dependència, Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya y Comissió Obrera Nacional de Catalunya.
- Glendinning y McLaughlin (1993), Paying for Care: Lessons from Europe. London: HMSO.
- Hendrikson et al., (1984), Consequences of Assessment and Intervention among Elderly People: A Three Year Randomised Controlled Trial, en *British Medical Journal*, nº 289:1522-4.

- Hollander, L. (2000), Home Care in Denmark, en Home Healthcare Consultant. <http://www.mmhc.com/hhcc/articles>.
- Ikegami, N. y Campbell, C. (2002), Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care Systems, en *Social Policy and Administration*, vol. 36, nº 7: 719-734.
- INE (2001), Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999, Madrid, INE.
- Instituto Nacional del Consumo (2001), La tercera edad y el consumo, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jacobzone, S. Et al. (1998), Long Term Care Services to Older People, a Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons, Paris, OECD.
- Jensen, J.J. y Hansen, H.K. (2002), Mapping of Care Services and the Care Workforce: Denmark, en *Care Work in Europe. Current Understandings and Future Directions*.
- Jenson, J. y Jacobzone, S. (2000), Care Allowances for the Frail Elderly and their Impact on Women Caregivers, Paris, OCDE
- Kirk, H. (1997), Overview on Elderly Care in Denmark, The Nippon Foundation, <http://prg1.nippon-foundation.or.jp>
- Korpi, W. y Palme, J. (1998), The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries, en *American Sociological Review*, vol 63, pp.661-687.
- Lingsom, S. (1994), Payments for Care: The Case of Norway, en Evers. A. et al., *Payments for Care: A Comparative Overview*, Aldershot: Avebury, pp. 67-86.
- Ministry of Social Affairs of Denmark (2001), Denmark's National Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion, Copenhagen.
- OECD (1998), *Maintaining Prosperity in an ageing Society*, Paris, OECD.
- OECD (2001), *Older Workers: A Statistical Description*, Paris, OECD.
- Olsen, E. (2002), *Comparing Ageing Experiences in US and Denmark*, <http://www.aarp.org/international>.
- Österle, A. (1996), *Payments for Care and Equity*. European Research Institute.
- Ostner, I. (1998), *Paying for Care Repercussions for Women Who Care. The Case of Germany*, Gottingen, Georg-August Universität, Institut für Sozialpolitik.
- Pérez Ortiz, L. (2000), *Indicadores sociales*, en Sancho, M. (coord.) *Las personas mayores en España. Informe 2000*, Madrid, Imsero.
- PSSRU –Personal Social Services Research Unit (1998), *Evaluating Community Care for Elderly People*, Boletín nº 2, University of Kent.
- Rostgaard, T. (2002), *Care Services for Children and Other Dependent People*, European Union Presidency Conference, Elsinore, 25-26 de noviembre.

- Royal Comission on Long Term Care (1999), *With Respect to Old Age: Long Term Care. Rights and Responsabilities*, Londres, The Stationery Office.
- Rubish et al. (2001), *Provision for Long-term Care in Austria*, Vienna, Federal Ministry of Social Security and Generations.
- Sarasa, S. (1998), *Mutualisme, cooperació i filantropia*, en Giner, S. (ed.), *La societat catalana*, Barcelona, Institut d'Estadística de Catalunya.
- Singleton et al. (2002), *Mental Health of Carers*, Londres, The Stationery Office.
- Sundström, G. (1994), *Care by Families: An Overview of Trends*, en OECD, *Caring for Frail Elderly People: New Directions of Care*, Paris, Social Policy Studies, nº 14:15-56.
- Tester, S. (1996), *Community Care for Older People. A Comparative Perspective*, Londres, Macmillan.
- Theobald, H. (2003), *Care for the elderly: welfare system, professionalisation and the question of inequality*, in *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 23, nº 4/5, pp.159-185.
- Wiener, J. (1994), *Private Sector Initiatives in Financing Long-Term Care*, en OECD, *Caring for Frail Elderly People: New Directions of Care*, Paris, Social Policy Studies, nº 14: 83-110.
- Wittenberg, R. (1999), *Economics of Long-Term Care Finance*, en *The Royal Comission on Long Term Care, With Respect to Old Age: Long Term Care. Rights and Responsabilities*, Londres, The Stationery Office, Research Volum. 1, Chapter 2 pag.63-74.

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Horas de dedicación del cuidador principal que reside en el hogar del dependiente	9
Tabla 2. Distribución entre cuartiles de renta de los hogares con el sustentador principal entre 24 y 55 años	12
Tabla 3. Residencia de la persona cuidadora	14
Tabla 4. Servicios básicos para las personas mayores a finales de los años 90	16
Tabla 5. Distribución de casos atendidos según horas de dedicación semanal del cuidador principal	17
Tabla 6. Proveedores según severidad de la discapacidad	17
Tabla 7. Severidad de los casos atendidos según el proveedor que es cuidador principal	18
Tabla 8. Ayudas recibidas según discapacidad y su gravedad	18
Tabla 9. Situación laboral de las mujeres según su edad y si prestan cuidados a un dependiente	20
Tabla 10. Ocupación de las mujeres según su edad y si prestan cuidados a un dependiente	20
Tabla 11. Modelo LOGIT para explicar la propensión a reducir actividad laboral o de estudios de la persona cuidadora	22
Tabla 12. Programas de atención a la dependencia en Dinamarca, Austria y Alemania	35
Tabla 13. La dependencia y los cuidadores en algunos países europeos	35

Tabla 14. Número de años en que las personas cuidadoras han atendido a algún dependiente	37
Tabla 15. Lugar de residencia de la persona atendida	37
Tabla 16. Horas de dedicación según el lugar de residencia del dependiente	38
Tabla 17. Datos de 1998, excepto Alemania y Reino Unido de 1996	38
Tabla 18. Proporción de cuidadores perjudicados en su empleo	39
Tabla 19. Estimación de la intensidad protectora de los programas austríaco y alemán	42
Tabla 20. Aplicación simulada de los programas alemán y austríaco al caso español	43
Tabla 21. Proporción de PNB gastado en prestaciones a personas discapacitadas y personas mayores (1998)	44
Tabla 22. Estimación del coste de atención a domicilio y residencial	52

Documentos de trabajo publicados

1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.

2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.

3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.

4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.

5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.

6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.

7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.

8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.

9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.

10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.

11/2003. **El fracaso escolar en España.** Alvaro Marchesi Ullastres.

12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.

13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.

14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.

