

**Sebastián Sarasa Urdiola\***

# EL DESCENSO DE LA NATALIDAD Y LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL A LOS ANCIANOS

*El descenso de la natalidad es la causa principal del envejecimiento demográfico en nuestro país, y la mayor presencia relativa de personas de edad avanzada impulsa al alza el gasto en servicios sociosanitarios y en pensiones. Para que estas mayores necesidades no pongan en riesgo el equilibrio de los presupuestos públicos, es necesario mejorar la eficiencia del gasto social y aumentar la renta de los hogares. En este artículo se describe este tipo de servicios, analizando la estructura actual de su oferta en España y aportando datos sobre la atención a los ancianos en algunos países de la Unión Europea.*

**Palabras clave:** envejecimiento de la población, asistencia social, prestaciones sociales, España, UE.  
**Clasificación JEL:** J14.

## 1. Introducción

El descenso de la natalidad es la causa principal del envejecimiento demográfico en nuestro país. La mayor presencia relativa de personas en edad avanzada impulsa al alza el gasto en servicios sociosanitarios y en pensiones, a la par que hace temer por el futuro equilibrio de los presupuestos públicos y de la Seguridad Social. Si pretendemos reducir estos riesgos, es preciso

mejorar la eficiencia del gasto social y aumentar la renta bruta de los hogares en la cuantía suficiente para costear los nuevos gastos.

Los recursos adicionales que hacen falta pueden ser obtenidos con aumentos de la productividad de la economía, pero tan necesario como el aumento de la productividad es el crecimiento de la población ocupada para reducir la ratio de dependencia entre inactivos y ocupados. En España las tasas de actividad son bajas entre los jóvenes y los mayores de 55 años, pero es especialmente preocupante la todavía baja actividad laboral de las mujeres, ya que esta inactividad es una de las causas que explican la baja natalidad y el envejecimiento de nuestra población. Durante mucho tiempo ha habido una asociación negativa entre la actividad laboral de las mujeres y la fecundidad, pero hace ya unos decenios que esta asociación ha cambiado de signo de modo que, en nuestros días, la fecundidad es más elevada en aquellos países donde las mujeres presentan

---

\* Profesor de Sociología. Universidad Pompeu Fabra.

Este artículo ha sido posible gracias al resultado de un trabajo de investigación más amplio sobre la fecundidad, la nueva estructura de riesgos y el empleo en España, que ha sido financiado conjuntamente por la Fundación BBVA con el proyecto *¿Por qué los patrones de fecundidad divergen en Europa? La nueva estructura de riesgos y problemas en la formación de la familia* y por el Ministerio de Ciencia y Tecnología con el proyecto SEC2000-1697-C02-01 *Hogares, desigualdad y empleo en la sociedad postindustrial. España en el contexto internacional*. La Fundación Alternativas también ha colaborado parcialmente en la financiación.

altas tasas de ocupación en el mercado laboral (Del Boca *et al.*, 2003).

Según como sea diseñado el sistema de atención a los ancianos puede haber repercusiones positivas no sólo en el bienestar de los propios ancianos y sus familias, sino también en la contención del gasto sanitario, en el aumento de las contribuciones para financiar las pensiones futuras, en el menor riesgo de pobreza de los hogares<sup>1</sup> e incluso, aunque indirectamente, en una mejora de la natalidad<sup>2</sup>. Pero estas consecuencias pueden ser poco significativas, e incluso negativas, si el diseño no es el más adecuado.

Nuestras autoridades públicas tienen ante sí el reto de elegir entre un número limitado de alternativas, pero cuentan con la ventaja de poder comparar los resultados de aquellos países que han optado por cada una de ellas. En este trabajo se pretende ofrecer una exploración de esos resultados si bien, antes, es necesaria una descripción del tipo de servicios a que hacemos referencia y cuál es la estructura actual de su oferta en España.

---

<sup>1</sup> La inactividad laboral femenina no sólo tiene consecuencias demográficas, sino que explica también la mayor presencia relativa en nuestro país de hogares donde ninguno de sus miembros está empleado (SARASA, 2001) y la mayor incidencia de la pobreza económica entre los menores de edad (SPING-ANDERSEN y SARASA, 2002).

<sup>2</sup> La atención a las personas mayores dependientes no es un factor que incida directamente ni de manera muy significativa en la fecundidad de las mujeres. Los momentos del ciclo vital en que se hacen los cuidados de personas mayores y se toman las decisiones de embarazo no coinciden mucho, pero no podemos descartar *a priori* que su efecto indirecto sea nulo. La edad media en que las mujeres españolas suelen tener su primer hijo ronda los 28 años (OECD, 2001), una edad ya próxima al momento en el cual se inicia la dedicación al cuidado de los padres. Según datos de los EE UU citados por SCHABER *et al.* (1994), aunque la donación de tiempo a los padres alcanza su cenit entre los 45 y 65 años de edad, es a partir de los 35 años cuando ya se percibe una dedicación de tiempo importante. En España, según los datos de la *Encuesta de Discapacidades* del INE (2001), casi una de cada cinco personas que atiende la dependencia de un adulto tiene 40 años o menos, y aunque sólo un 37 por 100 de ellas están casadas, no podemos asegurar a cuantas de las solteras, viudas y divorciadas restantes el cuidado de sus mayores les restringe las oportunidades de constituir una pareja y tener algún hijo.

## 2. Los nuevos servicios de protección a los ancianos

Los nuevos servicios para atender las necesidades de las personas mayores habrían de cumplir ciertos requisitos para contener el crecimiento del gasto y, al mismo tiempo, promover el bienestar de las familias afectadas.

En primer lugar, es preciso sustraer del sistema hospitalario una atención que tiene que ver más con la fragilidad que con la enfermedad, y más con la ausencia de recursos sociales que con la necesidad de recursos sanitarios propiamente dichos. En esta línea avanzan las recomendaciones de la Unión Europea, que en sus directrices recalca la necesidad de contener el crecimiento del gasto sanitario mediante una mayor decisión en el desarrollo de la atención a domicilio y de otros servicios alternativos a las residencias (Commission of the European Communities, 1993a). La actual configuración de nuestros servicios es poco eficiente desde el momento en que garantiza una cobertura universal de la atención sanitaria a la par que la prestación de los servicios sociales públicos se realiza bajo criterios estrictamente asistencialistas y con muy pocos recursos. Esta situación incentiva a los dependientes a medicalizar sus necesidades de manera excesiva y la red hospitalaria ha de asumir su atención a un coste más elevado del que se obtendría si hubiera una atención sociosanitaria específica basada en servicios comunitarios; con el agravante de que sustrae recursos que podrían ser empleados para atender a pacientes que realmente requieren una atención hospitalaria.

En segundo lugar, la cobertura y la intensidad de las prestaciones han de permitir que el mayor número de dependientes posible pueda permanecer en su propio hogar tanto tiempo como sea posible. Este objetivo responde a una preferencia muy clara de las propias personas mayores<sup>3</sup>, pero también obedece al hecho demos-

---

<sup>3</sup> Según datos del Eurobarómetro, la mayoría de las personas mayores optarían por el ingreso en una residencia sólo como último recurso (COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, 1993b).

trado de que cuanto más atención haya en el domicilio propio, mayor es el retraso en el deterioro personal que acaba por conducir a la dependencia severa. El estudio piloto dirigido en Dinamarca por Hendriksen *et al.* (1984), demostró que una visita domiciliar preventiva a los ancianos por parte de médicos o enfermeras cada tres meses producía una reducción del 25 por 100 en los ingresos hospitalarios, además de una sensible disminución de la mortalidad y de los ingresos en residencias.

En tercer lugar, el diseño institucional de la atención a las personas mayores ha de permitir la actividad laboral de todos los miembros del hogar donde haya un familiar dependiente, especialmente la de las mujeres. Para ello es preciso garantizar el acceso real a unos servicios de calidad que permitan conciliar el bienestar de los dependientes con las obligaciones laborales que quieran asumir sus familiares.

Es preciso además alcanzar una estrecha coordinación entre los servicios sociales y los de salud que han de incluir actividades preventivas encaminadas a retardar el agravamiento de situaciones que pueden ser irreversibles y más costosas. 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 empleados en 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 bajo reglas de elegibilidad distintas. Las dificultades han aumentado desde el momento en que se han desarrollado prácticas de colaboración entre proveedores públicos y privados. Las estrategias para mejorar la coordinación y conse-

guir 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 permitan comparar los resultados obtenidos.

Por último, un programa de atención a la dependencia debe apoyarse en la coordinación de los servicios sociales y sanitarios con la política de vivienda. 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 período 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.

En el caso español, las autoridades públicas deben considerar la necesidad de 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...). Para ello deberán habilitar programas públicos más extensos que los actuales para ayudar a las reformas de viviendas que permitan a una persona con movilidad limitada continuar viviendo en su hogar, y aumentar el parque de viviendas nuevas adaptadas.

De todo lo dicho se desprende 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 períodos de cri-

sis 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.

### 3. ¿Cuál es la situación en España?

#### Viviendas y servicios residenciales inadecuados

La oferta de viviendas adaptadas a las necesidades de las personas con dificultades de movilidad es muy escasa, lo mismo ocurre con las plazas de centros residenciales, con la oferta de centros de día y con los pisos con servicios comunes compartidos. En España las condiciones de la vivienda 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 carecen de calefacción, el 25 por 100 no disponen de un baño completo, el 18 por 100 no tienen lavadora y casi un tercio no tienen 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 idóneo para vivir.

La calidad de la vivienda de las personas mayores 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 años, la posibilidad de acceder a una vivienda en condiciones adecuadas para una persona mayor con discapacidades severas se ha reducido de manera notable.

Las personas mayores que residen en una vivienda inadecuada tendrían como alternativas el cambio a otra vivienda adaptada o el ingreso en una residencia. Pero ambas opciones son muy restringidas en nuestro país. Prácticamente no existe un parque público de viviendas adaptadas de las que se pueda echar mano, y la opción

de ingresar en una residencia es una opción al alcance sólo de una minoría. Las plazas públicas son insuficientes y están reservadas para casos extremos de pobreza y de necesidad, y las plazas ofertadas por el sector privado satisfacen poco la demanda potencial de los hogares con unos niveles de ingresos medios, dado que los precios son muy elevados para su nivel de renta o, si son más baratos, sus servicios tienen muy baja calidad. A todo ello cabe añadir el arraigo cultural que todavía tiene la asociación entre residencia y «asilo para pobres abandonados», y que conlleva un grado elevado de estigma para muchos 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 (Sarasa, 2003), el 44 por 100 de las personas con algún tipo de discapacidad recibe cuidados personales, pero el grueso de estos cuidados es la propia familia. Entre las personas discapacitadas que reciben cuidados personales, el 75 por 100 los reciben de miembros de su propio hogar y sólo un 25 por 100 son atendidos exclusivamente por una persona que no convive en el hogar aunque, en la mayoría de los casos, se trata de la hija o de la nuera de la persona discapacitada.

#### Escasa cobertura de los servicios comunitarios para dependientes

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. 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 el Cuadro 1 podemos observar cómo la cobertura tanto de plazas residenciales

como de ayuda a domicilio en nuestro país se sitúa entre las más bajas de la Unión Europea.

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 profesionales<sup>4</sup>.

En España, el grueso de la escasa oferta de servicios de atención a domicilio está en manos del sector privado, una buena parte del cual opera en la economía sumergida. Según estimaciones realizadas con los datos de la Encuesta de Discapacidades (Sarasa, 2003), un 12,36 por 100 de los discapacitados que reciben ayuda personal tienen contratados los servicios de una persona empleada<sup>5</sup>. Una cifra relativamente baja, pero muy superior al escaso 6,5 por 100 de los discapacitados que reciben atención de los servicios sociales públicos y no llega al 2 por 100 quienes reciben la atención de una organización de voluntarios, lo cual nos ha de servir de advertencia sobre lo limitadas que son las, en ocasiones, tan alabadas capacidades del tercer sector para

CUADRO 1

**SERVICIOS BÁSICOS  
PARA LAS PERSONAS MAYORES  
A FINALES DE LOS AÑOS 90**

País	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
<b>España . . . . .</b>	<b>2,0</b>	<b>3,0</b>
Portugal . . . . .	1,0	2,0

FUENTE: ROSTGAARD (2002).

suplir las deficiencias del sector público y del mercado. Si nos atenemos a la figura de «cuidador principal», definida como aquella persona que más horas dedica al cuidado de la persona dependiente, sólo el 10 por 100 de los cuidadores principales son externos a la familia, en su mayoría empleados privados, puesto que los servicios públicos operan como cuidadores principales en sólo el 3 por 100 de los casos.

La escasa oferta pública queda restringida a los casos de necesidad muy aguda y tiene en las ONG el complemento a las pocas horas de servicio que ofrece<sup>6</sup>. Los casos de necesidad menos imperiosa deben recurrir a los servicios privados si tienen recursos suficientes para pagarlos<sup>7</sup>. La distribución de casos que tiene cada proveedor confirma que las ONG son el recurso más es-

<sup>4</sup> En los países escandinavos, y también en el Reino Unido, estas tareas domésticas representan el 80 por 100 de toda la ayuda a domicilio (SUNDSTRÖM, 1994: 40).

<sup>5</sup> Una porción nada desdeñable de estas personas discapacitadas no son ancianas, pero no pueden obviarse sus necesidades desde el momento en que unos servicios dirigidos sólo a los ancianos, constituirían una violación grave del principio de equidad entre generaciones.

<sup>6</sup> Los servicios públicos, y más las ONG, tienden a aumentar su presencia a medida que aumenta la severidad de la discapacidad (SARASA, 2003).

<sup>7</sup> Contrastando la incidencia de cada proveedor de servicios según la severidad de la discapacidad observamos que la presencia de empleados privados se distribuye sin muchas diferencias entre grados de severidad (SARASA, 2003).

pecializado 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 clientes de los proveedores con ánimo de lucro.

### Una distribución no equitativa de las cargas familiares

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

El 72 por 100 de las personas 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 por 100, están en edad laboral y hay incluso una pequeña fracción (inferior al 1 por 100) 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 llevan largo tiempo sometidas a las tensiones propias de este tipo de cuidados, un 62 por 100 de las cuidadoras lleva más de 4 años prestando cuidados, y el 41 por 100 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 por 100 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 por 100 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 (Sarasa, 2003).

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 forma-

ción educativa. Si consideramos las mujeres que son cuidadoras principales y que tienen sólo entre 16 y 20 años de edad, el 38 por 100 no han llegado a niveles educativos superiores a la primaria, una proporción que entre adolescentes que no son cuidadoras alcanza sólo el 16,6 por 100.

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 empleo<sup>8</sup>. Sostener esta situación durante un período prolongado 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 mujeres, con poca o nula carrera laboral, y sometidas a un desgaste notable de su salud, las cuidadoras acaban teniendo más probabilidad de ser usuarias de las instituciones sanitarias y de programas de lucha contra la pobreza y la exclusión.

### 4. La atención a los ancianos en algunos países de la UE

Establecida la necesidad de incrementar la oferta de servicios formales para el cuidado de dependientes, las autoridades y agentes políticos de nuestro país deben elegir entre tres grandes opciones que hasta la fecha han sido puestas en marcha en la Unión Europea. La primera

---

<sup>8</sup> 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 osteomusculares y la hipertensión.

consiste en aumentar la financiación actual pero sin cambiar los criterios de elegibilidad, es decir, continuar con un programa público asistencialista pero dotado de mayores recursos como ocurre en el Reino Unido. La segunda estrategia podría ser la adoptada por países como Austria, Alemania, Luxemburgo y Francia, que consiste en transferir un subsidio no finalista y con carácter casi universal a los hogares donde reside un dependiente y, por último, podría optarse por el suministro universal de servicios como ocurre en los países escandinavos. Cuál de las tres sea más conveniente depende de los objetivos que tenga el programa y de la importancia que se dé a cada uno de ellos. Entre 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 afloración de la economía sumergida y la mejora en las condiciones laborales de los empleados. Si aceptamos que estos objetivos están asociados positivamente a un aumento en la oferta de servicios formales deberemos convenir que la estrategia escandinava es superior, puesto que tiene las tasas de cobertura más elevadas de la Unión Europea. Pero, ¿hasta qué punto hay diferencias en los resultados de las diferentes estrategias?

Con los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea podemos efectuar una aproximación al 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. Tomando como referencia cuatro países con programas diferentes y que ya llevan algunos años en funcionamiento Sarasa (2003) y Sarasa y Mestres (2003) han explorado esas relaciones en España contrastándolas con las de Dinamarca, que dispone de una excepcional red de atención basada en la prestación universal de servicios públicos; con las de Austria y Alemania por la novedad de sus programas que tratan de ofrecer un subsidio en metálico de carácter casi universal<sup>9</sup>, y con

las del 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. Una descripción sintética de cada uno de ellos se ofrece en el Cuadro 2.

Como puede observarse en el Cuadro 3, en Dinamarca más del 60 por 100 de las personas que prestan cuidados a sus familiares dedican menos de 10 horas a la semana y sólo un 20 por 100 dedican 20 o más horas. El contraste con España es dramático, donde no llegan al 8 por 100 las personas que dedican menos de 10 horas y más del 70 por 100 dedican 20 o más horas semanales. Entre los tres países restantes analizados, el Reino Unido es el que ofrece la mayor ratio de horas dedicadas por los familiares, pero a gran distancia de la situación española.

En todos los países el cuidador principal de las personas mayores muy dependientes es un miembro de su familia que vive en el mismo hogar, incluso en Dinamarca, donde la proporción de dependientes con un cuidador principal ajeno a la familia (servicios sociales) asciende al 44 por 100<sup>10</sup>. Pero entre el conjunto de personas dependientes la independencia de la familia es mucho mayor en Dinamarca y bastante re-

---

la fuente de financiación. La atención a la dependencia en Alemania se financia con contribuciones a la Seguridad Social y los beneficiarios pueden elegir entre la prestación en especie o una transferencia en metálico. En Austria, la financiación corre a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, aunque a cambio se ha reducido la transferencia pública que se hacía a la caja de la Seguridad Social, y las prestaciones son exclusivamente en metálico. Sin embargo, de hecho, los efectos de ambos sistemas sobre el bienestar y la empleabilidad de los familiares de la persona dependiente operan de manera muy parecida puesto que en Alemania el grueso de población cubierta es casi universal, quedando el resto en manos de la asistencia social y, en Austria, aunque la prestación es universal no cubre todas las necesidades por lo que continúa persistiendo una asistencia social para los que no disponen de recursos suficientes y, la razón de mayor peso, que en Alemania sólo una exigua minoría elige la prestación en especie, por lo que la similitud con el sistema austriaco de transferencias en metálico es casi total.

<sup>10</sup> ROYAL COMISION ON LONG TERM CARE (1999), capítulo 6: 164.

---

<sup>9</sup> Los programas austriaco y alemán tienen rasgos diferenciados en lo concerniente al tipo de prestación ofrecida, a los criterios de acceso y a

CUADRO 2

**PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN DINAMARCA,  
AUSTRIA, ALEMANIA Y EL REINO UNIDO**

Características	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

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES  
DEDICADAS A CUIDAR A UN ADULTO DEPENDIENTE**

País	De 1 a 4	De 5 a 9	De 10 a 19	De 20 a 44	Más de 44	Total
Dinamarca . . . . .	39,76	20,36	19,52	12,39	7,97	100
<b>España . . . . .</b>	<b>2,90</b>	<b>4,96</b>	<b>20,54</b>	<b>37,28</b>	<b>34,31</b>	<b>100</b>
Austria . . . . .	11,00	16,35	32,43	30,58	9,65	100
Alemania . . . . .	13,91	19,83	26,83	26,45	12,98	100
Reino Unido . . . . .	16,29	16,27	19,29	20,89	27,25	100

FUENTE: Datos del PHOGUE 1998, excepto Alemania y Reino Unido de 1996.

ducida en España. En el Cuadro 4 observamos cómo en Dinamarca no llegan al 30 por 100 los dependientes que residen en el mismo hogar de la persona que les cuida, mientras que en España, al contrario, sólo un 30 por 100 son atendidos por personas ajenas a su propio hogar de residencia. Austria, Alemania y el Reino Unido ocupan un lugar intermedio mostrando en conjunto como la ausencia de servicios sociosanita-

rios adecuados compele a las familias a convivir con sus dependientes para así poder atenderlos.

Esta dedicación puede ser ocasional o constante a lo largo de un número de años, los datos disponibles empero, nos indican que la dedicación suele prolongarse varios años. En torno al 36 por 100 de las personas que han tenido que atender a un dependiente lo han hecho en tres o más años de los cinco analizados, y en torno al

CUADRO 4

**LUGAR DE RESIDENCIA DE LA PERSONA DEPENDIENTE (Distribución porcentual)**

País	Mismo hogar cuidadora	Fuera del hogar
Dinamarca . . . . .	28,6	71,4
<b>España . . . . .</b>	<b>68,2</b>	<b>31,8</b>
Austria . . . . .	50,6	49,4
Alemania . . . . .	46,2	53,8
Reino Unido . . . . .	56,5	43,5

FUENTE: Datos del PHOGUE 1998, excepto Alemania y Reino Unido de 1996.

40 por 100 lo han hecho sólo durante un año (Sarasa, 2003). 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 prolongación de los cuidados es más breve que en el resto de países.

Entre los países estudiados, también difieren las pautas de convivencia entre cuidadores y dependientes. 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. Así, no es de extrañar que haya una convivencia hasta cierto punto forzada cuando no queda otra alternativa. Sólo un 29 por 100 de los dependientes daneses viven en el mismo hogar que su cuidador, una cifra que casi alcanza el 70 por 100 en España, el 57 por 100 en el Reino Unido y en torno al 50 por 100 en Austria y Alemania (Sarasa, 2003).

La mayor dedicación de los hogares españoles al cuidado de dependientes 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 por 100 mientras que la media en los países considerados es del 6,5 por 100 (Sarasa, 2003). Contando el conjunto de horas que dedican los cuidadores con independencia del lugar de residencia, en España no llegan al 8 por 100 los cuidadores que dedican menos de 10 horas semanales, una cifra que asciende al 60 por 100 en Dinamarca y oscila entre el 27 y el 34 por 100 en el resto de países. 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 un tiempo no excesivo, mientras que Austria y Alemania se sitúan en una posición intermedia.

¿Que consecuencias tiene esta diferente dedicación en las oportunidades de empleo de los cuidadores? Si consideramos 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 la 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.

Pero la percepción subjetiva de las personas cuidadoras no es un indicador muy exacto para medir la capacidad que tienen los diferentes programas para conciliar la atención a los ancianos y el trabajo remunerado de las mujeres. Una aproximación más exacta puede obte-

nerse mediante una regresión estadística en cada país de la variable «actividad laboral» sobre la variable «prestar horas de atención a personas adultas dependientes». Esta estimación ha sido realizada con datos del Europanel por Sarasa y Mestres (2003) tomando como variables de control la edad, la formación y el cuidado prestado a menores de edad. Sus resultados confirman que la diferencia en la probabilidad de que una mujer sea laboralmente activa cuando ha de atender a una persona adulta dependiente respecto a la probabilidad de las mujeres que no tienen esa responsabilidad es insignificante en Dinamarca. Por el contrario, esa diferencia alcanza su cota más alta en el Reino Unido. Un dato interesante es que, según estos datos, los programas de transferencias de rentas austriaco y alemán no parecen aumentar la probabilidad de empleo entre las cuidadoras más de la que tienen las españolas. Si esto es del todo cierto, la consecuencia a extraer es que las prestaciones en metálico por sí solas no parecen ser muy eficaces para incentivar el empleo de quienes deben asumir el cuidado de un familiar dependiente.

La prestación universal de servicios parece la solución más eficaz en términos de bienestar para las familias donde alguno de sus miembros es dependiente, pero queda por sopesar cual es su coste. En el Cuadro 5 podemos observar cómo el gasto de los servicios prestados a los dependientes en Dinamarca es el más elevado en términos de su proporción sobre el producto nacional bruto, llegando al 3 por 100, mientras que en el resto de países ronda el 1 por 100 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, quedándose en un cicatero 0,3 por 100 del PNB.

En el mismo cuadro 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 a aportar por las administraciones públicas sería menor. Cuánto menor 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 (2001), el gasto social neto en estos países sería en torno a 8 puntos porcentuales menos a los recogidos en las estadísticas oficiales. En el caso concreto de Dinamarca, Adema (1999: 30 tabla 7) estima una reducción del 36 por 100 en el gasto público social bruto, cifra que sólo llega al 11,5 por 100 en el caso alemán y al 13 por 100 en el Reino Unido<sup>11</sup>. Asumiendo que la relación entre gasto bruto y neto fuera homogénea en todos los sectores, y aplicáramos 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,

<sup>11</sup> No se ofrecen datos sobre Austria y España porque el estudio realizado no incluye a dichos países.

CUADRO 5

**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
<b>Total . . . . .</b>	<b>12,8</b>	<b>12,3</b>	<b>11,6</b>	<b>9,8</b>	<b>13,6</b>

NOTAS: (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 por 100 del PIB.  
FUENTE: OECD: *Social Expenditure Database*.

sería el 7,5 por 100 del PNB en Dinamarca, el 10,9 por 100 en Alemania, y el 11,8 por 100 en el Reino Unido.

En suma, con los datos disponibles la combinación de transferencias en metálico y de servicios danesa es más eficiente que cualquier otra de las analizadas. Con una inversión neta de recursos mucho menor mantiene tasas de pobreza extrema muy bajas entre las personas mayores<sup>12</sup>, 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 elevadas<sup>13</sup>.

**5. Conclusiones**

El sistema universalista danés y el asistencialista británico y español se colocan en dos polos opuestos en cuanto a eficacia y eficiencia. En España la cobertura de residencias y servicios de atención a domicilio es baja y, en el Reino Unido, alcanza un nivel medio. En ambos países el apoyo a los dependientes, aunque más desa-

rollado 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 especialmente elevada en el Reino Unido donde la actividad laboral de las mujeres es por lo general alta, como también lo es la probabilidad de que tengan que abandonar el empleo si atienden a un dependiente. La ineficiencia del modelo asistencialista británico se pone en evidencia cuando contrastamos sus pobres resultados con el elevado coste para el erario público. La proporción de renta nacional gastada en pensiones y servicios supera el 14 por 100 y es la más elevada de los países seleccionados.

En el otro extremo, Dinamarca ofrece elevadas tasas de cobertura a la población dependiente con un coste neto muy inferior al del resto de países. Es menor la ratio de hogares con algún cuidador, como también es menor el número medio de horas que estos hogares de-

<sup>12</sup> Véanse los datos al respecto publicados en Hauser (1998) y en la página web del *Luxembourg Income Study, Key Figures*. <http://lisweb.ceps.lu/keyfigures/povertytable.htm>.

<sup>13</sup> Sobre las tasas de ocupación entre las personas mayores de 50 años véase OECD (2001a).

dican a cuidados de dependientes. 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. Todo ello se consigue a un coste relativamente bajo. Si exceptuamos el Estado español que concentra la mayoría de sus recursos en la mera transferencia de pensiones, el Estado danés dedica a las personas mayores la menor proporción de riqueza nacional entre los países considerados.

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 la prestación directa del servicio. La proporción de beneficiarios que optan por recibir el beneficio en servicios directos es especialmente baja pero la intensidad protectora del subsidio es algo más alta que en el caso austriaco, permitiendo 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, 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 las no cuidadoras parece sensiblemente inferior al danés.

Todo apunta a que la caída de la natalidad obliga a rediseñar los servicios de protección a los ancianos orientándolos hacia una mayor prestación universal de servicios comunitarios financiados por el sector público. Limitar la acción pública a un aumento de las transferencias de renta, o a prestar servicios exclusivamente a los más necesitados significa un aumento del gasto público con escasa eficiencia que no satisface ni los requisitos míni-

mos de prevención del deterioro de los dependientes, ni los de permitir un aumento del empleo entre las mujeres.

### Referencias bibliográficas

- [1] ADEMA, W. (2001): *Net Social Expenditures*, París, OECD.
- [2] COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (1993a): «Older People in Europe: Social and Economic Policies», en *The 1993 Report of the European Observatory*, Luxemburgo.
- [3] COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (1993b): *Age and Attitudes. Main Results from a Eurobarometer Survey*.
- [4] DEL BOCA, D.; PASQUA, S. y PRONZATO, CH. (2003): *Analyzing Women's Employment and Fertility Rates in Europe: differences and similarities in Northern and Southern Europe*, Center for Household, Income, Labour and Demographic Economics.
- [5] ESPING-ANDERSEN, G. y SARASA, S. (2002): «The Generational Conflict Reconsidered», en *Journal of European Social Policy*, volumen 12 (1), 5-21.
- [6] HAUSER, R. (1998): «Adequacy and Poverty among the Retired», en OECD: *Ageing Working Papers 3.2*.
- [7] HENDRIKSEN *et al.* (1984): «Consequences of Assessment and Intervention among Elderly People: A Three Year Randomised Controlled Trial», en *British Medical Journal*, número 289, 1522-4.
- [8] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2001): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999*, INE, Madrid.
- [9] OECD (2001a): *Older Workers: A Statistical Description*, OECD, París.
- [10] OECD (2001b): *Society at a Glance. OECD Indicators*, OECD, París.
- [11] PÉREZ ORTIZ (2000): «Indicadores sociales», en SANCHO, M. (coord.): *Las personas mayores en España. Informe 2000*, Imserso, Madrid.
- [12] PSSRU —PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (1998): *Evaluating Community Care for Elderly People*, Boletín número 2, University of Kent.
- [13] ROSTGAARD, T. (2002): *Care Services for Children and Other Dependent People*, European Union Presidency Conference, Elsinore, 25-26 de noviembre.
- [14] ROYAL COMISION ON LONG TERM CARE (1999): *With Respect to Old Age: Long Term Care. Rights and Responsibilities*, The Stationery Office, Londres.
- [15] SARASA, S. (2001): «Los hogares sin empleo: una perspectiva comparada», en *Revista Internacional de Sociología*, número 29, 67-88.

[16] SARASA, S. (2003): *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores*, Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 15/2003. Madrid. [www.fundacionalternativas.com/laboratorio](http://www.fundacionalternativas.com/laboratorio).

[17] SARASA, S. y MESTRES, J. (2003): «Long-term Care, Gender and Employment in some European States», trabajo presentado en el *RN 10 Gender Relations in the Labour Market and the Welfare State* de la 6.ª Conferencia de la Asociación Europea de Sociología, 23 a 26 de septiembre, Murcia.

[18] SCHABER, G.; SCHMAUS, G. y RIEBSCHLÄGER, M. (1994): *Looking at Intergenerational Relations in Longitudinal Panel Studies on Individuals and Households*, Comparative Research on Household Panel Studies —PACO— Document número 5, Luxemburgo.

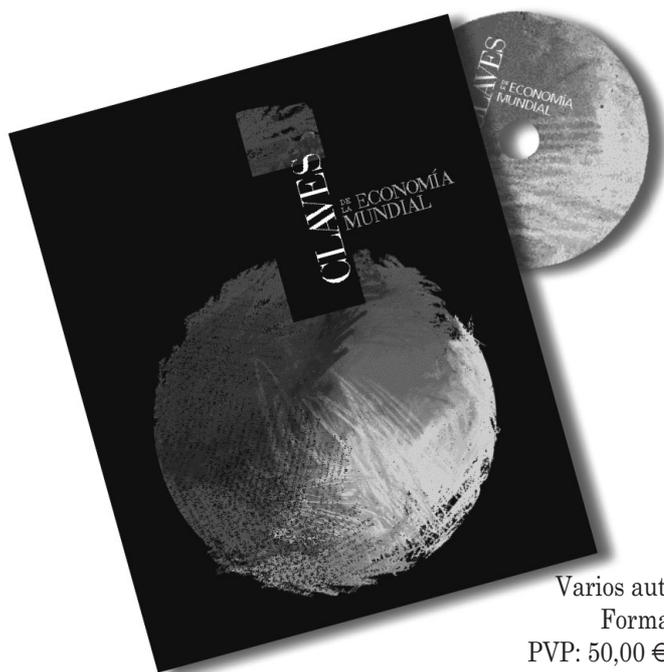
[19] SINGLETON *et al.*, (2002): *Mental Health of Carers*, The Stationery Office, Londres.

[20] SUNDSTRÖM (1994): «Care by Families: An Overview of Trends», en OECD, *Caring for Frail Elderly People: New Directions of Care*, Social Policy Studies, número 14, 15-56, París.

# Claves

2003

## de la economía mundial



Libro y cd-rom  
Varios autores, 386 págs.  
Formato: 21 x 26 cm.  
PVP: 50,00 € (IVA incluido)  
ISBN: 84-7811-491-2

**Claves de la economía mundial** ofrece, en **62** artículos e informes de destacados especialistas, una visión objetiva de la situación actual del mundo y de sus perspectivas de evolución.

**Claves de la economía mundial** proporciona los perfiles de la totalidad de los países del mundo con los datos sociopolíticos y económicos más relevantes y actuales, y la posibilidad de efectuar cruces, comparaciones y *rankings* entre ellos.

**Una obra básica de estudio y consulta.**

**Un instrumento de análisis.**

**Una publicación única en lengua española.**

Puede adquirir la obra en las principales librerías y en el ICEX.

**Instituto Español de Comercio Exterior (ICEX)**

Pº. de la Castellana, 14 - 28046 MADRID - tel.: 902 349 000 - c.e.: icex@icex.es - www.icex.es

**ICEX**