

**PERFIL ECONÓMICO Y FINANCIERO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN.
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN.**

**FINANCIAL AND ECONOMIC PROFILE OF LONG-TERM CARES FOR THE
ELDERLY: THE SITUATION IN CASTILLA Y LEÓN.**

Francisco Javier Jimeno de la Maza

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Valladolid

Mercedes Redondo Cristóbal

Facultad de Ciencias del Trabajo
Universidad de Valladolid

RESUMEN

Durante las últimas décadas, en la mayoría de los países europeos se ha aceptado ampliamente que el estado asumiese plena responsabilidad en materia de bienestar, incluyendo los servicios sociales personales, así como, en el marco de este ámbito, el sector público se ha venido a hacer cargo de la prestación de cuidados de larga duración para personas mayores. El término “cuidados de larga duración” hace referencia a una extensa gama de servicios de apoyo médico, personal y social que precisan aquellas personas que no pueden valerse por si mismas para afrontar las actividades básicas de la vida diaria de forma permanente en el tiempo y que pueden llegar a precisar que la provisión de servicios necesarios para mantener su calidad de vida se realice en el espacio de una institución residencial.

Sin embargo, el coste de los cuidados que proporcionan los sistemas de servicios sociales está incrementándose aceleradamente en los países desarrollados, como resultado de determinados factores relacionados con el aumento de necesidades y

demandas, tales como el envejecimiento de la población o la longevidad. Adicionalmente, otro elemento fundamental es la disminución de las posibilidades del apoyo informal provisto por las familias, que cuenta con un importante papel en la cobertura de este tipo de necesidades de cuidados. En este marco, este artículo explora algunas de las tendencias actuales en la prestación mixta, pública y privada, de servicios del bienestar y, desde la perspectiva económica, intenta una aproximación al perfil económico y financiero de estos servicios de atención en el contexto actual. De esta manera, la primera parte resume el estado actual de la cuestión y efectúa un recorrido por los aspectos demográficos que afectan al tema objeto de estudio, analizando las características básicas de actuación de los diferentes agentes, que, perteneciendo a distintos sectores institucionales, configuran la oferta de recursos de atención en los sistemas de bienestar. Un argumento básico a considerar es que en España, las competencias básicas de regulación e implementación de política social en materia de servicios sociales se encuentran descentralizadas territorialmente a escala regional en sistemas autonómicos de acción social. Asimismo, una de las características de estos sistemas mixtos es que empresas, sector público y organizaciones privadas no lucrativas actúan como proveedores de cuidados de larga duración para las personas mayores. A continuación, se muestran los resultados de una aplicación empírica concreta, utilizando a tal fin la metodología que proporciona el análisis económico y financiero basado en la técnica de los ratios, partiendo para ello de una muestra de datos comprendidos en el período 2000-2002, obtenida a partir de la información contable de entidades que contaban con un centro residencial y operan en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Finalmente, se concluye con algunas propuestas de desarrollo futuro.

Palabras clave: cuidados de larga duración, oferta mixta del bienestar, análisis económico financiero, ratios

ABSTRACT

During last decades, in most European countries it has been widely accepted that the state should assume full responsibility for welfare, including social services and long-term care (LTC) for elderly people. LTC refers to a broad range of supportive medical, personal and social services needed by people who are unable to meet their basic living needs for a extended period of time and maybe this support can be offered in an institution as residential homes do. However, care costs provided by social systems are growing steadily in developed countries as a result of some needs and demand factors, such as the ageing and longevity of population. Additionally, another key element is the decreasing possibilities of informal care provided by families, which has a strong role on the provision of this sort of related care. On this background, this paper explores some of the current trends in the mix of public and private services and considers from the economic point of view some of the lines of analysis to explain the economic and financial profile welfare services in this context. So that, the first part summarises the current state of this debate and focus on the demographic aspects. Also the study examines the various welfare agents belonging to several institutional sectors. The basic argument is that, in Spain, social policy decisions related to social services, its implementation and regulation about social services are decentralised to the regional authorities. The decision-making autonomy in the field of health and social care for the elderly creates a strong heterogeneity in the regulations in the various regions. Last but not least, one of the features of welfare mix is that private enterprises, public sector and private non-profit organisations supply the long-term care for the elderly. We show the results obtained with the application of a descriptive financial analysis based on ratios to data from the period 2000-2002, taking as reference the relative information to a sample integrated in the industry of residential home services in Castilla y León. Finally, several proposals for the future are mentioned.

Key words: long-term care, welfare mix, financial analysis, ratios

ÍNDICE

1. Planteamiento estructural y esquema de la investigación.
2. Dependencia y cuidados de larga duración. Marco conceptual y estado de la cuestión.
 - 2.1 Una aproximación al concepto de dependencia.
 - 2.2 Los cuidados de larga duración.
3. Características sociodemográficas. Envejecimiento poblacional, longevidad y dependencia.
 - 3.1 Referencia a la situación demográfica en España y en Europa.
 - 3.2 Situación demográfica en Castilla y León.
 - 3.3 Salud y cuidados de larga duración para mayores dependientes.
 - 3.4 La soledad y las personas mayores.
 - 3.5 La dependencia en personas mayores en España y en Castilla y León.
4. La oferta de servicios de larga duración. Análisis institucional.
5. Delimitación del modelo centro residencial.

6. Aspectos económico-financieros de la oferta de cuidados de larga duración.
 - 6.1 Dimensión económica y financiera de los sistemas de servicios sociales de atención a la dependencia.
 - 6.2 Demanda y precios de servicios residenciales.
 - 6.3 El enfoque del bienestar social.
 - 6.4 Costes en las residencias públicas. Nuevas fórmulas de gestión en el sector público para la atención a personas con dependencia.
 - 6.5 El papel del sector privado no lucrativo en la atención residencial.
 - 6.6 La provisión de atención residencial desde el sector privado empresarial.
 - 6.7 Perfil económico y financiero de las empresas de servicios de atención residencial en Castilla y León.

7. Conclusiones.

Bibliografía.

1. PLANTEAMIENTO ESTRUCTURAL Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

El fenómeno de la dependencia no es nuevo, puesto que personas que presentan situaciones de dependencia de terceros para la realización de actividades cotidianas han existido siempre. Lo realmente significativo de la época actual es la dimensión que hoy en día alcanza esta cuestión, y sus profundas consecuencias socioeconómicas. Además, la evidencia estadística de los datos demográficos indica que es posible prever una tendencia creciente en el número de personas dependientes en nuestro entorno inmediato durante las próximas décadas. En el contexto de las sociedades actuales, muchas de las cuestiones que emergen al primer plano del debate socioeconómico tienen raíces comunes con el fenómeno de la dependencia de las personas mayores, configurándose en torno a vectores como la aceleración de las transformaciones sociodemográficas, el deslizamiento de la estructura productiva hacia el sector servicios, el fenómeno de la globalización y las corrientes migratorias o los cambios en las necesidades y demandas de los ciudadanos.

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en casi 1,6 millones de hogares viven ahora cerca de dos millones de españoles mayores de 65 años (lo cual supone casi el 26% de este segmento de edad, que ahora son 7,2 millones y que a mediados de siglo serán casi 13 millones, alcanzando un 4,5% sobre la población total en España) cuyas condiciones encajan en la definición del Consejo de Europa sobre la dependencia de 1998⁹: *“estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de ayudas o de asistencias importantes para la realización de las actividades de la vida diaria”*. Ya en 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS)

⁹ Recomendación n.º (98) 9, adoptada por el Comité de Ministros de 18 de septiembre de 1998.

establecía un concepto de dependencia en los siguientes términos: *“la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal (asearse, vestirse, comer, beber y cuidar del propio bienestar)”*. Para completar este primer acercamiento al marco conceptual del fenómeno de la dependencia, y puesto que el ámbito del presente estudio se centra en la situación de la Comunidad de Castilla y León, parece conveniente señalar como en la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León¹⁰ se entiende por dependencia *“la situación en la que se encuentra una persona mayor que, por disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o sensorial, precisa ayuda para las actividades de la vida diaria y/o protección o supervisión de sus intereses”*.

El envejecimiento de la población y la inversión de la forma de la pirámide de edades son características comunes en casi todos los países europeos. El aumento de la población de mayores es una señal del desarrollo de un país, puesto que quiere decir que acceden a un rango de edades elevado generaciones bien alimentadas, con salud, sin graves riesgos de enfermedades graves o de catástrofes masivas. Así, durante los últimos veinte años, en los países desarrollados se ha producido un aumento espectacular en el número de personas mayores, lo cual conlleva como consecuencia un previsible incremento de los recursos públicos y privados destinados a satisfacer las demandas de los mayores, los cuales, como sector de población, adquieren notable importancia económica y social, debido a que su proporción aumenta respecto al conjunto de la población. Dicho incremento es en parte debido al descenso de la natalidad, pero sobre todo se produce por el incremento de la esperanza de vida, ya que un rasgo esencial de la sociedad actual es el aumento muy

¹⁰ Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León, BOCYL 8 de abril de 2003.

importante que se produce de las personas longevas y muy longevas. La mejora en las condiciones de vida de la población, derivada de los avances médicos, de la universalización de las prestaciones sanitarias o de las mejoras en las condiciones de higiene, han elevado la calidad de vida y la longevidad hasta horizontes desconocidos en épocas anteriores. Por ejemplo, de acuerdo al “Informe sobre la situación demográfica en España” de la Fundación Abril Martorell, en la década de 1901-1910 la esperanza de vida de un ciudadano español apenas alcanzaba los cuarenta años, los índices de mortalidad infantil eran sobrecogedores y escaseaban los ancianos. Por el contrario, a finales de siglo las expectativas de vida se sitúan en torno a los ochenta años.

El envejecimiento de la población no es un problema en sí mismo, puesto que, desde siempre, vivir más años ha sido una aspiración del ser humano, pero plantea retos importantes a la hora de asegurar una calidad de vida para esos años. El bienestar de este grupo de población depende en gran medida del consumo de bienes y servicios que atengan a sus necesidades, las cuales se ven incrementadas por el propio proceso evolutivo. La prolongación de los años de existencia de un sector de la población se constituye en un reto social de primera magnitud, al plantear la necesidad colectiva de asegurar la extensión de la calidad de vida y del bienestar durante esa etapa vital.

Por ello, en la última década, puede constatarse cómo accede al primer plano de la agenda de distintos niveles institucionales el debate sobre las profundas consecuencias socioeconómicas del envejecimiento y del cambio demográfico, cuestiones que asimismo empiezan a calar en la conciencia de la opinión pública, en su expresión práctica de mantenimiento de los niveles de bienestar social, sobre todo durante la etapa vital en la que se manifiestan mayores necesidades de asistencia

asociadas habitualmente a la edad. Si asumimos que el bienestar social se corresponde con un nivel elevado de satisfacción de necesidades de la población, la estructura demográfica de una sociedad ha sido una referencia fundamental en el diseño y puesta en marcha de buena parte de los servicios del bienestar, ya que aquellos recursos sociales cuyo tradicional proveedor es el estado (pensiones, sanidad o servicios sociales) se encaminan hacia aquellos segmentos de población que mayores potenciales de necesidades no cubiertas presentan. El bienestar de este colectivo de población mayor se ve condicionado por el propio proceso evolutivo, propiciando la aparición de situaciones de deterioros funcionales o achaques que están estrechamente vinculados a la edad avanzada, ya que, frecuentemente, las personas según van envejeciendo suelen necesitar más asistencia y cuidados. En la medida en que las personas viven más tiempo y la población se hace más longeva, también se ve incrementado el número de individuos que no podrían vivir dignamente sin asistencia (Baltes y Mayer, 1999; Ikegami y Campbell, 2002). Son los integrantes de lo que se ha dado en llamar “cuarta edad”, mayores que añaden a los achaques típicos de la edad otros problemas de dependencia. La dependencia no solamente se produce en mayores de 65 años, también por debajo de esa edad existen personas con discapacidad que precisan apoyos. Pero los datos indican como la discapacidad afecta al 32,2% de los mayores de 65 años y alcanza a más de la mitad de los mayores de 80 años. En la figura 1 se muestra la prevalencia de la discapacidad en las personas por tramos de edades.

Figura 1. Prevalencia de la discapacidad por tramos de edades en España, 1999.

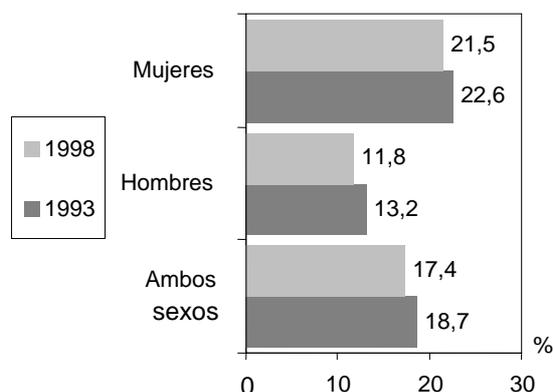
Edad (años)	Número	Prevalencia (tanto por mil)	
<6	49.576	22	
6-9	29.783	19	
10-15	38.501	15	
16-19	44.290	20	
20-24	59.048	19	
25-29	78.275	24	
30-34	107.631	33	
35-39	115.171	38	
40-44	115.080	42	
45-49	135.075	55	
50-54	170.834	73	
55-59	210.962	106	
60-64	301.342	154	
65-69	386.338	190	
70-74	457.269	264	
75-79	476.926	369	
80-84	370.701	475	
>84	381.418	636	
Total	3.528.220	90	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

En un primer acercamiento, puede decirse que la aparición de la dependencia está íntimamente ligada a la pérdida de facultades debido a problemas de salud, entendidos en el sentido más amplio, o de pérdida de autonomía, por limitaciones físicas, cognitivas o funcionales. Gran parte de la dependencia viene motivada por la carencia de capacidad de autogobierno, y no sólo por la falta de autonomía funcional. Pero las causa de la aparición de la dependencia son múltiples y complejas; así, existen situaciones de dependencia funcional, casi exclusivamente en varones que, ante la pérdida de la pareja y la emancipación de los hijos, no se encuentran preparados para desenvolverse por sí mismos en tareas cotidianas (hacerse la comida, por ejemplo), respondiendo a un estereotipo que en algunas generaciones sigue vigente hoy en día.

La principal consecuencia de la aparición de una situación de dependencia es la necesidad de asistencia y apoyo para el desarrollo de rutinas de la vida diaria. Muchas de estas necesidades se han solventado tradicionalmente a través de las redes familiares y del cuidado informal, sin llegar a articularse como demandas fuera de ese ámbito. La longevidad y los avances médicos han contribuido a dotar de buena calidad de vida a personas que alcanzan unas edades que generaciones anteriores ni podían soñar, pero también a alargar los períodos en que aparecen niveles de dependencia mayor o menor, que antaño eran más infrecuentes y mejor asumidos por las familias. No obstante, el envejecimiento de la población es compatible con la evolución hacia menores tasas de problemas de dependencia, lo cual apoya la teoría de la "compresión de la morbilidad": los estilos de vida más saludables y los avances en tecnología médica retrasan la aparición de dependencia a edades más avanzadas, como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Prevalencia de los problemas de dependencia, por sexos, en 1993 y 1998.



Fuente: Casado y López Casasnovas (2001).

Distintas fuentes estadísticas disponibles muestran una batería de datos sobre la población con problemas de dependencia que en los últimos tiempos han sido ampliamente analizados desde diferentes perspectivas, con el objeto de planificar

recursos y servicios. Los resultados obtenidos por la investigación social permiten avalar la idea de que, en España, los mayores dependientes, que cada vez son más, y de acuerdo a las expectativas demográficas aumentarán en el futuro próximo, siguen siendo atendidos mayoritariamente por la familia, pero muy en particular por las mujeres, lo que sin duda afecta a las expectativas laborales de la población femenina. El problema puede tornarse dramático en el caso de personas dependientes afectadas por enfermedades degenerativas que implican deterioros cognitivos, tipo alzheimer y otras demencias similares, cuyos cuidados pueden desarticular al entorno familiar, ya que estas patologías dificultan gravemente la comunicación y la convivencia del mayor en el seno familiar, porque exigen atención constante, añadiéndose que la irreversibilidad del estado se prolonga en el tiempo, con efectos demoledores sobre los cuidadores, o, para ser más precisos, las cuidadoras.

Pero la situación actual de incremento desmesurado de necesidades de atención relacionadas con la dependencia no solamente ha cogido con el paso cambiado al cuidado informal que prestan las familias, sino que los cambios demográficos, económicos y sociales de los últimos veinte o veinticinco años han tenido, y seguirán teniendo en los próximos tiempos, una profunda influencia sobre los sistemas de protección social. Convencionalmente, la política social atiende a necesidades colectivas o privadas de consumo preferente (Sajardo, 1996). Los servicios sociales, como herramienta de la política social aglutinan gran parte de las actuaciones de atención a personas mayores, integrando una serie de respuestas técnicas orientadas a prevenir carencias, a rehabilitar a sujetos que ya presentan necesidades y a la acción asistencial de cobertura y de apoyo a las personas y a su entorno. Sin duda, el envejecimiento poblacional y el aumento espectacular de la longevidad y sus repercusiones sobre los sistemas de servicios y cuidados es un factor de primera línea que sitúa en el primer plano a los problemas socioeconómicos a los cuales se

enfrentan los sistemas de servicios sociales. En este sentido, la dependencia es un fenómeno emergente que desborda y distorsiona la capacidad de respuesta de los servicios sociales clásicos, ya que los recursos actuales se revelan como insuficientes o inadecuados, mientras que las personas que padecen necesidades relacionadas con la dependencia y sus familias requieren de una respuesta global, integral, eficaz y de calidad.

La posición de los sistemas de servicios sociales frente a estos retos plantea algunos temas cruciales. En primer lugar, conviene resaltar como estos sistemas, en los cuales se integran muchos de los recursos cuyo objeto central es prestar atención a personas mayores, se encuentran descentralizados administrativamente, con una base autonómica. En su desarrollo diferente, esto puede dar lugar a una gran disparidad en los niveles de atención en función de los territorios. Además, para atender a aquellos casos donde el sector público no llegaba, se han organizado mercados regionales con diferentes grados de expansión. Las políticas sociales, la determinación de los niveles de acceso a una prestación y los medios concretos configuran un mapa de desigualdades que puede observarse en el recorrido por las diferentes comunidades. Por otro lado, la distancia respecto a nuestros socios europeos llega a ser sensible, sirviendo como ejemplo que España destina el 0,5% del Producto Interior Bruto (PIB) a ayudas familiares, frente al 2,2% en la Unión Europea de los quince, de acuerdo a los datos de Eurostat (Durán, 2000).

En todo caso, entendemos que el problema nuclear que a corto plazo se presenta es el financiero, puesto que los planes o las estrategias se quedan en papel mojado si no existe financiación suficiente. Las necesidades crecientes, que como se ha planteado en estas líneas introductorias, parecen patentes, no se transforman automáticamente en demandas, por un problema en muchos casos de solvencia del usuario, que se ve

imposibilitado para sufragar la contraprestación por los servicios que requiere, y que se relaciona con los altos costes que pueden implicar prestaciones continuas o altamente especializadas en aquellos casos en que la severidad o complejidad de las situaciones de dependencia demandan cuidados que escapan a las posibilidades del entorno familiar. El recurso al incremento del gasto presupuestario público parece una opción a descartar, puesto que en el escenario de contención del déficit implicaría la obtención de nuevos ingresos de la imposición general. Algunas voces autorizadas señalan que, dada la naturaleza de los servicios personales que es preciso sufragar, el balance se equilibraría con el llamado “seguro de dependencia”. Sin embargo, y con el objeto de evitar un incremento de las desigualdades territoriales, la implantación de un seguro de dependencia parece que debería tener, a nuestro juicio, un carácter estatal que evitase situaciones discriminatorias entre ciudadanos, mientras que las principales competencias en la prestación de cuidados de larga duración residen en las administraciones de la comunidad autónoma, como anteriormente se ha indicado. Ciertas propuestas innovadoras sugieren utilizar como mecanismo financiero un tributo que tradicionalmente ha recibido una cierta contestación, como es el impuesto de sucesiones, en razón de encontrarse descentralizado en el ámbito de las comunidades autónomas.

Evidentemente, todas las cuestiones relativas a la relevancia adquirida por el fenómeno de la dependencia han atraído un significativo interés institucional en el diseño de las políticas públicas y en la planificación de los recursos. A escala nacional, existe una Recomendación del Defensor del Pueblo del año 2000, que se apoya en el informe sobre “La atención sociosanitaria en España”. En el Pacto de Toledo suscrito en el año 1995 ya se reconocía la necesidad de incrementar los recursos de los servicios sociales para hacer frente al reto asistencial derivado del envejecimiento, y posteriormente se plantea la necesidad de desarrollar una política integral de atención

a la dependencia en el “Acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social” de 3 de abril de 2001 y en las “Recomendaciones adicionales del Pacto de Toledo” de 2 de octubre de 2003. En 2004, se ha anunciado la intención de aprobar con carácter inmediato una ley de atención y protección a personas dependientes, aunque en el proyecto de presupuestos del estado para 2005 no figura cantidad alguna para dotar los recursos necesarios para la puesta en marcha o ampliación de los recursos que demandaría su aprobación.

En el ámbito institucional de la Unión Europea, el debate sobre la dependencia y los cuidados de larga duración se ha producido de una forma más tardía en el tiempo respecto a otras áreas de la protección social como la inclusión social o las pensiones (Pérez Menayo, 2003). En el marco de la reflexión sobre las medidas precisas para hacer frente a los desafíos del envejecimiento de la población, el Consejo Europeo de Gotemburgo señaló, en junio de 2001 la necesidad de elaborar un informe inicial sobre orientaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria y de la atención a los mayores. Así, la Comisión Europea elaboró la Comunicación “El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera”¹¹ con el fin de dar respuesta al mandato otorgado por el Consejo Europeo de Gotemburgo. En dicho documento se acentúa la opción por la existencia de una protección de calidad contra el riesgo de enfermedad y de dependencia como un objetivo fundamental que ha de protegerse para adaptarse a los retos de los nuevos tiempos, y en particular a los derivados del envejecimiento demográfico.

¹¹ COM (2001) 723 final.

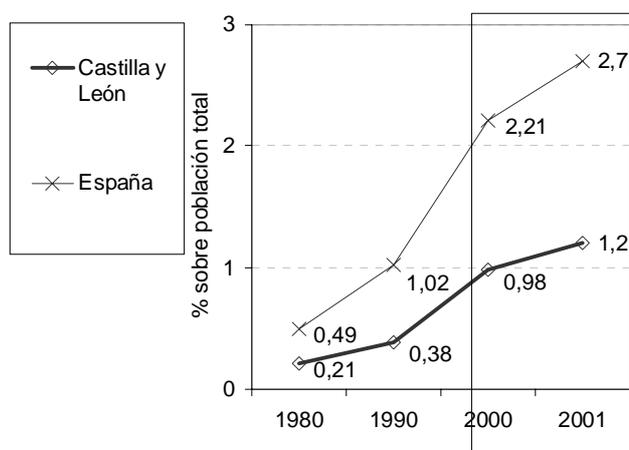
En esta Comunicación se señala que los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración en la Unión Europea tienen ante sí el reto de alcanzar al mismo tiempo tres objetivos: el acceso de todos los ciudadanos, independientemente de los ingresos o el patrimonio; un alto nivel de calidad de la asistencia y la sostenibilidad financiera de los sistemas asistenciales. Asimismo, se alcanzó el compromiso de que los estados miembros realizaran estudios y análisis sobre cuestiones relacionadas con la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera de los cuidados de larga duración. En este sentido, el Comité de Protección Social, en cooperación con el Comité de Política Económica, presentó un cuestionario a los entonces estados miembros para recopilar información sobre cómo abordan los tres objetivos establecidos en el informe orientativo inicial. No puede obviarse que la organización y financiación de los sistemas de protección social son competencia de los estados; no obstante, el marco general del entorno actual presenta rasgos comunes a casi todos los países, en un contexto en el cual intervienen numerosas políticas comunitarias, lo cual justifica el desarrollo de una cooperación europea en esta materia.

El fenómeno de la dependencia representa uno de los grandes retos para la Europa del siglo XXI y comportará, como ya se está observando, un profundo replanteamiento de los sistemas de protección social actuales. Pero también presenta oportunidades, como la capacidad de generar riqueza y empleo en uno de los ámbitos económicos que en su momento fue identificado por la Unión Europea como uno de los “yacimientos de empleo”¹² más claros entre los que conforman los servicios de proximidad. Además, es previsible que gran parte de estos nuevos empleos podrían ser ocupados justamente por los sectores que más difícil tienen el acceso laboral hoy

¹² Véase el Libro Blanco de 1993 de la Comisión Europea “*Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI*”.

en día: mujeres de mediana edad y parados de larga duración. Por otra parte, muchos de estos trabajos que requieren una menor cualificación están siendo ocupados por inmigrantes, teniendo en cuenta el crecimiento experimentado por este colectivo en los últimos años (véase figura 3).

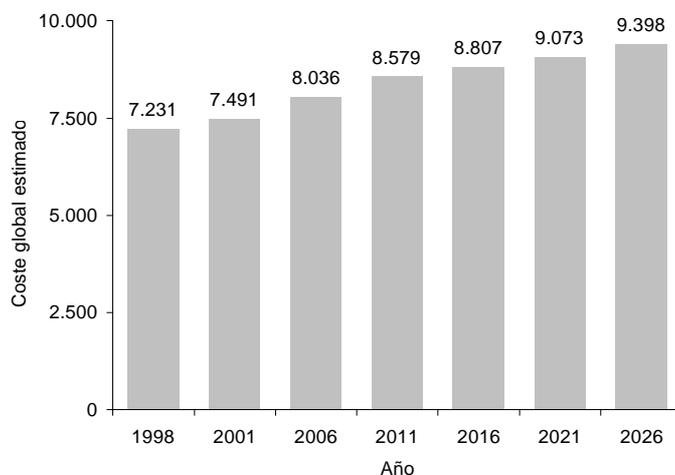
Figura 3. Evolución del porcentaje de extranjeros residentes. Comparación España y Castilla y León, 1980-2001.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

Por lo tanto, el aumento de la demanda de cuidados de larga duración que precisa recibir una cierta proporción del colectivo de las personas mayores debido al deterioro de alguna o varias capacidades funcionales puede permitir dinamizar el sistema económico al impulsar mercados de servicios sociales que hasta el momento mostraban escasa presencia. La Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) estimaba en 2001 que el 14,4% de la población mayor de 65 años en España, es decir, unas 967.000 personas, contaban con algún problema de dependencia, de los cuales, a su vez, el 56% precisaba de atención personal. Proyectando la evolución de las necesidades para las próximas décadas, en términos de coste, se obtendría la representación de la figura 4.

Figura 4. Proyección del coste de atención a la dependencia (en millones de euros).



Fuente: UNESPA (2001).

Evidentemente, la atención a la dependencia abre una serie de cuestiones muy diversas que en los últimos tiempos han sido abordadas desde diferentes perspectivas por la investigación socioeconómica: la estimación del número de personas dependientes, los modelos de servicio, la conveniencia de implantar un seguro de dependencia, la posibilidad de compensar a familias que cuiden de los mayores dependientes, los precios que el sector público debe establecer por los servicios y su relación con el coste de los mismos, la combinación o mezcla de servicios sociales y sanitarios que los usuarios puedan requerir, etc. Estos son solamente algunos de los muy variados aspectos que encierra este fenómeno social.

El esquema de la presente investigación pretende concretar el alcance de este fenómeno social en Castilla y León y explorar los aspectos sociales, económicos y financieros, aportando información sistematizada que pueda ser útil para la adopción de decisiones en diferentes niveles institucionales en el ámbito de los cuidados de larga duración para la atención a personas mayores dependientes, aunque sin

detenerse en abordar el diseño de políticas concretas, acotándose a ofrecer un marco descriptivo de la situación. Así, desde diferentes niveles de análisis vinculados metodológicamente a aspectos sociales y económico-financieros, este trabajo se va a articular en torno a las siguientes cuestiones. En primer lugar, se define la dependencia como fenómeno social, y se exploran sus factores explicativos y las necesidades de cuidados de larga duración. Posteriormente, se realizan distintas aproximaciones, desde un prisma sociodemográfico a las magnitudes que alcanza la dependencia en personas mayores en Castilla y León. A continuación se analiza la oferta y los modelos de servicio, con especial incidencia en la provisión informal de cuidados familiares y el análisis de la atención residencial, recurso más habitual de asistencia en los casos más severos. Por último, se realiza una aproximación económico-financiera a la realidad residencial de Castilla y León, desde una óptica microeconómica. Las conclusiones pretenden conectar los resultados de los apartados recorridos previamente, con el fin de conseguir una comprensión lo menos ingenua posible de la realidad.

2. DEPENDENCIA Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. MARCO CONCEPTUAL Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.

2.1 Una aproximación al concepto de dependencia.

La dependencia es un concepto de amplia utilización en el campo profesional de la gerontología, que cada vez aparece más asiduamente en el vocabulario de otros ámbitos de conocimiento. Al referirse a la dependencia, es frecuente encontrar en el ámbito de la literatura técnica y científica el uso de términos semejantes en distintos contextos a los cuales se les suele asignar significados diferentes que pueden dar lugar a confusión.

En una sencilla aproximación, la dependencia supone un estado en el que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades cotidianas. Asimismo, la dependencia también puede presentarse o verse agravada por la ausencia de integración social, de relaciones solidarias, de entornos accesibles o de recursos económicos adecuados para la vida de las personas. En este sentido, la definición más extendida es la del Consejo de Europa¹³, que considera dependiente a la persona que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. Este concepto de dependencia contiene como características fundamentales la limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un

¹³ Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998.

tercero y la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social y de recursos económicos que permitan desarrollar una vida de acuerdo a los estándares sociales.

Siguiendo alguno de los modelos analíticos que desde la perspectiva gerontológica abordan el tema de la dependencia, la complejidad de este fenómeno se puede enfocar desde tres directrices fundamentales: la multidimensionalidad, la multicausalidad y la multifuncionalidad (Horgas et al., 1996).

- La multidimensionalidad se encuentra implícita en la definición de dependencia, donde se podrían distinguir hasta cuatro dimensiones: física, mental, social y económica. La medición de la dependencia en términos físicos y mentales utiliza habitualmente escalas de referencia. Es una valoración de tipo profesional e indicativa del tipo de servicio requerido, que se realiza normalmente en el momento del acceso a los servicios de atención en sistemas que implantan mecanismos de “prueba de necesidad”, como, por ejemplo, la puntuación otorgada para el acceso a una plaza residencial pública.

Pero por muy importantes que sean, las capacidades físicas y mentales son sólo una parte de los determinantes relacionados con la dependencia, por lo cual parece conveniente incorporar variables que incorporen un enfoque más global. Así, la variable social se refiere a la capacidad funcional y de interrelación de las personas como miembros de una comunidad. Por ejemplo, este tipo de dependencia suele sobrevenir a personas que repentinamente se quedan solas (viudez) y no sean capaces por si mismas de prepararse la comida.

La dependencia económica suele estar relacionada con indicadores de renta per capita, referidos a los recursos de que disponen las personas para satisfacer sus necesidades y que les permiten participar significativamente en el ámbito económico y social de acuerdo con los estándares sociales establecidos.

Conforme a esta idea de multidimensionalidad, se establecen diversos niveles o grados de dependencia, según su afectación total o parcial y según la combinación de cada una de las dimensiones.

- De acuerdo al parámetro de multicausalidad, la dependencia no se identifica necesariamente con las personas mayores. Como muestra la realidad, no todos los mayores son dependientes y hay personas dependientes que no son mayores.

- Asimismo, la dependencia es multifuncional, pudiendo afectar a una o varias funciones básicas para que la persona pueda desenvolverse adecuadamente en su entorno. Dependiendo de la función concreta que se vea afectada, no toda situación de dependencia tiene un carácter general de irreversibilidad, puesto que los procesos de dependencia son dinámicos. Aunque la tendencia general es que se produzca una pérdida progresiva de la capacidad a medida que aumenta la edad, los deterioros o pérdidas no son irreversibles en todos los casos. Algunas personas mayores pueden recuperarse de las pérdidas y volver a disfrutar de las capacidades funcionales perdidas. Por consiguiente, la duración y el tipo de cuidados que se necesitan son, con frecuencia, indeterminados, y requerirán respuestas adaptadas a cada caso.

La cuestión de la dependencia puede ser analizada y estudiada desde diferentes niveles, que implican distintas metodologías. El macronivel de análisis normalmente está relacionado con el diseño de las políticas públicas y el papel del estado del

bienestar (Baltes y Silverberg, 1994) y suele enfocarse desde aspectos cualitativos. El nivel de análisis intermedio se plantea estudiar, por ejemplo, la cobertura de necesidades básicas con la atención residencial, o, desde aspectos más cualitativos, los cambios en el modelo residencial (Moos et al., 1987). El micronivel de análisis suele centrarse en la interacción de conductas y del ambiente social de las personas mayores dependientes o de sus cuidadores, normalmente enfocado desde las disciplinas conductuales.

En el intento de evitar algunas confusiones, en primer lugar reflexionaremos brevemente sobre el significado que damos a algunos términos relacionados con la dependencia, contextualizando alguno de ellos, como pueden ser los términos calidad de vida, autonomía o servicios sociosanitarios.

Calidad de vida es un término ambiguo, que en el imaginario popular suele identificarse como “vivir bien”, y que en muchos casos se muestra como una evolución de ese concepto genérico de “bienestar social”. En relación con la medida de la calidad de vida de las personas mayores suele destacarse la importancia de un enfoque fenomenológico enmarcado en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación con sus propios objetivos existenciales. La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores, pero también las capacidades físicas o factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad afectan a la calidad de vida. La vivienda y un entorno adecuado tienen una influencia positiva en la calidad de vida, así como la privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.

A menudo se conceptúa a la dependencia como falta de autonomía en cierto grado para las actividades de la vida diaria, lo cual implica la necesidad de apoyos externos con carácter permanente (Sánchez Fierro, 2003). Aunque el término autonomía suele hacer referencia habitualmente a la capacidad mental de una persona en la toma de decisiones respecto a su propia vida, no puede obviarse que a menudo se identifica también con la independencia funcional que se manifiesta cuando un individuo no necesita ninguna ayuda personal ni técnica para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

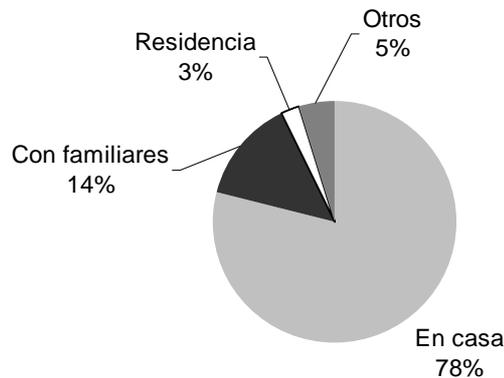
La atención sociosanitaria se caracteriza por la confluencia de dos tipos de necesidades, las derivadas de una dependencia funcional que comporta la necesidad de apoyo externo para la realización de las actividades de la vida diaria y las que por causa de enfermedad o deterioro cognitivo requieren de tratamientos clínicos de carácter rehabilitador, crónico, paliativo o subagudo. De la existencia de unas necesidades sociosanitarias en un individuo, simultánea o sucesivamente en el tiempo y del hecho de que, en su expresión práctica, los sistemas sanitario y de servicios sociales se encuentren separados a efectos de organización, surge el concepto de “continuo de cuidados” o “continuidad asistencial”, que permite asegurar a la persona una asistencia adaptada a la evolución de sus necesidades de salud, personales y familiares.

Cuando los apoyos a la dependencia se prestan a través de servicios formalizados que se ofertan para las personas mayores, como en el caso más representativo de recurso asistencial, que es la residencia, la asistencia sanitaria suele estar incorporada a la asistencia social. En otros recursos sociales de base o intermedios, la prestación sanitaria suele suministrarse a personas dependientes que siguen residiendo en su entorno habitual, esto es, en sus hogares, ya que como bien indica su denominación

en inglés, “cuidados en la comunidad” (*community care*), este tipo de servicios sociales tienen como primordial objetivo mantener, en la medida de lo posible, a las personas mayores dependientes en su entorno habitual.

Una de las cuestiones que conviene resaltar es que, en el caso de la utilización del recurso residencial se produce inevitablemente un desarraigo de las personas mayores dependientes, al implicar que éstas abandonen su casa, y pasen a residir, habitualmente con carácter permanente en otra institución cerrada (por eso en inglés de este tipo de servicios se conoce como *institutional care*). La residencia suele ser considerada como el último recurso, ya que normalmente los clientes y usuarios prefieren en la medida en que sea posible recibir atención en su propio domicilio (véase figura 5, que sugiere que un 92% quiere seguir en su entorno, sea en su casa o con familiares). Además de este componente social, cuando el nivel de dependencia no es elevado, la permanencia en el entorno permite optimizar los recursos desde la vertiente económica. Desde el punto de vista de la oferta, inevitablemente los costes soportados han de ser menores, ya que se elimina el componente hotelero del proceso de producción del servicio, con lo cual se puede disminuir el precio final de la prestación, si es que existe tal precio, o bien las necesidades de financiación del servicio si este se sufraga de forma colectiva.

Figura 5. Lugar donde prefieren vivir en el futuro las personas mayores.



Fuente: Informe SESPAS (2003).

2.2 Los cuidados de larga duración.

En el contexto de la actualidad del fenómeno de la dependencia, emerge al primer plano del marco conceptual de los servicios del bienestar el término asistencia de larga duración, cuidados de larga duración o asistencia a largo plazo (que en muchos trabajos se denota por el acrónimo LTC, el cual corresponde a la expresión anglosajona *Long Term Care*) y que comprende aquellos actos de provisión de asistencia o ayuda a una persona necesitada, miembro de la familia, amigo o cliente, de forma altruista o remunerada, con la finalidad de permitirle mantener un nivel óptimo de independencia.

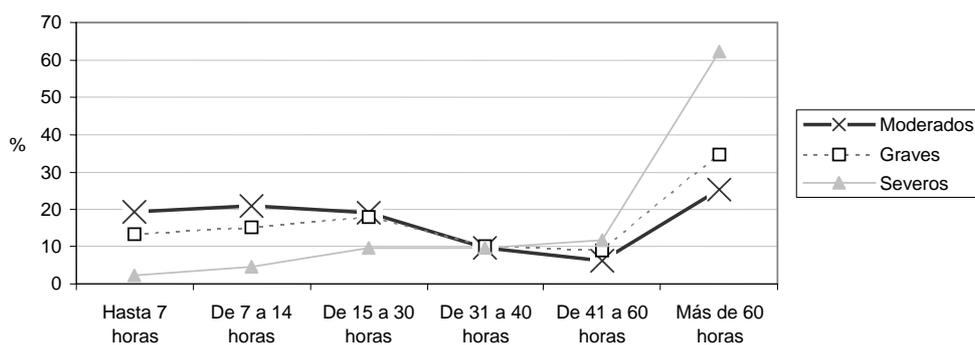
Los cuidados de larga duración serían, en un sentido amplio, todas aquellas actividades que se llevan a cabo con el propósito de que las personas mayores dependientes puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible acorde con sus preferencias individuales, con el máximo grado posible de autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. Los cuidados de larga duración

suponen recibir asistencia de otra persona o personas para desarrollar estas tareas cuando no puedan ser llevadas a cabo de forma independiente.

The New York State Insurance Department, líder en Estados Unidos en regulación de seguros y protección al consumidor, da una definición más amplia de cuidados de larga duración, incluyendo una amplia gama de ayudas médicas, personales y de servicios sociales necesitados por personas que son incapaces de cubrir sus propias necesidades básicas de vida durante un largo periodo de tiempo a causa de un accidente, enfermedad o debilidad. Estos servicios y ayudas están orientados a minimizar, rehabilitar o compensar la pérdida de independencia física o mental.

La necesidad que tiene una persona mayor de recibir cuidados de larga duración está influenciada por el deterioro de las capacidades funcionales, físicas, mentales o cognitivas, o de varias a la vez, como se puede apreciar en la figura 6.

Figura 6. Número de horas de cuidados personales del cuidador principal por semana según niveles de dependencia.



Fuente: Rodríguez Cabrero (2003).

El esquema conceptual en que se basan estas definiciones se suele construir a partir de la diferenciación de dos categorías como son las actividades esenciales o básicas

de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. Las actividades esenciales de la vida diaria son las tareas rutinarias de la vida e incluyen alimentarse, bañarse (asearse), vestirse, movilidad, desplazarse (ejemplo: moverse de la cama a la silla), ir al servicio y mantener la continencia, mientras que las actividades instrumentales de la vida diaria son actividades adicionales necesarias para la propia independencia de la persona e incluyen las tareas de la casa, cocinar, tomar medicamentos, comprar la comida, etc.

Esencialmente, pueden distinguirse tres categorías de cuidados de larga duración, definidas principalmente por la tipología de servicios que ofrecen:

- Cuidados o asistencia cualificada o especializada. Es el nivel que ofrece servicios especializados de enfermería, reconstituyentes o de rehabilitación, o terapéuticos durante todo el día completo, realizados por profesionales cualificados y supervisados por un médico.
- Cuidados intermedios. Sería el mismo tipo de asistencia que la anterior, pero realizada sólo de forma intermitente u ocasional.
- Cuidados de custodia. Son aquéllos que ofrecen ayuda para actividades básicas de la vida diaria, pero que no implican un nivel de asistencia cualificada.

Los cuidados de larga duración incluyen variedad de actividades. La ausencia de complejidad en la prestación de algunas actividades que se incluyen en los cuidados de custodia permite que puedan ser provistos por el entorno familiar de la persona mayor dependiente. Así, por ejemplo, para preparar la comida y ayudar a comer a una persona dependiente, no se necesita tener una formación especializada ni unas herramientas específicas sofisticadas. Como los servicios prestados no requieren especial cualificación, esto da lugar a que puedan ser provistos de forma altruista por

familiares. Sin embargo, esta afirmación debe ser matizada en aquellos casos en que el grado de dependencia es elevado y se sostiene de forma prolongada en el tiempo, ya que la ayuda se requiere de un modo más continuado en el tiempo y los apoyos son más intensivos. La complejidad o severidad de las situaciones de dependencia demanda servicios formalizados de atención especializada. Esta frecuencia suele exigir que cuidador y persona mayor dependiente residan en el mismo lugar y es la que determina que el componente residencial sea de crucial importancia en los cuidados de larga duración (Stone, 2001), aunque también existan cuidados de larga duración técnicos de tipo médico. En este sentido, los cuidados de larga duración pueden integrar una amplia gama de tecnología de asistencia de tipo terapéutico.

La oferta de cuidados de larga duración puede instrumentarse a través de una provisión informal o formal. Las familias, en sentido extenso, y con unas características bien distintas a las que se estilaban hoy en día, han sido el soporte de cuidados y la fuente de apoyos casi con exclusividad hasta tiempos recientes. A lo largo de la historia, y en todas las sociedades siempre han existido personas mayores que han necesitado de la ayuda de otros para poder realizar las actividades cotidianas, aunque el fenómeno se manifieste actualmente con mayores niveles de intensidad. En el seno de las familias, la principal responsabilidad recaía sobre las mujeres, que se ocupaban del trabajo doméstico. Los recursos de la economía familiar soportaban la carga para hacer frente a los cuidados cuando estos implicaban un coste explícito. En la sociedad tradicional estas funciones eran desempeñadas mayoritariamente por familiares bien por tradición ancestral y lazos emocionales, bien por motivos abiertamente económicos relacionados con la herencia ya que los activos familiares solían tener la titularidad del cabeza de familia de más edad. Cuando la red familiar fallaba, actuaban los sistemas de beneficencia y de caridad existentes.

La construcción del estado del bienestar en los países desarrollados supuso un cambio en la responsabilidad de la atención a estas necesidades de apoyo a personas mayores con problemas de dependencia, apareciendo recursos formalizados de atención en el marco de los sistemas públicos. En un principio, fue en el ámbito de los países europeos escandinavos, a finales de los años sesenta, donde se origina un modelo en el cual el estado ocupa un lugar principal en la responsabilidad de los cuidados requeridos por las personas mayores dependientes (Kalish et al., 1998), con un enfoque universalista, que considera prioritariamente las necesidades frente a la situación económica y familiar. En otros países desarrollados, el enfoque básico presentaba un perfil marcadamente asistencialista, actuando el estado subsidiariamente cuando la persona mayor dependiente carecía de apoyos familiares y de medios económicos. No puede obviarse que la construcción de los estados del bienestar, posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, se produce en sociedades organizadas en función de una pirámide de edades diferente a la actual y de acuerdo a un modelo social también distinto. Los varones eran los responsables de contribuir con sus ingresos al mantenimiento de la unidad familiar, mientras que la mujer contribuía con tareas en especie entre las que se incluyen el cuidado de los niños y de los ancianos (Esping-Andersen, 1999).

De esta forma, en el incipiente estado del bienestar, el posible riesgo de dependencia en el seno de muchas unidades familiares podía seguir siendo cubierto satisfactoriamente dentro de ese entorno, sin que ello supusiera un sacrificio de bienestar o de ingresos familiares excesivos. Estos argumentos explicarían porque la introducción del “cuarto pilar en el estado del bienestar”, la atención a personas mayores dependientes, es reciente, sin que en el momento de gestación se considerase una acción prioritaria.

Son múltiples los factores que intervienen en que el riesgo de la dependencia emerja al primer plano del debate del estado del bienestar, variando en el tiempo de unos países a otros. Un elemento esencial para explicar este proceso es el progresivo envejecimiento demográfico que empezó a manifestarse ya en los años sesenta del siglo pasado. A comienzos de siglo XX había una persona mayor en España por cada 20 habitantes, en 1992 era ya una por cada diez, mientras que hoy en día suponen una por cada seis. En la actualidad, en Castilla y León cerca de un 20% de la población tiene más de 60 años, mientras que en provincias como Zamora ascienden al 28%. Pero otro elemento añadido, quizá de mayor importancia, es el incremento notable de la longevidad, del segmento de “mayores muy mayores”, hasta unos niveles inimaginables antaño, lo cual multiplica las situaciones de dependencia ligadas a las edades avanzadas. Un tercer factor explicativo sería la disminución de las posibilidades del apoyo informal a la dependencia, sustentado casi exclusivamente en los elementos femeninos del entorno familiar, al producirse una progresiva incorporación de las generaciones jóvenes de mujeres al mercado de trabajo.

Asimismo, desplazar un gran volumen de responsabilidades familiares hacia el ámbito público puede encontrar serias resistencias en los países de la Unión Europea, en un momento en que la mayoría de estados tenía problemas para acomodar los ritmos de crecimiento del gasto público a la evolución de los ingresos, motivo por el cual resultaba escasamente oportuno aumentar el conjunto de las funciones ya adquiridas al ritmo de las nuevas necesidades. Así, si hasta entonces familia y estado habían monopolizado la provisión de cuidados de larga duración a la hora de dar respuesta a las necesidades de las personas mayores dependientes, lo cierto es que el mercado de servicios sociales empieza a jugar un papel importante en la atención a la dependencia, adquiriendo protagonismo el sector privado no solamente en la provisión, sino también en la financiación de los servicios. De esta manera, hoy en día

cuatro sectores institucionales (familia, sector público, sector privado no lucrativo y sector empresarial) ejercen un papel en absoluto desdeñable, donde ninguna institución social tiene la competencia exclusiva en la provisión de cuidados de larga duración y donde los diferentes agentes se reparten distintas funciones (Soldo y Freedman, 1994).

No obstante, además de la cuestión de la responsabilidad de la provisión de los cuidados, hoy en día la pieza más visible que caracteriza el núcleo del problema de la organización de la atención a la dependencia en los distintos países reside en los aspectos financieros. En concreto, desde la perspectiva económica de los cuidadores, es decir, desde la vertiente de asignación de recursos escasos a necesidades, el planteamiento fundamental se orienta en torno a cuestiones relativas a quiénes sufragan y cómo se sufragan los servicios. Antaño, la respuesta a estas cuestiones se producía de forma espontánea, cuando el principal actor responsable de los cuidados de larga duración era la mujer en el seno familiar, ya que tales cuidados conllevaban un coste, aunque no fuera explícito, en términos de coste de oportunidad: las mujeres, en tanto que cuidaban a los mayores, dejaban de hacer otras actividades que pudieran estar remuneradas. Cuando la prestación se instrumenta a través de los servicios formalizados, es cuando se plantea en su plena dimensión la cuestión de la suficiencia de recursos.

3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL, LONGEVIDAD Y DEPENDENCIA.

Los estudios sobre la dependencia se han centrado de manera generalizada y sistemática sobre un sector concreto de la población, la población mayor, ya que, sin duda, se trata del colectivo más representativo, aunque no el único. No obstante, aunque la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, es cierto que su incidencia aumenta con la edad, por lo cual parece correcto referirse, genéricamente, a las personas mayores dependientes.

Aunque la dependencia se asocie a las personas mayores, y la consideración de esta condición se sitúa convencionalmente en el horizonte de los 65 años, edad en la que se produce generalizadamente el abandono de la vida laboral, la revisión de la literatura existente en gerontología sugiere que los problemas de dependencia suelen estar asociados a los “mayores muy mayores”. De acuerdo a estudios gerontológicos de organismos como la OMS, y contrariamente a la visión más extendida, la mayor parte de las personas mayores, desde la jubilación y hasta los setenta o más años, no presenta diferencias sensibles, en ninguno de los indicadores de salud, con el grupo de las personas en edades previas a la jubilación comprendidas entre los cincuenta y los sesenta y cuatro años. Los deterioros de las habilidades funcionales, los achaques que limitan la autonomía de las personas, en la mayoría de los casos, comienzan a presentarse después de los ochenta años. Esto implica que la mayoría de las personas mayores hoy en día son personas autónomas y sin graves problemas sociales.

Son múltiples los factores concurrentes que explican el aumento de la demanda de cuidados de larga duración que requieren las situaciones de dependencia. De acuerdo

a la revisión de la literatura existente, podemos citar dos aspectos demográficos asociados al incremento de las situaciones de dependencia, como son el envejecimiento poblacional y el incremento de la longevidad. Parece oportuno entonces abordar el análisis de los rasgos demográficos más generales que caracterizan a las sociedades actuales, para descender posteriormente a una profundización que trace los perfiles de la población mayor, identificando de esta manera cuáles son sus necesidades de asistencia.

El fenómeno del envejecimiento y sus dimensiones en muchos países está originando un cambio social sin precedentes, que afecta a la evolución de la propia sociedad en general. El proceso de envejecimiento no siempre es lineal y uniforme en el tiempo, sino que su dinámica está condicionada por la estructura de la población. El envejecimiento está ligado al desarrollo, convirtiéndose las personas mayores saludables en un recurso para sus familias, para sus comunidades y para el sistema económico general. Pero como contrapartida, en la sociedad actual se ha producido una creciente demanda de recursos y programas de atención a las personas con problemas de dependencia asociados a la edad. La cuestión se plantea como problema colectivo no solamente por las dimensiones que alcanza el fenómeno del envejecimiento en territorios como Castilla y León, sino también por la arraigada conciencia de que, tanto desde la perspectiva ética como desde la económica, parece conveniente ayudar hoy a quienes ayer invirtieron sus esfuerzos en la construcción de la sociedad actual.

Existen diversas escalas para apreciar si una población se encuentra envejecida. Por ejemplo, siguiendo a Barea (1999), si el porcentaje de población que en la pirámide de edades supera los 65 años es menor de un 5% se considera que la población es joven; de tipo medio si se sitúa entre el 5% y el 10%; y envejecida cuando supera el

10%. El índice de Roset establece que si los mayores de 60 años son menos de un 8% se considera que la población es joven. Convencionalmente, suele estructurarse demográficamente a una población en torno a tres grandes grupos de edad que serían menores de 16 años, entre 16 y 64 años y mayores de 65, basándose en una relación funcional y productiva básica que segmentaría en tres categorías: estudiantes, trabajadores e inactivos.

Cuando en distintos países se estaba configurando el estado del bienestar, las poblaciones tenían una estructura de edad también distinta a la actual. En aquellos momentos, el envejecimiento demográfico no constituía un problema, ya que tras la Segunda Guerra Mundial, las tasas de natalidad habían experimentado un crecimiento espectacular (el *"baby boom"*) y la proporción de personas mayores de 65 años no llegaba al 10% de la población en ningún país. Asimismo, el peso poblacional de los mayores de 80 años, que concentran hoy en día el mayor número de personas dependientes, era hace unas décadas muy pequeño. Como consecuencia, el riesgo de contar con un volumen elevado de población con problemas asociados a la dependencia no figuraba en la agenda política como una seria amenaza para el desarrollo de las distintas sociedades.

En cuanto a la longevidad, hoy en día, en las sociedades que mayores niveles de renta y bienestar social han alcanzado se está experimentando un crecimiento considerable de las expectativas de vida humana sin precedentes en la historia, lo que origina que cada vez más personas lleguen a edades avanzadas, propiciando un crecimiento del número de personas mayores de las de más edad. El incremento en las necesidades de la población dependiente puede suponerse relacionado con la alta longevidad, más incluso que con el envejecimiento de la población. Así, el porcentaje de toda la población mayor de 65 años, con problemas de dependencia grave se sitúa

entre un 10% y un 20% en todos los países desarrollados según Dooghe y Appleton (1995); si nos referimos al grupo de personas mayores de 80 años, esta cifra se triplica o cuadruplica. Aunque la tendencia creciente de la población mayor pueda predecirse que se va a suavizar a comienzos de este siglo, es posible que continúe incrementándose el volumen de personas longevas de más de ochenta años. Además, el aumento de la longevidad acompañado con el importante descenso de la fecundidad acaecido durante los últimos treinta años genera una rápida transición hacia una población envejecida.

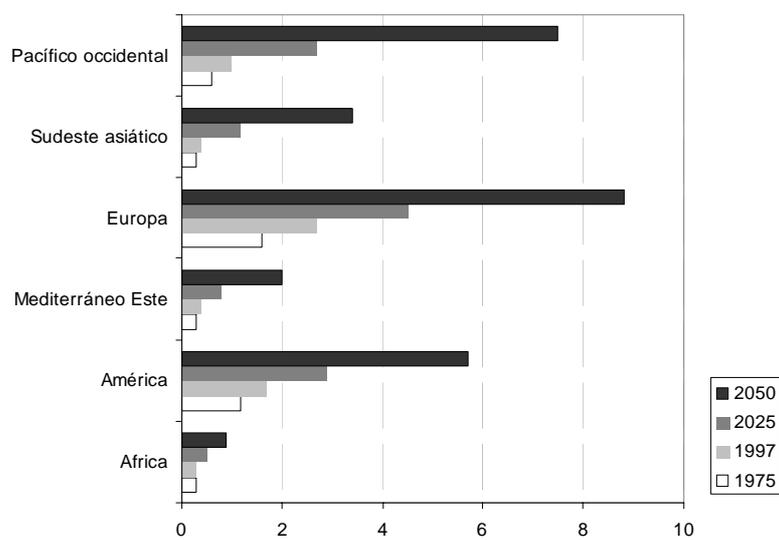
Tal y como se muestra en la tabla 1 y en las figuras 7 y 8, el envejecimiento de la población es un fenómeno global. Además, debido a su relación con el desarrollo económico y social, Europa lidera a nivel mundial el incremento de la proporción de la población de más de 65 años y de la población de más de 80 años. Dentro de Europa, los países que conformaban la Unión Europea, previamente a la última ampliación, mantienen una tendencia de envejecimiento de la población durante las próximas décadas que solamente se ve superada por Japón.

Tabla 1. Evolución de la media de edad de la población en la Unión Europea, Estados Unidos y Japón.

	1965	1995	2025
UE15	34,8	38,8	43,7
Estados Unidos	31,8	35,7	39,6
Japón	30,3	39,3	45,9

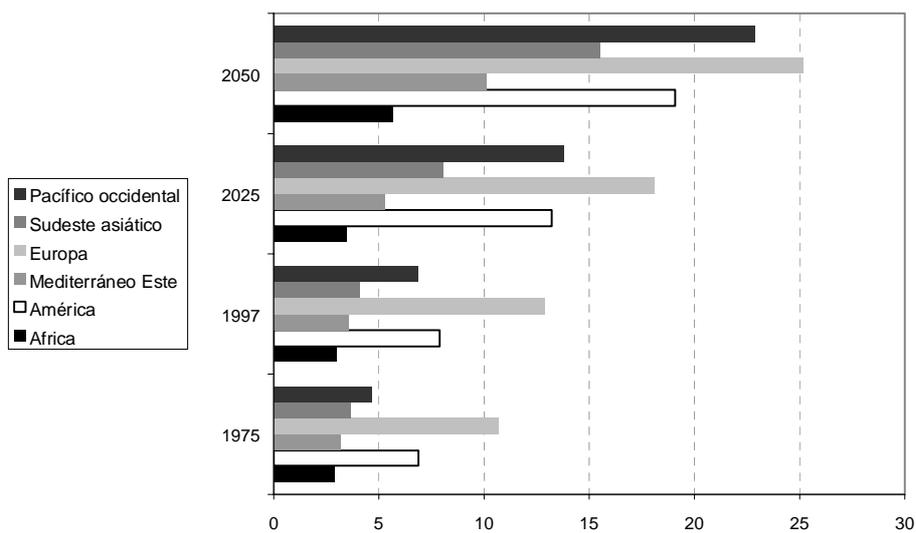
Fuente: OCDE (1998).

Figura 7. Porcentaje de personas mayores de 80 años sobre el total de la población y proyecciones.



Fuente: Walker (1999).

Figura 8. Porcentaje de personas de 65 y más años sobre el total de la población y proyecciones.



Fuente: Walker (1999).

3.1 Referencia a la situación demográfica en España y en Europa.

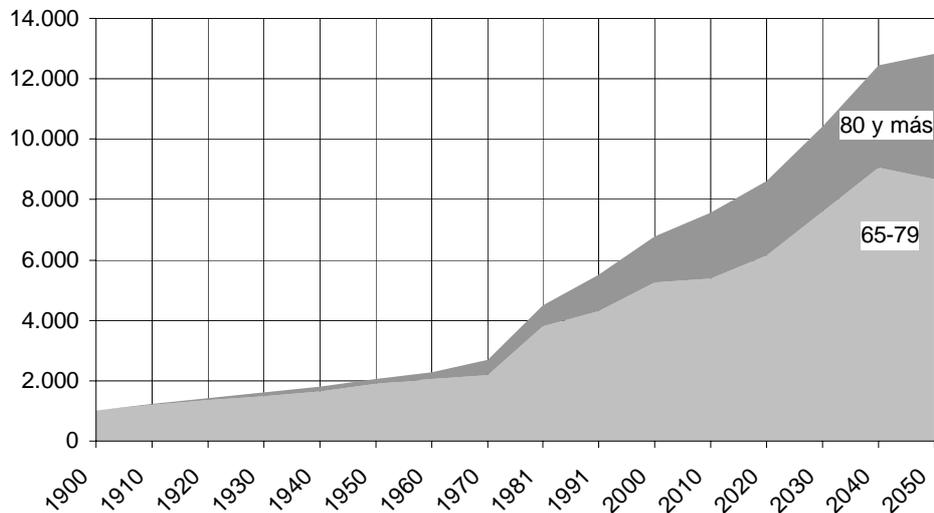
A lo largo del último siglo la población española ha visto aumentar sus expectativas de vida de forma constante. Según el informe “Las personas mayores en España: Informe 2002”, elaborado por el IMSERSO, el crecimiento medio de la población de edad ha sido siempre superior al del conjunto de la población y en los últimos años se ha incrementado todavía más. El porcentaje de mayores ha aumentado notablemente, y ya alcanza el 16,8% de la población española; la cifra de mayores ha aumentado siete veces en el siglo XX, mientras que el total de la población nacional se ha doblado; los octogenarios ya son más de 1.600.000 personas y se han multiplicado por 13, casi el 4% de la población total y el 23,2% de los mayores, pudiendo alcanzar a este ritmo en el año 2050 un 10% de toda la población española. La prolongación de la vida media de la población española, considerada en su conjunto, es un proceso imparable y desconocido en épocas precedentes. La esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años pasando de 73,3 años en 1975 a 78,7 años en 1998 (Puga, 1999). Los avances sanitarios, la mejora de las condiciones de vida, en la alimentación, los avances en las condiciones laborales, el incremento de la renta que las personas pueden destinar al consumo y al ahorro, la existencia de unos amplios sistemas públicos de protección social, etc. son factores que inciden significativamente en este hecho. Las implicaciones, por lo tanto, no suponen solamente un incremento cuantitativo en las cifras absolutas de personas mayores, sino también el aumento dentro de este sector de población de las personas longevas.

La tasa de fecundidad ha descendido muy rápidamente y de forma sostenida, tras los veinte años de “*baby boom*”, hasta niveles de 1,2 hijos por mujer en 1999, una de las más bajas del mundo, con lo que el peso demográfico de los mayores se ha estado incrementando sin cesar. El descenso global de los nacimientos produjo un fuerte

cambio en la estructura de la población a lo largo del siglo XX, dado que fue este descenso de la población más joven el que hizo más visible el aumento de la presencia de los mayores en nuestra sociedad. Tras pasado el año 2010, y alrededor del 2020, cuando las generaciones del *"baby boom"* alcancen las edades de jubilación, la población de personas mayores superará los 8,5 millones de personas.

De acuerdo a Puga (1999), España sufría, a comienzos del siglo XX, unos niveles de altísima mortalidad tan solo igualados por las tristes condiciones de algunas ciudades de la Rusia imperial. Desde entonces los progresos en materia de supervivencia, especialmente en los primeros años de vida y en primer lugar en las ciudades, llegaron a producir que algunas generaciones de españoles, ahora de edad avanzada, fuesen ganando años de vida a medida que se hacían mayores. La evolución de la pirámide de edades de la población española durante el siglo XX muestra claramente los cambios sociales en materia de reproducción y supervivencia (figura 9). En las dos primeras décadas del siglo pasado se trataba de una sociedad muy joven, con una numerosa población infantil y unas limitadas expectativas de supervivencia. Pocos alcanzaban los 65 años, y casos absolutamente aislados llegaban a los 80 años de vida.

Figura 9. Evolución de la población en España y proyecciones de población 1900-2050 (en miles).



Fuente: INE.

Como resultado de la dinámica producida en la segunda mitad del siglo XX, con un incremento de la esperanza de vida y una reducción drástica de la mortalidad infantil, se puede observar que la población de 65 y más años no ha dejado de crecer en ningún momento, ha aumentado su peso relativo en el conjunto de la población y su papel en la sociedad debido al descenso de población más joven, pero también al aumento de la supervivencia a todas las edades, llegando a este colectivo generaciones cada vez más numerosas. El incremento de los “mayores muy mayores”, es decir, la ganancia de expectativa de vida a edades ya muy avanzadas, acentúa una de las peculiaridades fundamentales de los mayores actuales: la femineidad de la vejez. Esto es debido principalmente a que, desde finales del siglo XIX se produce una divergencia en la evolución de la esperanza de vida de hombres y mujeres, descendiendo más rápidamente la mortalidad femenina.

Uno de los procesos más destacables es la compresión de la mortalidad en las edades

más avanzadas, es decir se ha impuesto progresivamente una mayor uniformidad en la edad de la muerte. Las diferencias en la incidencia de la mortalidad por sexo han ido aumentando progresivamente, y en la actualidad la esperanza de vida al nacer femenina es superior en más de siete años a la masculina. Las esperanzas de vida al nacer eran de 81,8 años para las mujeres, y 74,9 años para los hombres, a mediados de 1996. En el año 2010 podrán llegar a alcanzar los 84,2 años para las mujeres y 76,6 para los hombres, en el más favorable de los supuestos. Por otra parte, se observa que el diferencial en la mortalidad entre hombres y mujeres sigue siendo creciente, incluso el aumento de esta diferencia es mayor en los años más recientes. Las causas de mortalidad más importantes entre la población de edad son las enfermedades circulatorias y las oncológicas, respecto a las que los expertos se muestran optimistas, previendo mejoras en los tratamientos y la prevención precoz. Tanto una mejora en la supervivencia a los mismos, como un retraso en su aparición supondrían importantes ganancias en esperanza de vida, concentrando todavía más la muerte en las edades más avanzadas.

En cuanto a las previsiones a corto plazo sobre la evolución, basta observar la pirámide de la población española (en la que todavía se aprecian los efectos de nuestra historia demográfica, y, en particular, el descenso de nacimientos que se produjo durante la guerra civil y en los primeros años de la posguerra, la recuperación de la natalidad que se produjo unos años después y el “*baby boom*” de los primeros sesenta), para prever que durante la década actual se producirá un incremento muy importante del número de personas de edad avanzada (por encima de los 75 años) y un descenso suave en el número de personas de entre 65 y 75 años, debido a que en estos momentos están comenzando a llegar a la edad de jubilación un grupo de cohortes que en términos relativos son poco numerosas (las personas que nacieron

alrededor de 1940). El resultado es que, en estos primeros diez años del siglo XXI, asistiremos a un previsible aumento de la demanda de cuidados de larga duración.

Siguiendo a Puga (1999), los años 2010 y 2037 pueden representar dos de los escenarios de vejez más alejados que nos vayamos a encontrar en el siglo XXI. El primero, con las generaciones más vacías del siglo XX ocupando las edades más jóvenes y generalmente más numerosas, representará una de las situaciones en las que el colectivo mayor contará con menos efectivos durante las próximas décadas. El segundo, con las últimas generaciones del *"baby boom"* alcanzando las primeras edades tras los 65 años, y las primeras generaciones llenas de este proceso ya con noventa años de edad, presentará una de las vejeces más numerosas que puedan esperarse en el futuro. El conjunto de la población mayor experimentará, por lo tanto, una relativa estabilidad numérica durante un período, pero aumentará el peso de los "mayores muy mayores" dentro de la población de edad.

Las tendencias socioeconómicas a finales del siglo XX y principios del siglo XXI vienen a ser similares si nos trasladamos al ámbito europeo. En el seno de la Unión Europea, las repercusiones socioeconómicas del envejecimiento de la población se han convertido en una de las cuestiones que mayor atención ha suscitado en los últimos tiempos a escala institucional en la Unión Europea. La Comisión Europea desempeña un papel importante al destacar el gran alcance de las implicaciones del envejecimiento de la población, poniendo en marcha, por ejemplo, el "Programa de Acciones para los Mayores 1990-94", declarando 1993 el "Año Europeo de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las Generaciones", estableciendo un "Observatorio Europeo sobre el Envejecimiento y las Personas Mayores", y elaborando una serie de informes demográficos (Walker, 1994; 1996, Walker et al., 1991; 1993). La concienciación sobre las consecuencias del envejecimiento demográfico y el

acelerado cambio social van calando lentamente en la opinión pública europea. El Parlamento Europeo, en su "Informe sobre la protección social en Europa" (informe Weiler) ha solicitado un seguimiento permanente de las tendencias demográficas como base para el continuo ajuste del programa comunitario de acción social. Si en 1994 la Comisión Europea publicó un "Informe sobre la situación demográfica en la Unión Europea", que contenía estadísticas de carácter general, desde 1995, el informe demográfico de la Comisión se centró en el tema del envejecimiento demográfico y sus consecuencias en ámbitos como las políticas económicas, mercado laboral, de protección social o política regional.

Evidentemente, también en la Unión Europea la tendencia más significativa es el envejecimiento demográfico de la población y su impacto en el cambio en la pirámide de edades. En el plazo de diez o veinte años, la mayor parte de la generación del "baby boom" alcanzará la edad de jubilación, previéndose que se triplique el grupo de personas dependientes y de edad muy avanzada. A pesar de que el envejecimiento demográfico de la población es una tendencia general en todos los países de la Unión, existe una gran diversidad regional en cuanto a ritmo e intensidad. Por consiguiente, los cambios demográficos afectarán a las regiones de diversas maneras, en distintos momentos y en diversa medida. El ejemplo de Castilla y León, con características más acentuadas de envejecimiento y sobre-envejecimiento, es buena muestra de ello. La evolución demográfica de los países incorporados en 2004 revela una realidad algo diferente, ya que la esperanza de vida es menor en su conjunto y el envejecimiento demográfico también se da, pero en mucha menor medida que en el resto de países de la Unión. Los datos de Eurostat ponen el acento en la dimensión regional del envejecimiento, previendo que después del 2010, el número de personas que abandonarán la vida activa será superior a las que entren y muestran también que el

descenso demográfico tiene un efecto más pronunciado sobre las regiones periféricas de Europa.

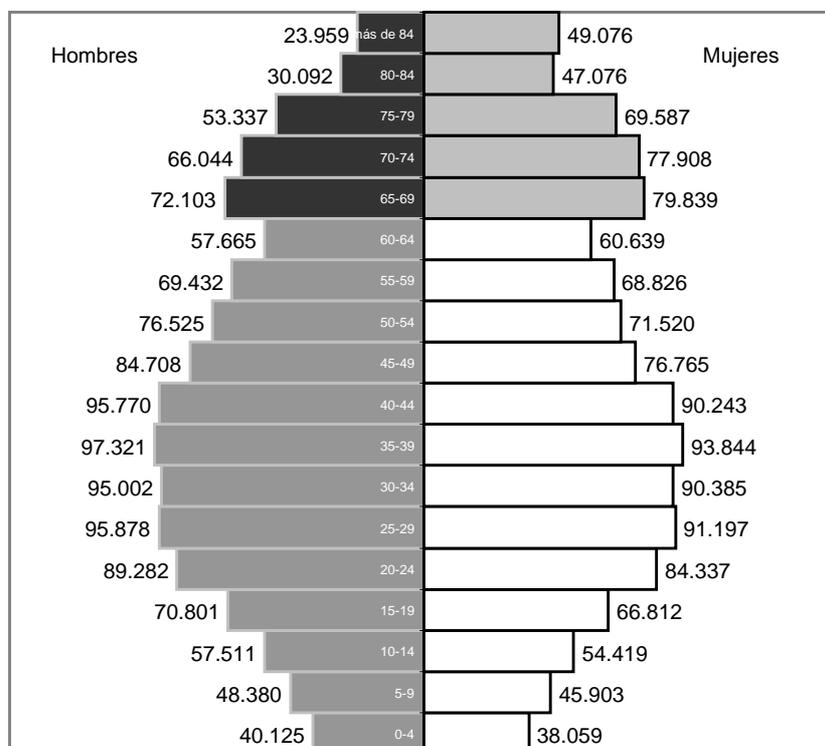
3.2 Situación demográfica en Castilla y León.

Al igual que el resto del territorio nacional, Castilla y León ha sufrido un período de envejecimiento, que se muestra incluso más acentuado que en otras comunidades autónomas. El porcentaje de personas de 65 y más años fue en el año 2002 del 23% del total de la población, con una tendencia hacia el sobre-envejecimiento a expensas de las cohortes de los más mayores, cifra que se ha elevado en más de 3 puntos porcentuales en los últimos 6 años y que ha supuesto un incremento de más de 55.000 personas de este grupo de población. En paralelo a la evolución a escala nacional, la esperanza de vida en la Comunidad de Castilla y León se ha incrementado considerablemente en los últimos años, pasando de una esperanza de vida al nacer de 73,9 años en 1975 a una cifra de 80,5 años en 1999, siendo de las más altas de todo el territorio nacional.

La pirámide de población de Castilla y León en 2002 (figura 10) presenta una distribución en la que se observa el ensanchamiento por el vértice, típico de poblaciones que van envejeciendo. El incremento de mayores, unido a la fuerte disminución de la fecundidad ha transformado la pirámide en un trompo, con el consiguiente aumento de la presencia relativa de la población más mayor. En la cima de la pirámide, en las edades más avanzadas, se generaliza la supervivencia hasta alcanzar la vejez, representando el segmento de población mayor más numeroso conocido hasta la fecha, con una alta probabilidad de permanecer en esa cúspide

durante un largo período de tiempo, en un fenómeno totalmente desconocido para generaciones anteriores. Se produce, por lo tanto, una masiva llegada de un colectivo importante a edades en las que su vulnerabilidad física y social aumenta de forma radical, lo cual se convierte en el punto de partida del debate generado en torno a las necesidades derivadas de la dependencia de este colectivo. La población mayor de Castilla y León, al igual que ocurre en el conjunto nacional, es mayoritariamente femenina.

Figura 10. Pirámide de población de Castilla y León (2002).



Fuente: INE, Padrón Municipal 2002.

Como puede observarse en las tablas 2 y 3 de la comparación con la población de otras comunidades autónomas, la población mayor de Castilla y León a lo largo de los últimos años es una de las que representa una mayor proporción con relación a la población total.

Tabla 2. Evolución de la población de 65 y más años por Comunidades Autónomas 1999-2002.

	Población con 65 y más años			
	1999	2000	2001	2002
Andalucía	1.040.072	1.045.871	1.090.315	1.111.012
Aragón	253.807	256.078	259.924	262.306
Asturias (Principado de)	229.061	230.687	234.479	237.434
Balears (Illes)	123.450	125.110	128.268	131.022
Canarias	194.256	199.887	212.849	220.435
Cantabria	99.416	101.182	103.039	104.063
Castilla y León	545.374	552.751	563.195	569.022
Castilla-La Mancha	341.181	339.890	352.285	355.505
Cataluña	1.070.370	1.085.706	1.107.728	1.129.985
Comunidad Valenciana	666.753	682.836	704.698	720.239
Extremadura	198.551	201.100	206.065	208.228
Galicia	543.783	555.074	568.783	579.658
Madrid (Comunidad de)	754.588	772.726	794.798	813.172
Murcia (Región de)	162.580	166.272	170.628	174.717
Navarra	97.171	99.035	101.075	102.730
País Vasco	353.681	361.568	370.371	378.939
Rioja (La)	51.319	51.588	53.972	55.432
Ceuta	7.764	7.871	8.059	8.270
Melilla	6.382	6.907	7.021	7.270
Total	6.739.561	6.842.142	7.037.553	7.169.437

Fuente: INE.

Tabla 3. Evolución de la tasa de población de 65 y más años en relación con la población total por Comunidades Autónomas 1999-2002.

	Tasa			
	1999	2000	2001	2002
Andalucía	14,24%	14,25%	14,73%	14,86%
Aragón	21,38%	21,52%	21,66%	21,54%
Asturias (Principado de)	21,12%	21,43%	21,81%	22,11%
Balears (Illes)	15,02%	14,79%	14,60%	14,29%
Canarias	11,61%	11,65%	11,95%	11,96%
Cantabria	18,81%	19,05%	19,17%	19,19%
Castilla y León	21,92%	22,30%	22,71%	22,94%
Castilla-La Mancha	19,76%	19,60%	20,07%	19,95%
Cataluña	17,24%	17,34%	17,41%	17,37%
Comunidad Valenciana	16,40%	16,57%	16,77%	16,65%
Extremadura	18,49%	18,80%	19,20%	19,41%
Galicia	19,92%	20,32%	20,81%	21,18%
Madrid (Comunidad de)	14,67%	14,84%	14,79%	14,71%
Murcia (Región de)	14,37%	14,47%	14,33%	14,24%
Navarra	18,06%	18,21%	18,17%	18,03%
País Vasco	16,84%	17,23%	17,62%	17,97%
Rioja (La)	19,35%	19,53%	19,96%	19,68%
Ceuta	10,53%	10,46%	10,65%	10,86%
Melilla	11,21%	10,42%	10,21%	10,51%
Total	16,76%	16,89%	17,12%	17,14%

Fuente: INE.

El mayor volumen de población mayor suele concentrarse en el conjunto de municipios de menor tamaño (tabla 4), cuestión relevante a la hora de planificar los recursos de atención por la incidencia que pueda tener sobre el coste la dispersión entre núcleos poblacionales.

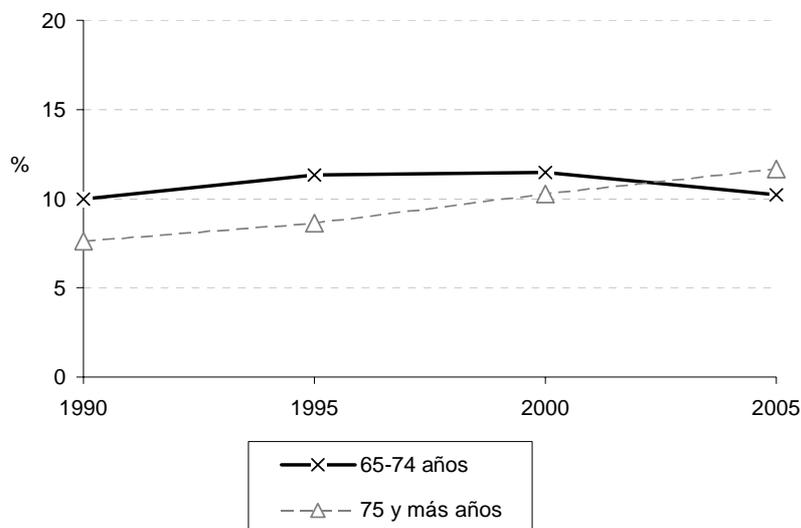
Tabla 4. Distribución de la población mayor de acuerdo a la población del municipio en Castilla y León.

Población en habitantes del municipio de residencia	Mujer	Hombre	TOTAL
Menos de 101	6.352	5.594	11.946
De 101 a 500	55.542	47.259	102.801
De 501 a 1.000	34.287	28.473	62.760
De 1.001 a 2.000	30.414	24.479	54.893
De 2.001 a 5.000	28.672	22.635	51.307
De 5.001 a 10.000	12.748	9.675	22.423
Total de 10.000 o menos	168.015	138.115	306.130
De 10.001 a 20.000	12.849	9.572	22.421
De 20.001 a 50.000	16.620	12.326	28.946
Total de 10.001 a 50.000	29.469	21.898	51.367
50.001 a 100.000	26.610	19.362	45.972
100.001 a 500.000	77.854	54.146	132.000
Total de más de 50.000	104.464	73.508	177.972
TOTAL	301.948	233.521	535.469

Fuente: INE.

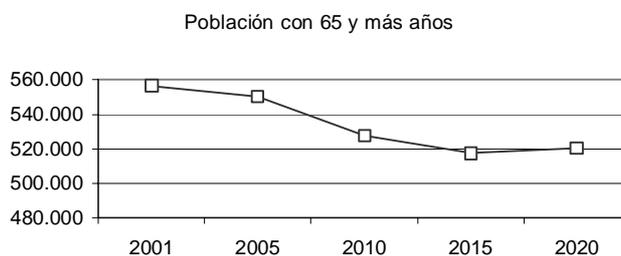
De acuerdo a las proyecciones de población del INE, la población mayor de Castilla y León alcanzará un máximo en los próximos años, para iniciar a continuación un descenso (figuras 11 y 12).

Figura 11. Proyecciones de población de Castilla y León 1990-2005.



Fuente: II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2003.

Figura 12. Proyecciones de población con 65 y más años en Castilla y León 2001-2020.

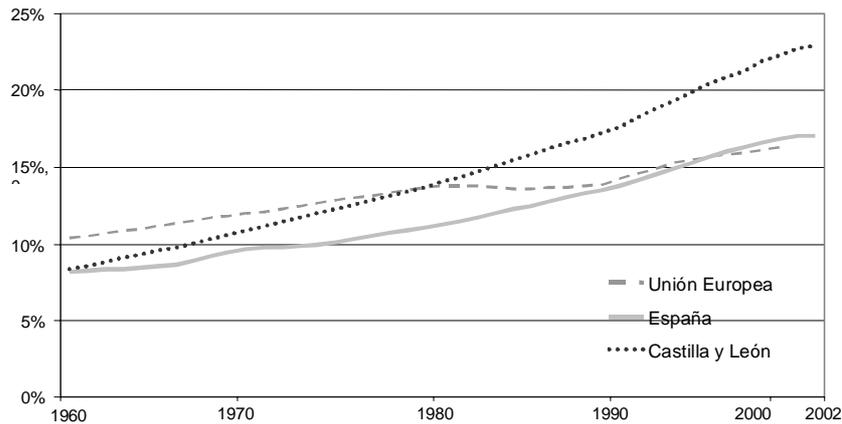


Fuente: II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2003.

Aunque el fenómeno es paralelo al que se produce en España y en Europa, el envejecimiento de la población europea se ha producido de una forma más suavizada, mientras que en Castilla y León se ha producido rápidamente a partir de los años setenta del pasado siglo (figura 13). Una explicación puede residir en que el envejecimiento del conjunto de la Unión Europea se ha visto ralentizado por la entrada de población inmigrante joven, que ha frenado en buena medida la tendencia de

crecimiento. Este fenómeno se ha notado de forma más tardía en España y en Castilla y León en los últimos años, y, en este último caso, con una intensidad relativa menor.

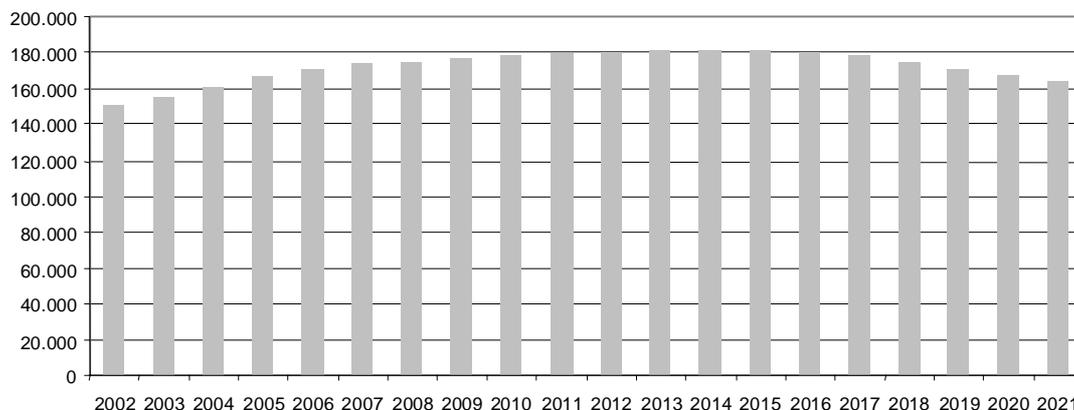
Figura 13. Comparación de la evolución del envejecimiento en la Unión Europea, España y Castilla y León.



Fuente: INE, Eurostat.

Las proyecciones para la población de mayores de 80 años en Castilla y León apuntan a que pueden producirse fuertes incrementos en los próximos años (en torno a 5.000 efectivos anuales hasta 2006), con una desaceleración posterior del crecimiento y una estabilización en torno a las 180.000 personas entre el año 2011 y el año 2016. Posteriormente se podría producir un descenso bastante notable, pero las proyecciones para esa fecha son ya de menor fiabilidad. En cualquier caso, la cifra de 180.000 personas con 80 y más años es muy probable que se alcance en menos de 10 años (figura 14).

Figura 14. Proyecciones de población de 80 y más años en Castilla y León.



Fuente: INE.

3.3 Salud y cuidados de larga duración para mayores dependientes.

Los cuidados de larga duración no son el único tipo de asistencia que requieren las personas mayores dependientes. Los problemas de salud, y más concretamente el padecimiento de enfermedades crónicas son los desencadenantes de problemas de dependencia en muchas ocasiones. Con la edad se produce un deterioro de la salud, un aumento de las enfermedades padecidas y un mayor recurso a la asistencia hospitalaria. Determinadas situaciones incrementan su incidencia con la edad, como las enfermedades neurodegenerativas y los cambios en los niveles funcionales. Es evidente que las repercusiones de algunas circunstancias, como pueden ser por ejemplo romperse un hueso, no son las mismas para una persona mayor que para un joven.

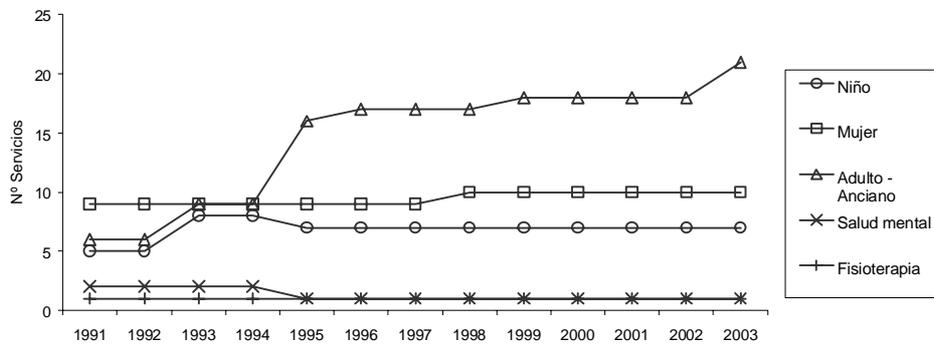
Las enfermedades que más dependencia motivan no son fatales, sino que se cronifican. El incremento en el número de personas mayores origina necesidades

acrecentadas de servicios y bienes relacionados con la salud y con los sistemas de protección social. Ya en 2002, el Informe del Defensor del Pueblo, elaborado a partir de sendos estudios de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología señalaba que los mayores de 65 años acaparan el 77,4% de todo el consumo farmacéutico, entre el 40% y el 50% de la ocupación hospitalaria y la mitad de todo el tiempo de atención primaria. De acuerdo a los informes de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (1998), el 20% del gasto sanitario se emplea en atender a personas en el último año de su vida, pero recientes estudios apuntan a que los costes de aquellos que mueren a partir de los 80 años no alcanzan el 80% de los gastos de aquellos que mueren entre 65 y 79 años. Las personas mayores dependientes acostumbran a necesitar de la asistencia sanitaria con una frecuencia muy superior a la del resto de la población. La necesidad de servicios sanitarios y sociales es conjunta o sucesiva en situaciones de dependencia. Veamos varios ejemplos de esta situación aplicados al ámbito concreto de nuestro estudio, la Comunidad de Castilla y León.

De acuerdo a los datos disponibles, el grupo de población de las personas mayores originaba en el año 2002 más del 56% de las estancias hospitalarias y más de un 43% de los ingresos en los centros dependientes de la administración sanitaria autonómica. La atención a las personas mayores en atención primaria consume gran parte del tiempo de los profesionales sanitarios de este nivel asistencial. En los últimos años los servicios de cartera de atención primaria relacionados con el adulto y anciano han experimentado un importante crecimiento (figura 15). En cuanto al nivel de atención especializada la edad media de las personas ingresadas en los hospitales de Castilla y León se elevó en más de 10 años durante el periodo comprendido entre 1985 y 2000. De la misma forma se ha observado un incremento en el porcentaje de ingresos y de estancias hospitalarias de personas de 65 y más años con respecto al total de

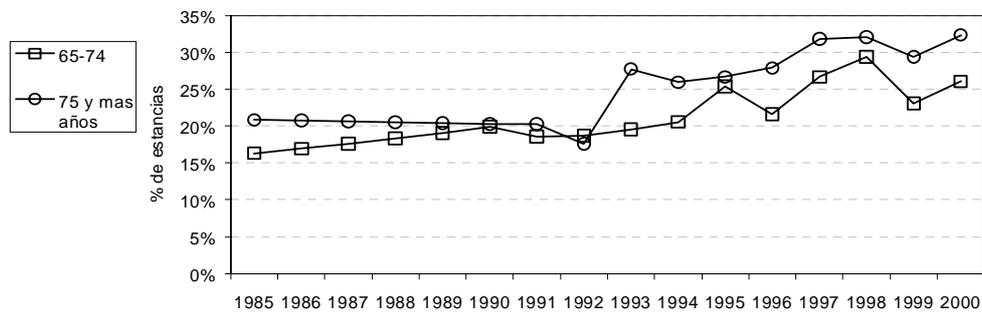
ingresos y estancias, incrementándose de forma más acusada en el grupo de edad de los mayores de 75 años. La información recogida durante los años 2001 y 2002 aporta unas cifras de altas hospitalarias de personas mayores de 65 años que han supuesto el 42,9% en 2001 y el 43,4% del total de altas en 2002, correspondiendo en estos dos años más del 23% de las altas a personas de 75 y más años de edad (figuras 16 y 17).

Figura 15. Evolución del número de servicios de la Cartera de Atención Primaria en Castilla y León, 1991-2003.



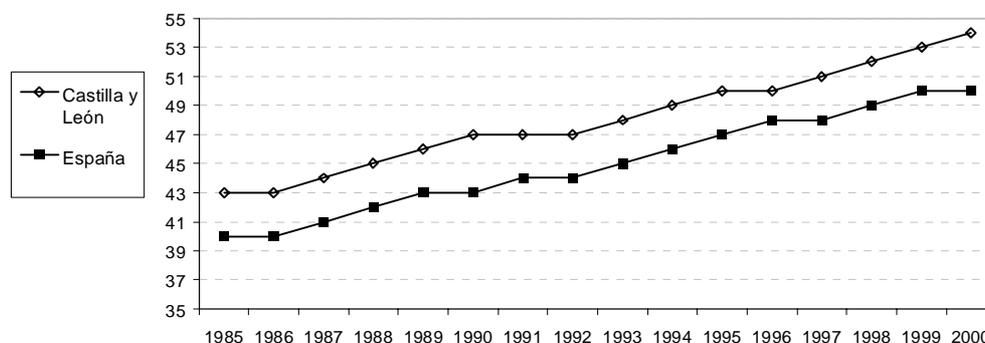
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Figura 16. Evolución del porcentaje de estancias hospitalarias de personas de 65 y más años en Castilla y León, 1985-2000.



Fuente: INE.

Figura 17. Evolución de la edad media de las altas. Comparación Castilla y León y España, 1985-2000.



Fuente: INE.

Por lo que se refiere al consumo farmacéutico, en 1997, según la Encuesta Nacional de Salud, un 79,2% de personas de 65 y más años había consumido medicamentos durante las dos semanas anteriores a la entrevista de la encuesta, siendo el consumo por parte de la mujer superior al de los varones. Los pensionistas consumen más del 80% del gasto farmacéutico en Castilla y León. El gasto farmacéutico por pensionista y mes en Castilla y León fue, durante el año 2002, de 41,9 euros, incrementándose casi un 11% respecto a 2001 y representando unas ocho veces el gasto por persona activa. Los pensionistas generaron un gasto farmacéutico de más de 385 millones de euros durante el año 2002, ascendiendo esta magnitud a un 80,6% del gasto total.

Las mujeres perciben peor su estado de salud, cuestión importante porque diversos estudios señalan que la percepción negativa del estado de salud es más determinante a la hora de sufrir riesgo de dependencia que el hecho de padecer una o varias enfermedades. Además se suele apuntar que la percepción del estado de salud varía con el estatus socioeconómico y con el habitat rural o urbano (SESPAS, 1998).

Las enfermedades circulatorias son la principal causa de muerte en España (18,6 por mil), pero los trastornos de tipo degenerativo aumentan y las enfermedades mentales ganan protagonismo como causa de muerte. En Castilla y León, considerando las causas principales de mortalidad por grupos quinquenales de edad, se observa que a partir de los 75 años de edad las enfermedades circulatorias ocupan la primera posición (en los varones es a partir de los 80 años de edad). En el grupo de edad comprendido entre los 65 y los 75 años son los tumores la primera causa de muerte (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la mortalidad por causas según sexo y edad en Castilla y León, 2000.

	Total	Varones	Mujeres
Todas las edades	Circulatorio	Tumores	Circulatorio
Menores de 1 año	Perinatal	Perinatal	Congénitas
De 1 a 4 años	Externas/ Nervioso – Sentidos	Nervioso - Sentidos	Congénitas/ Externas
De 5 a 9 años	Tumores	Externas/Endocrinas	Tumores
De 10 a 14 años	Causas Externas	Causas Externas	Tumores
De 15 a 19 años	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
De 20 a 24 años	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
De 25 a 29 años	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
De 30 a 34 años	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
De 35 a 39 años	Causas Externas	Causas Externas	Tumores
De 40 a 44 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 45 a 49 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 50 a 54 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 55 a 59 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 60 a 64 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 65 a 69 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 70 a 74 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 75 a 79 años	Circulatorio	Tumores	Circulatorio
De 80 a 84 años	Circulatorio	Circulatorio	Circulatorio
De 85 a 89 años	Circulatorio	Circulatorio	Circulatorio
De 90 a 94 años	Circulatorio	Circulatorio	Circulatorio
De 95 años y más	Circulatorio	Circulatorio	Circulatorio

Fuente: INE.

3.4 La soledad y las personas mayores.

A la hora de estudiar los cuidados de larga duración necesarios para atender las situaciones de dependencia en las personas mayores, la soledad se revela como un factor muy importante a considerar. Hay que tener en cuenta que el ingreso en una residencia se torna inevitable cuando se combinan dos factores: niveles avanzados de dependencia y ausencia de apoyo informal, y es en este último aspecto en el cual las situaciones de soledad del mayor juegan un importante papel.

De acuerdo al documento del IMSERSO¹⁴(2001), puede estimarse que en España más de un millón de mayores viven solos, en su mayoría mujeres, donde las de esas edades suponen un 20%, frente a un 6% de hombres. La proporción de mayores que viven solos se incrementa con la edad. Las cifras indican que viven solos un 12,9% entre los 65 y 69 años, un 15,2% entre los 75 y 79 años y un 14,6% mayores de 79 años. El estado civil se muestra como una de las variables que explica en mayor medida la vida en solitario: la gran mayoría de los que viven solos son viudos, el 74,4%. Viudez y soledad se combinan en los grupos de más edad: a partir de los 70 años, la mayoría de las mujeres son viudas (el 52,3%) y viven solas; en cambio, el 77,8% de los varones están casados y viven con sus mujeres. La viudez femenina ha sido consecuencia de su mayor longevidad y de un efecto cultural como era la costumbre social de separación de varios años entre varones y mujeres al casarse. La media de vida en soledad está muy próxima a los doce años. En la tabla 6 puede apreciarse como en Castilla y León ha aumentado en la última década el número de mayores que viven solos.

¹⁴ Documento sobre la soledad en los mayores.

Tabla 6. Evolución de la población mayor que vive sola en viviendas familiares en Castilla y León 1991-2001.

	Con 65 y más años				Con 80 y más años			
	1991		2001		1991		2001	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ávila	6.802	19,9	9.704	23,9	2.345	30,1	3.932	38,3
Burgos	10.004	17,5	16.021	22,4	2.923	24,1	5.888	34,3
León	16.019	17,7	24.913	21,4	4.493	23,3	9.142	33,4
Palencia	5.449	17,6	7.958	21,6	1.662	25,3	2.973	34,1
Salamanca	12.239	19,3	16.917	21,9	4.118	27,3	7.041	36,0
Segovia	5.093	18,9	7.228	21,8	1.774	27,6	2.993	36,7
Soria	3.600	17,5	4.893	21,3	1.231	22,5	2.008	32,7
Valladolid	10.181	16,2	15.729	19,1	2.948	21,8	5.644	30,9
Zamora	8.480	18,7	12.169	22,4	2.719	25,6	5.141	36,7
Total	77.867	18,0	115.532	21,6	24.213	25,0	44.762	34,5

Fuente: INE, Censo de población y viviendas 2001.

3.5 La dependencia en personas mayores en España y en Castilla y León.

En los últimos tiempos empiezan a ser frecuentes los estudios que intentan cuantificar la dependencia, habida cuenta de la magnitud e importancia adquirida por este fenómeno en las sociedades actuales.

Referido al contexto español, Casado y López (2001) se han basado en dos encuestas realizadas por el INSERSO en 1993 sobre el apoyo informal y en 1998 (ya como IMSERSO) sobre la soledad de las personas mayores. Estos autores, en líneas generales, señalan que la prevalencia de la dependencia habría descendido del 18,7% al 17,4%, siendo superior esa disminución en los hombres (de un 13,2% hasta un 11,8%) que en las mujeres (de un 22,6% a un 21,5%). Por grupos de edad, el descenso es claramente significativo en algunos tramos: 26% entre 60 y 64 años, 18%

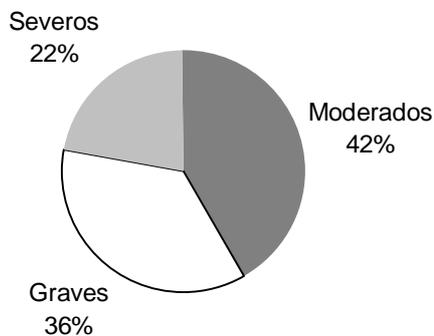
entre 75 y 79 años, 15% entre 80 y 84 años. Esto significaría que, como consecuencia de los avances en calidad de vida está aumentando sobre todo la esperanza de vida libre de dependencia. Aplicado al caso español, contrastaría la idea que apunta, a escala global la institución "*Citizens For Long Term Care*"¹⁵, según la cual los porcentajes de minusvalía entre los mayores van disminuyendo paulatinamente.

En España, algunas de las investigaciones se han basado en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, de acuerdo a la cual podría estimarse que unas 800.000 personas mayores de 65 años sufren alguna carencia física o psíquica grave o muy grave que les obliga a depender de terceras personas para hacer sus tareas domésticas, asuntos propios o cuidados personales. A esta cifra, habría que añadir 1.200.000 mayores que requieren ayudas parciales e intermitentes.

Resulta interesante, por su actualidad, las diferentes estimaciones realizadas por Rodríguez Cabrero (2003), que se recogen en las figuras 18 y 19.

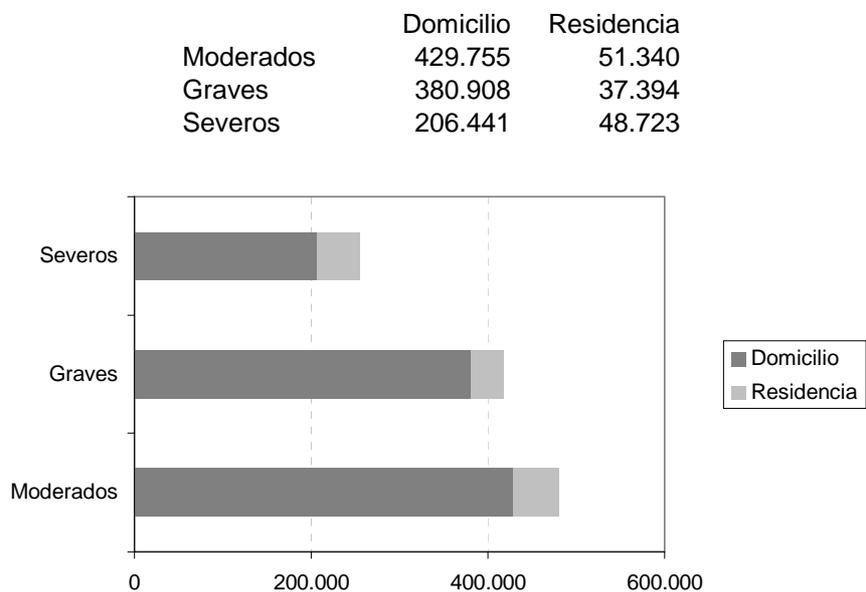
¹⁵ *Citizens For Long Term Care* es una asociación sin ánimo de lucro, formada por personas relacionadas con cuidados de larga duración como entidades de seguros, proveedores, trabajadores, etc. que pretende actuar como grupo de presión para concienciar sobre la necesidad de una reforma de financiación de los cuidados de larga duración (www.citizenforltc.org).

Figura 18. Distribución de la población dependiente de 65 y más años estimada en España en 2000.



Fuente: Rodríguez Cabrero (2003).

Figura 19. Estimación de la población mayor dependiente según grado de afectación y residencia.



Fuente: Rodríguez Cabrero (2003).

Buena parte de las estimaciones más recientes sobre la dependencia se basan en la publicación de los resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y

Estado de Salud de 1999, realizada por el INE y que ha propiciado una serie de investigaciones que relacionan la dependencia con la discapacidad. En este caso, se trata de una encuesta de hogares, que no cubre la población residente en establecimientos colectivos (como son, por ejemplo, las residencias). Las estimaciones se refieren, por tanto, a la población dependiente que continúa viviendo en su domicilio. La muestra en Castilla y León correspondía a 8.720 hogares (25.913 personas), de las cuales 2.656 eran personas con discapacidad. Los resultados de esta encuesta no son comparables con otra del mismo nombre realizada también por el INE en 1986, porque se han modificado los criterios y la metodología. Así, la encuesta de 1999 adoptó como marco de referencia conceptual la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías propuesta en 1980 por la OMS.

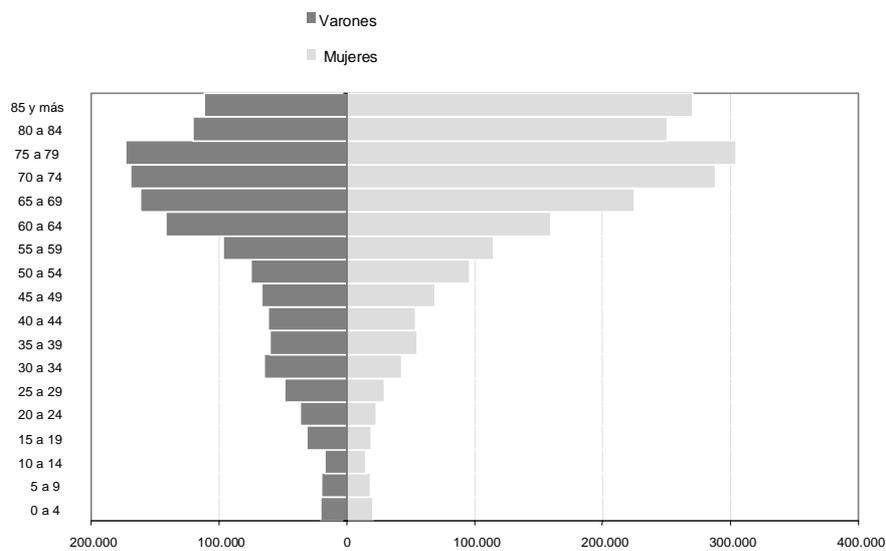
A la hora de interpretar adecuadamente los datos de esta encuesta, parece conveniente incidir en la distinción entre dos grandes categorías a la hora de considerar los actos cotidianos, diferenciando entre las actividades de la vida diaria (AVD) de funcionamiento básico para llevar una vida autónoma en el domicilio (levantarse, asearse, vestirse, control de esfínteres, etc.) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que se asocian a la capacidad de decisión de una persona sobre su vida y a la relación y desenvolvimiento en su medio social (tareas domésticas: cocinar, limpiar, lavar; movilidad, realizar gestiones, etc.). Esta distinción entre las actividades básicas y las actividades instrumentales de la vida diaria, que es posible realizar a partir del modelo de datos de la encuesta, permite tener una visión más ajustada de las dificultades para el desenvolvimiento cotidiano de las personas dependientes y de las necesidades de ayuda asociadas. Así puede cifrarse, con referencia a 1999, el número de personas residentes en domicilios familiares con discapacidad severa y total, de acuerdo a las necesidades de apoyos

para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria. Junto a ese segmento de personas constituido por las personas que, sin una ayuda y cuidado permanente, verían seriamente comprometida su supervivencia, hay que tener en cuenta también a las personas que tienen dificultades severas o totales para realizar las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria, que, sin llegar a comprometer de modo inmediato la supervivencia, son absolutamente necesarias para poder llevar una vida con unos mínimos de autonomía e integración en el entorno. La atención que necesitan estas personas normalmente será de menor intensidad y frecuencia que la que necesitan quienes no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero resulta igualmente imprescindible para elevar sus niveles de calidad de vida.

Como ya se había apuntado en el apartado introductorio, en el conjunto del país, se puede decir que hay algo más de dos millones de personas mayores de 65 años con discapacidad, lo cual supone un 32,2% de la población en ese grupo de edad. Los resultados de la encuesta evidencian una correlación entre la prevalencia de situaciones de discapacidad y la edad. La prevalencia de la discapacidad es significativamente superior en las mujeres, consecuencia de su mayor longevidad, ya que son mucho más numerosas que los varones a edades avanzadas, duplicando a estos a partir de los 85 años.

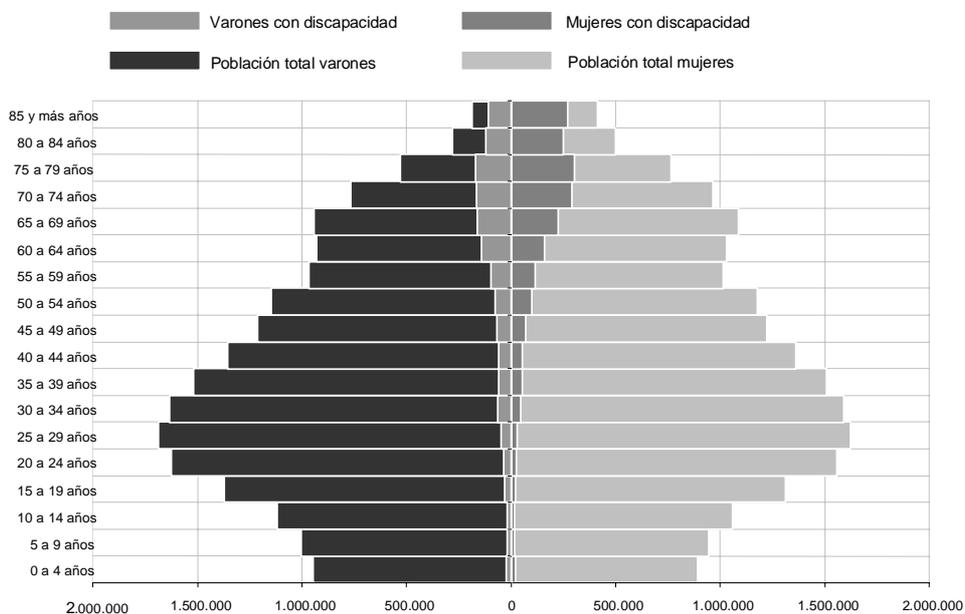
En las pirámides de población contenidas en las figuras 20 y 21 se puede apreciar el perfil de las personas que tienen discapacidad por edades y sexo.

Figura 20. Pirámide de edades de la población con discapacidad. España, 1999.



Fuente: INE.

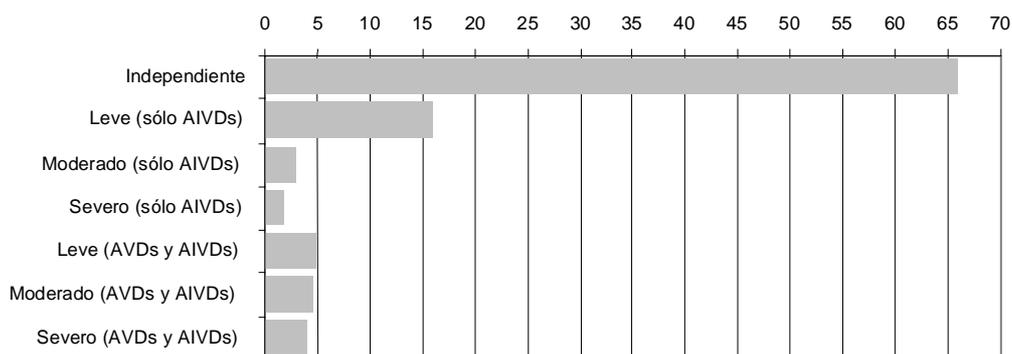
Figura 21. Comparación de las pirámides de población total y con discapacidad en España, 1999.



Fuente: INE.

En la figura 22 se indica la prevalencia distinguiendo grados de severidad en la dependencia, en función de la diferenciación entre actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Figura 22. Tasas de prevalencia de dependencia en España, 1999.



Fuente: INE.

Para Castilla y León los resultados son ciertamente superiores a la media nacional: 191.087 personas mayores residentes en viviendas familiares tienen alguna discapacidad, lo cual significa un 37,3% respecto a su segmento de población. Por tanto, en este caso la prevalencia sería un 15% superior a la española, que se explica en parte por el sobreenvjecimiento de la población, siendo la tercera comunidad autónoma con la tasa más elevada tras Andalucía y Murcia. En términos generales, podrían estimarse en 124.000 las personas con 65 años o más y con discapacidad para alguna actividad de la vida diaria, en 76.000 las personas mayores con discapacidad para alguna actividad de la vida diaria en grado severo o total y en 41.200 los mayores con discapacidad severa o total para alguna actividad básica de la vida diaria. Es decir, de todas las personas mayores que en Castilla y León tenían alguna discapacidad más de un 64% presentaban un grado tal que les impedía realizar actividades de la vida diaria y en más de un 33% esta discapacidad era severa o total. Entre estos últimos, si se pretende distinguir escalas de graduación, más de 8.600 se

puede considerar que tienen dependencia total, 14.600 con dependencia grave y cerca de 18.000 presentarían una dependencia considerable. En las tablas 7 a 15 y en la figura 23 se esboza una parcela de este panorama.

Tabla 7. Personas con discapacidad para actividades básicas de la vida diaria por comunidad autónoma de residencia. España, 1999.

	Todos los grados de severidad			Discapacidad severa y total		
	6 a 64 años	65 años y más	Total	6 a 64 años	65 años y más	Total
Andalucía	127.726	202.279	330.005	63.200	130.693	193.893
Aragón	7.494	19.949	27.443	3.221	13.140	16.362
Asturias (Principado de)	16.387	28.856	45.243	10.489	20.140	30.629
Baleares (Islas)	14.615	16.293	30.908	7.056	9.137	16.193
Canarias	17.372	26.899	44.271	8.740	16.262	25.002
Cantabria	5.690	16.184	21.874	1.697	10.074	11.771
Castilla y León	24.733	79.123	103.856	11.184	42.053	53.237
Castilla-La Mancha	22.432	53.142	75.574	11.366	34.335	45.702
Cataluña	75.602	148.235	223.838	34.435	80.110	114.545
Comunidad Valenciana	51.747	96.184	147.932	27.075	55.383	82.457
Extremadura	13.538	35.071	48.609	7.538	24.708	32.245
Galicia	38.151	97.070	135.221	20.296	54.980	75.276
Madrid (Comunidad de)	49.308	79.955	129.263	26.431	45.432	71.863
Murcia (Región de)	15.907	29.969	45.877	8.792	20.098	28.890
Navarra (Comunidad Foral de)	4.576	12.006	16.582	2.153	6.916	9.070
País Vasco	15.676	31.720	47.396	7.739	17.567	25.306
Rioja (La)	3.028	5.559	8.587	2.233	4.529	6.762
Ceuta y Melilla	1.522	1.714	3.237	1.256	1.408	2.664
Total	505.505	980.209	1.485.714	254.902	586.964	841.866

Fuente: INE.

Tabla 8. Proporciones por cada 1.000 habitantes de personas con discapacidad para actividades básicas de la vida diaria por comunidad autónoma de residencia. España, 1999.

	Todos los grados de severidad			Discapacidad severa y total		
	6 a 64 años	65 años y más	Total	6 a 64 años	65 años y más	Total
Andalucía	22	205	49	11	133	29
Aragón	10	97	28	4	64	17
Asturias (Principado de)	21	136	45	13	95	30
Baleares (Islas)	25	142	44	12	80	23
Canarias	13	141	29	7	85	16
Cantabria	14	172	44	4	107	24
Castilla y León	14	154	44	6	82	23
Castilla-La Mancha	18	167	48	9	108	29
Cataluña	16	143	39	7	78	20
Comunidad Valenciana	16	146	38	8	84	21
Extremadura	17	187	49	9	131	32
Galicia	19	187	53	10	106	29
Madrid (Comunidad de)	12	106	27	7	60	15
Murcia (Región de)	18	194	45	10	130	28
Navarra (Comunidad Foral de)	11	132	33	5	76	18
País Vasco	10	94	24	5	52	13
Rioja (La)	15	115	35	11	93	28
Ceuta y Melilla	14	106	26	12	87	21
Total	17	152	40	8	91	23

Fuente: INE.

Tabla 9. Personas con discapacidad para actividades instrumentales de la vida diaria por comunidad autónoma de residencia. España, 1999.

	Todos los grados de severidad			Discapacidad severa y total		
	06 a 64 años	65 años y más	Total	06 a 64 años	65 años y más	Total
Andalucía	169.715	284.670	454.385	115.358	205.808	321.165
Aragón	12.786	33.553	46.339	8.387	23.519	31.905
Asturias (Principado de)	18.292	39.404	57.696	14.433	31.085	45.517
Baleares (Islas)	14.923	19.611	34.534	10.170	15.040	25.210
Canarias	27.071	34.063	61.133	17.171	21.925	39.096
Cantabria	8.361	21.431	29.792	5.698	16.942	22.640
Castilla y León	34.091	114.512	148.603	21.342	72.254	93.596
Castilla-La Mancha	29.459	75.017	104.477	20.698	59.147	79.845
Cataluña	106.271	213.039	319.310	66.740	140.559	207.299
Comunidad Valenciana	64.364	132.929	197.292	46.397	98.705	145.102
Extremadura	18.465	46.869	65.334	14.192	37.704	51.896
Galicia	55.612	126.268	181.880	38.066	92.087	130.153
Madrid (Comunidad de)	72.938	110.122	183.061	50.713	78.986	129.699
Murcia (Región de)	24.193	43.669	67.862	17.125	32.654	49.779
Navarra (Comunidad Foral de)	7.209	18.041	25.250	5.702	14.761	20.463
País Vasco	26.310	51.768	78.078	15.795	37.026	52.821
Rioja (La)	2.821	6.386	9.208	2.515	5.274	7.789
Ceuta y Melilla	3.780	3.675	7.456	3.269	2.740	6.010
Total	696.661	1.375.028	2.071.689	473.770	986.216	1.459.986

Fuente: INE.

Tabla 10. Proporciones por cada 1.000 habitantes de personas con discapacidad para actividades instrumentales de la vida diaria por comunidad autónoma de residencia. España, 1999.

	Todos los grados de severidad			Discapacidad severa y total		
	06 a 64 años	65 años y más	Total	06 a 64 años	65 años y más	Total
Andalucía	30	289	68	20	209	48
Aragón	17	163	48	11	114	33
Asturias (Principado de)	23	185	57	18	146	45
Baleares (Islas)	25	171	49	17	132	36
Canarias	20	179	40	13	115	26
Cantabria	21	227	60	14	180	45
Castilla y León	19	223	64	12	141	40
Castilla-La Mancha	23	236	66	16	186	50
Cataluña	23	206	56	14	136	36
Comunidad Valenciana	20	201	51	15	149	38
Extremadura	23	249	65	17	201	52
Galicia	27	243	71	19	177	51
Madrid (Comunidad de)	18	147	39	13	105	27
Murcia (Región de)	28	283	66	20	211	49
Navarra (Comunidad Foral de)	18	199	51	14	163	41
País Vasco	16	153	40	10	110	27
Rioja (La)	14	132	38	13	109	32
Ceuta y Melilla	35	228	60	30	170	48
Total	23	214	56	15	153	39

Fuente: INE.

Tabla 11. Personas con discapacidad para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria por comunidad autónoma de residencia. España, 1999.

	Todos los grados de severidad			Discapacidad severa y total		
	6 a 64 años	65 años y más	Total	6 a 64 años	65 años y más	Total
Andalucía	200.630	299.739	500.368	127.674	215.275	342.949
Aragón	13.527	34.368	47.895	9.021	24.565	33.586
Asturias (Principado de)	24.032	42.406	66.438	16.915	33.923	50.838
Baleares (Islas)	18.684	22.235	40.919	11.518	15.515	27.033
Canarias	32.227	37.548	69.775	19.604	24.067	43.671
Cantabria	9.804	22.590	32.394	5.908	17.264	23.171
Castilla y León	39.800	123.963	163.763	23.326	76.194	99.520
Castilla-La Mancha	34.177	79.480	113.657	22.315	61.433	83.748
Cataluña	128.759	230.078	358.837	74.354	149.365	223.719
Comunidad Valenciana	77.590	141.761	219.351	52.682	104.322	157.004
Extremadura	20.918	47.910	68.829	15.114	38.439	53.552
Galicia	60.418	132.361	192.779	41.119	97.189	138.308
Madrid (Comunidad de)	83.488	118.453	201.941	56.096	81.281	137.377
Murcia (Región de)	29.514	47.508	77.022	20.226	35.653	55.878
Navarra (Comunidad Foral de)	7.761	19.049	26.810	6.110	15.054	21.164
País Vasco	31.198	54.702	85.899	18.249	38.989	57.238
Rioja (La)	3.829	6.685	10.513	3.183	5.417	8.600
Ceuta y Melilla	4.170	3.980	8.149	3.678	2.970	6.648
Total	820.525	1.464.815	2.285.340	527.091	1.036.914	1.564.005

Fuente: INE.

Tabla 12. Proporciones por cada 1.000 habitantes de personas con discapacidad para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria por comunidad autónoma de residencia. España, 1999.

	Todos los grados de severidad			Discapacidad severa y total		
	6 a 64 años	65 años y más	Total	6 a 64 años	65 años y más	Total
Andalucía	35	304	75	22	218	51
Aragón	18	167	49	12	120	35
Asturias (Principado de)	30	199	66	21	159	50
Baleares (Islas)	31	194	58	19	136	38
Canarias	24	197	46	15	126	29
Cantabria	24	239	65	15	183	47
Castilla y León	22	242	70	13	149	43
Castilla-La Mancha	27	250	72	18	193	53
Cataluña	27	223	63	16	145	39
Comunidad Valenciana	24	215	57	16	158	41
Extremadura	26	255	69	19	204	54
Galicia	29	255	75	20	187	54
Madrid (Comunidad de)	21	158	43	14	108	29
Murcia (Región de)	34	307	75	23	231	54
Navarra (Comunidad Foral de)	19	210	54	15	166	43
País Vasco	19	162	44	11	116	29
Rioja (La)	19	138	43	16	112	35
Ceuta y Melilla	39	246	66	34	184	54
Total	27	228	62	17	161	42

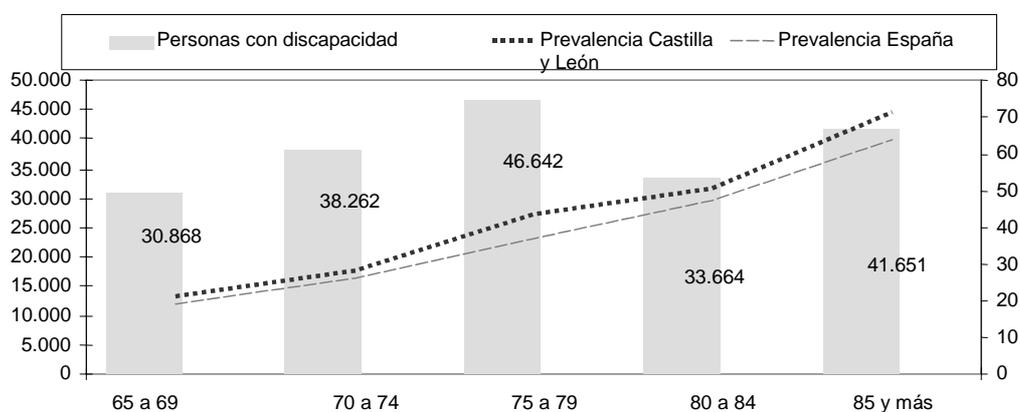
Fuente: INE.

Tabla 13. Distribución por rangos de edades de las personas con discapacidad. España, 1999.

	Todos los grados de severidad			Discapacidad severa y total		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
65 a 79	278.095	584.325	862.420	182.486	384.925	567.412
80 y más	164.117	438.278	602.395	123.355	346.147	469.504

Fuente: INE.

Figura 23. Personas con discapacidad y prevalencia por grupos de edad. Comparación Castilla y León y España, 1999.



Fuente: INE.

Tabla 14. Distribución provincial de personas de 65 y más años con discapacidad.

	Personas con discapacidad			Prevalencia		
	Ambos sexos	Mujeres	Varones	Ambos sexos	Mujeres	Varones
Ávila	18.835	11.450	7.384	48%	54%	41%
Burgos	23.528	14.049	9.479	34%	36%	32%
León	31.774	20.931	10.843	29%	33%	23%
Palencia	13.393	8.270	5.124	37%	40%	34%
Salamanca	28.340	18.166	10.174	39%	44%	32%
Segovia	12.136	7.781	4.355	38%	44%	31%
Soria	7.878	4.903	2.975	33%	38%	28%
Valladolid	32.034	20.121	11.914	41%	46%	35%
Zamora	23.170	13.268	9.901	45%	46%	44%
Castilla y León	191.087	118.938	72.149	37%	41%	32%

Fuente: INE.

Tabla 15. Distribución provincial de personas de 65 y más años con discapacidad severa o total. Castilla y León.

	Personas con discapacidad severa o total			Prevalencia		
	Ambos sexos	Mujeres	Varones	Ambos sexos	Mujeres	Varones
Ávila	13.362	7.881	5.481	34%	37%	31%
Burgos	15.194	10.049	5.145	22%	26%	17%
León	18.571	13.498	5.073	17%	21%	11%
Palencia	6.987	4.806	2.181	19%	23%	14%
Salamanca	17.768	11.964	5.804	24%	29%	18%
Segovia	7.743	5.135	2.608	24%	29%	18%
Soria	4.442	2.678	1.764	19%	21%	17%
Valladolid	17.830	10.896	6.935	23%	25%	21%
Zamora	10.486	6.525	3.961	20%	23%	18%
Castilla y León	112.384	73.431	38.952	22%	25%	17%

Fuente: INE.

Complementariamente, los estudios de prevalencia de demencias que se han venido realizando en los últimos años apuntan a un crecimiento progresivo de esta patología con el incremento de la edad. La prevalencia de la demencia ha crecido en los últimos años junto con la expectativa de vida, duplicándose el número de personas con demencia cada 5 años. El tipo de demencia más frecuente para todas las edades fue el alzheimer, apuntándose una tendencia al incremento importante ligado al envejecimiento de la población (tabla 16).

Tabla 16. Casos estimados de demencias según grupos de edad. Castilla y León.

	Población	% prevalencia demencias	Nº casos estimados demencias
De 65 a 69 años	151.942	1,4	2.127
De 70 a 74 años	143.952	4,1	5.902
De 75 a 79 años	122.924	5,7	7.007
De 80 a 84 años	77.168	13,0	10.032
De 85 a 89 años	47.473	21,6	10.254
De 90 y más años	25.563	32,2	8.231

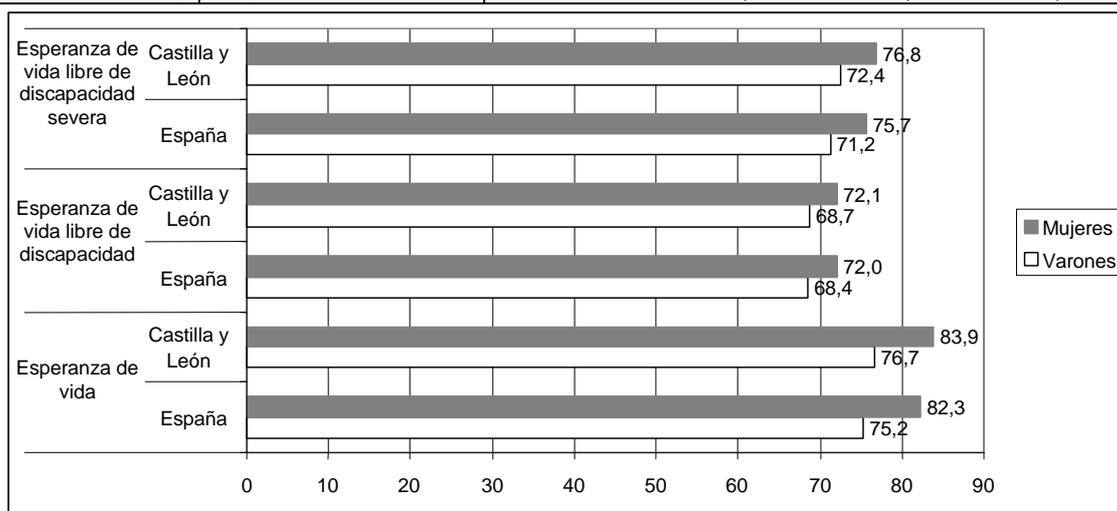
Fuente: II Plan Sociosanitario de Castilla y León.

Las esperanzas de vida (figura 24) ajustadas según estado de salud permiten desagregar la esperanza de vida en fracciones de años vividos en distintas situaciones de salud, por ejemplo, en situación de buena y mala salud percibida. Se trata pues, de indicadores de calidad de vida que complementan la información proporcionado por los indicadores tradicionales de esperanza de vida. Con los datos recogidos por la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud se pueden estimar las esperanzas de vida ajustadas según estado de salud de la población española. La calidad de la estimación es razonablemente buena aunque, debido a la exclusión en el marco muestral de la encuesta de la población residente en establecimientos colectivos, puede adolecer de determinados sesgos, que tendrán mayor relevancia en el caso de poblaciones envejecidas, pues la proporción de personas residentes en residencias se ve incrementada.

El análisis de las esperanzas de vida ajustadas según estado de salud muestra que el proceso de aparición de los problemas de salud sigue una determinada pauta temporal. Como norma general, en primer lugar aparecen las enfermedades crónicas, que conllevan una posterior autopercepción de un mal estado de salud general. Más tarde aparecen las limitaciones en la realización de actividades, es decir, se presenta el fenómeno de la discapacidad; por último, surgen las discapacidades más severas, las discapacidades que determinan la necesidad de asistencia y las relacionadas con las actividades domésticas y de autocuidado.

Figura 24. Comparación de esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad en España y Castilla y León, 1999.

		Varones	Mujeres	Diferencia
España	Esperanza de vida	75,2	82,3	7,10
	Esperanza de vida libre de discapacidad	68,4	72,0	3,60
	Esperanza de vida libre de discapacidad severa	71,2	75,7	4,50
Castilla y León	Esperanza de vida	76,7	83,9	7,18
	Esperanza de vida libre de discapacidad	68,7	72,1	3,35
	Esperanza de vida libre de discapacidad severa	72,4	76,8	4,38



Fuente: INE.

De acuerdo al parámetro del tamaño del hogar, el 21% de las personas mayores con discapacidad viven solas, predominando las mujeres en situación de viudedad. Téngase en cuenta que, según el Censo de 2001, las viudas constituyen el 41% de las mujeres mayores de 65 años, frente al 13% de viudos entre los varones (tablas 17 a 19).

Tabla 17. Personas con 65 y más años con discapacidad que viven solas.

	Ambos sexos			Mujeres			Varones		
	Total	Vive sólo		Total	Vive sólo		Total	Vive sólo	
Ávila	18.835	4.622	25%	11.450	3.298	29%	7.384	1.325	18%
Burgos	23.528	4.644	20%	14.049	4.126	29%	9.479	518	5%
León	31.774	5.877	18%	20.931	4.418	21%	10.843	1.460	13%
Palencia	13.393	2.687	20%	8.270	2.248	27%	5.124	438	9%
Salamanca	28.340	6.172	22%	18.166	5.537	30%	10.174	634	6%
Segovia	12.136	2.536	21%	7.781	1.905	24%	4.355	630	14%
Soria	7.878	1.153	15%	4.903	1.061	22%	2.975	92	3%
Valladolid	32.034	7.331	23%	20.121	6.782	34%	11.914	549	5%
Zamora	23.170	6.002	26%	13.268	5.000	38%	9.901	1.003	10%
Castilla y León	191.087	41.024	21%	118.938	34.375	29%	72.149	6.649	9%

Fuente: INE.

Tabla 18. Prevalencia de personas con 65 y más años con discapacidad que viven solas.

	Ambos sexos	Mujeres	Varones
Ávila	50%	52%	46%
Burgos	30%	37%	12%
León	25%	25%	25%
Palencia	35%	38%	24%
Salamanca	38%	45%	16%
Segovia	37%	37%	34%
Soria	23%	29%	6%
Valladolid	49%	59%	17%
Zamora	52%	59%	34%
Castilla y León	37%	42%	24%

Fuente: INE.

Tabla 19. Personas con 65 y más años con discapacidad severa o total para actividades básicas de la vida diaria por tamaño del hogar.

Tamaño del hogar	Personas
1	15.603
2	32.927
3	13.291
4	6.794
5	3.510
6	2.608
7	671
8	392
Total	75.796

Fuente: INE.

4. LA OFERTA DE SERVICIOS DE LARGA DURACIÓN. ANÁLISIS INSTITUCIONAL.

Partiendo del armazón conceptual que ofrecen los modelos teóricos de aplicación del análisis económico al bienestar social, como pueden ser el del “balance asistencial” o el del “enfoque de producción del bienestar social”, pueden distinguirse cuatro ámbitos o sectores institucionales alrededor de los cuales se estructura la oferta de cuidados de larga duración, y que serían el sector público, las organizaciones privadas no lucrativas, las empresas de servicios y, como una realidad con entidad propia, el apoyo informal prestado por la familia y el entorno de la persona dependiente, conocido frecuentemente en la literatura al uso como la “protección social invisible” ya que se tiende a considerar a los ciudadanos como consumidores de los beneficios de un estado benefactor más que como productores de servicios sociales y sanitarios (Milligan, 2000). Cada uno de estos ámbitos puede ocuparse de la provisión de cuidados o de soportar la financiación del coste de los cuidados, o de una combinación de ambas funciones en colaboración con otros agentes, los cuales se complementan entre sí en muchas ocasiones.

Los rasgos básicos de cada uno de estos ámbitos institucionales son los que se analizan a continuación:

- La ayuda informal es la asistencia aportada a personas dependientes por un miembro de la familia o alguien próximo a la misma, sobre la base de relaciones personales cercanas. Por su propia esencia, se caracteriza por la falta de remuneración, de constitución y de regulación formalizada.
- La respuesta del sector público se canaliza a través de una oferta directa de servicios pero también a través de la posible subvención del precio del servicio en

el mercado. El sector público normalmente estará sometido en su actuación a las reglas que impone el cuerpo administrativo. Generalmente, la actividad de los sujetos públicos se presenta como planificada, orientada a la consecución de múltiples objetivos relacionados con su naturaleza de proveedor de bienes colectivos y de acuerdo a las políticas redistributivas diseñadas.

- Los sectores privados están legalmente separados de las funciones directas de gobierno y administración públicos. Cuando el sector privado tiene además carácter no lucrativo presenta unas restricciones establecidas legalmente a la posible distribución del excedente que genere la entidad. El mercado puede ofrecer opciones tanto de servicios como de financiación, aunque son las primeras las que están más desarrolladas en la actualidad.

En la tabla 20 se muestran, a través de un formato de doble entrada, las relaciones entre estos sectores institucionales, sobre la base de las transferencias reales y financieras que se producen entre ellos con ocasión del desarrollo de servicios de atención social.

Tabla 20. Esquema de transferencias entre los sectores institucionales que participan en la producción del bienestar.

		Sectores institucionales		
		Provisión informal	Mercado	Estado
Transferencias	Provisión de cuidados	Cuidado informal	Cuidados formales mediante proveedores de pago	Servicios sociales
	Financiación de servicios	Pago directo a proveedores	Pago directo por la contraprestación o a través de seguros de cuidados de larga duración o dependencia	Financiación de transacciones de mercado
	Espacio de actuación	El propio hogar	Alojamiento colectivo	Alojamiento colectivo

Fuente: Elaboración propia.

El cuidado informal comprende aquellas interacciones entre el mayor necesitado de apoyos y un miembro de su entorno, que a menudo pertenece a la red familiar, y que ayuda de forma regular a realizar actividades que son necesarias para llevar una vida independiente. Dada la importancia social, el número de personas implicadas, y la relevancia económica de la provisión informal, se ha llegado a colgar a esta fórmula la etiqueta de “segundo estado del bienestar”, incluso dando lugar a que países como España, donde se encuentra ampliamente extendida, se clasifiquen dentro de la categoría de los “estados del bienestar familiaristas”. Pero también en sociedades menos familiaristas, como la norteamericana, distintos estudios señalan que los cuidados personales recibidos por las personas mayores en situación de fragilidad se canalizan en su mayoría a través de familiares sin apoyo o compensación externa, y que la ayuda familiar estaba sufragada ampliamente por las propias personas mayores. Durán (1999) indica que si se valorasen y cuantificasen las horas prestadas por los cuidadores a precios de mercado, el sector informal podría acercarse a una parte considerable de lo que representa el gasto sanitario. Según esta autora, el 5% de los responsables de hogar (mujeres en el 95% de los casos) dedica un promedio de al menos cinco horas diarias a cuidar a un familiar enfermo o dependiente, estimando que para sustituir ese tiempo por trabajo remunerado sería necesario crear en España al menos unos 600.000 puestos de trabajo. Por ejemplo, suele señalarse como, entre los enfermos de alzheimer, un 66% de los casos están atendidos por familiares (Casado y López, 2001). Uno de los datos más relevantes aportados por el estudio de Rodríguez Cabrero (1999) es que si se tuviera que pagar a cada persona que cuida a un mayor en su domicilio por las horas que trabaja, a un coste por hora de servicio doméstico de 1999, el salario de las más de dos millones de cuidadoras (ya que casi el 80 por ciento son mujeres) alcanzaría la considerable cifra de tres billones anuales de las antiguas pesetas.

La familia puede responder a una necesidad de cuidados mediante una aportación de tiempo, es decir ofreciendo cuidados personales de forma espontánea, o financiando esos cuidados en el mercado, mediante una aportación de dinero. Cuando los apoyos no encierran una especial complejidad suele optarse por proveer directamente la asistencia necesaria al mayor dependiente, teniendo en cuenta que tal responsabilidad suele recaer en mujeres de edad intermedia o avanzada, como diversos estudios señalan y comentaremos de modo inmediato. A medida que los cuidados encierran mayor complejidad o requieren más tiempo, tienden a ser sustituidos por la financiación de los mismos, permaneciendo la familia como entidad de referencia exterior (simplemente porque se haga cargo de sufragar el coste de los cuidados). Esto produce que a menudo solamente las situaciones más graves se hagan visibles en el mercado de servicios formales.

La literatura científica ha estudiado el perfil de los cuidadores informales y los efectos que comporta para los mismos la prestación de cuidados de forma permanente en el tiempo. Así, según la OCDE (1998), se estima que los cuidados informales representan un promedio de cerca del 75% de toda la ayuda que reciben las personas mayores dependientes en los países desarrollados, correspondiendo el resto a los cuidados de larga duración provistos formalmente por el sector público y por el mercado privado. En la investigación sobre el cuidado informal del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) para el entonces INSERSO, referida a España para el período de 1995 (INSERSO, 1996), se afirma que en un 12% de las viviendas familiares se practica algún tipo de ayuda informal y se resalta que la ayuda que proveen los cuidadores es en un 75% de los casos permanente, siendo la ayuda por turnos o temporal muy minoritaria. Del conjunto de la muestra, el 55% de los cuidadores declara ejercer la única ayuda que recibe la persona ayudada.

Ya en 1993, el estudio realizado por el CIS recogía que el 83,9% de los cuidadores de ancianos dependientes eran mujeres, esposas e hijas, en un 70% con una edad superior a los 45 años. Puede inferirse, al respecto el fundamental papel que han desempeñado en las redes familiares las mujeres mayores criando a los hijos, criando a los nietos cuando sus hijas se han insertado en el mercado laboral, cuidando a sus padres y cuidando asimismo a sus maridos. El apoyo informal es también mayoritariamente de carácter continuo, en un 75% de los casos, y en un alto grado tiene bastante intensidad, destinado el 53% más de cinco horas diarias, un 20% de tres a cinco horas diarias, y el 20% de una a dos horas diarias.

En el estudio de Rodríguez Cabrero (1999) se señala también como siete de cada diez personas que cuidan a personas mayores son mujeres. El 85% de las cuidadoras tiene una edad superior a los 45 años y el 56% ocupa en esta labor más de cuatro horas diarias, mientras que solamente un 18% dedica menos de dos horas. Según Puga (1999), el 88,9% de los mayores dependientes declaran recibir ayuda desde el sector informal, sean familiares o amigos, que ayudan a un 86% de las mujeres mayores dependientes, pero que llegan a ocuparse del 93% de los casos de los ancianos con necesidades de ayuda. Esto es debido a que en la mayoría de las situaciones en las que es un varón el que necesita ayuda, éste es atendido por su esposa, generalmente más longeva, pero no necesariamente con mejor estado de salud. El perfil del cuidador es claramente femenino: las mujeres dependientes son cuidadas en un 40% de los casos por sus hijas frente a un 15% en los cuales quien se ocupa es el marido. Por el contrario, los varones dependientes son atendidos por sus mujeres (35,5%), y en gran medida también por sus hijas (33,3%). Respecto a la edad de los cuidadores, una parte considerable de los mismos es a su vez una persona de edad, incluso un 12% de las personas que ayudan a otras tiene más de 70 años, con sus implicaciones de carga, cansancio, falta de preparación e información sobre cómo

acometer la tarea, y generalmente con escaso o nulo apoyo de cuidadores secundarios o de servicios sociales. El mayor porcentaje de cuidadores son mujeres entre 40 y 64 años.

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, publicada por el INE recogió información sobre las ayudas de diverso tipo recibidas por las personas con discapacidad. Los resultados publicados hasta el momento tratan con detalle las ayudas de asistencia personal recibidas, incluyendo datos sobre la relación personal del prestador principal con las personas con discapacidad, el lugar de residencia del prestador principal y el número de horas que éste dedica semanalmente a los cuidados. Los datos aportados por la encuesta confirman que siguen siendo las familias las que están asumiendo, en su mayor parte, el cuidado de las personas dependientes, a través del apoyo informal, recayendo la responsabilidad casi exclusivamente en mujeres de entre 45 y 69 años.

El modelo familiarista presenta, al menos teóricamente, rasgos positivos en cuanto a que evita o retrasa la institucionalización y ahorra costes colectivos, pero es posible prever serias amenazas en el horizonte para que pueda mantener los niveles actuales de atención. Las teorías económicas dicen que cuanto mayor es el valor del tiempo del entorno familiar, más probable es que se realice una transferencia de dinero en vez de servicios (Knapp, 1990). Por otro lado, como se ha visto, convencionalmente, el cuidado de los mayores en el ámbito familiar se ha basado hasta el momento en el tiempo y el trabajo de las mujeres, puesto que antaño era menor su integración en el mercado laboral remunerado, pero el tiempo y el esfuerzo requeridos para proveer cuidados no van a permitir en muchos casos su compatibilidad con el desarrollo de una profesión.

A corto y medio plazo, en Europa, en España y, especialmente, en Castilla y León, puede preverse un recorte significativo del apoyo informal, en razón de la evolución demográfica de los últimos decenios y la previsible evolución futura de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Este fenómeno parece ya inevitable hasta el punto de que, en la actualidad, se habla de crisis de la atención informal. La disminución de las posibilidades del apoyo informal se une a la tendencia observada que apunta a un aumento de la independencia intergeneracional en cuanto a modos de convivencia se refiere y consecuentemente produce un incremento de hogares unipersonales entre las personas mayores, debilitando la red de "protección social invisible".

La primera de las razones que permite suponer que el modelo basado en el apoyo informal no puede sostenerse a medio plazo es de tipo demográfico, pues cada vez existen menos mujeres con disponibilidades de cuidar y más personas que precisan cuidados de larga duración. La cuestión no se reduce a un problema de magnitud, ya que el incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia, motivado por el envejecimiento de la población y por el incremento de la morbilidad, coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo, fenómenos ambos que están haciendo disminuir sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales, haciendo que el modelo de apoyo informal, que ya ha empezado a entrar en crisis, sea insostenible a medio plazo. Los cambios en la estructura familiar y el desembarco de las generaciones de mujeres jóvenes al mercado laboral, con el consiguiente cambio de posición social que supone, son los factores desencadenantes del agotamiento de este modelo.

Este conjunto de circunstancias ha sometido a la familia a importantes tensiones de adaptación. La institución familiar sigue cumpliendo sus funciones clásicas, pero se ha

visto obligada a hacer frente, además, a nuevas demandas, como resultado del retraso en el proceso de emancipación de los hijos y de la mayor carga de cuidados que supone el incremento en el número de personas dependientes. Estas responsabilidades recaen fundamentalmente en las mujeres de las generaciones intermedias, y entran en contradicción directa con las demandas derivadas del cambio que se está produciendo en el rol social femenino, que se empieza a incorporar de manera muy activa al mundo del trabajo retribuido y al conjunto de las instituciones sociales.

Ciertamente, en los últimos años se ha producido una incorporación progresiva y creciente de la población femenina al mercado laboral, cada vez con mayores cualificaciones y niveles formativos. En 2002 la tasa de actividad femenina en España era del 41,8%, una de las más bajas de Europa y lejos de la media, que se sitúa en un 48%; la tasa de Castilla y León era inferior aún, un 36,9%. Sin embargo, desde 1995 el crecimiento de las mujeres empleadas ha sido constante y muy pronunciado, con tasas anuales que duplicaban a las europeas, y sólo por debajo de Irlanda, en una tendencia convergente a la media europea. No obstante, la persistencia de la tradicional asignación de roles sociales entre los sexos continúa afectando negativamente a su integración y promoción social y laboral. Las mujeres siguen siendo quienes se ocupan de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, bien como actividad exclusiva, bien como extensión de la jornada laboral extradoméstica, y son quienes generalmente se responsabilizan de la prestación de cuidados a familiares enfermos, discapacitados y mayores, lo que supone en muchos casos un importante obstáculo para su integración en el sistema productivo, al ser esta una tarea intensiva en trabajo y en tiempo, que se extiende durante largos periodos (Marí-Klose et al, 1998).

Por otro lado, la difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado, así como las dificultades y obstáculos que encuentran los jóvenes para obtener una estabilidad laboral y de ingresos, retroalimenta el fenómeno del envejecimiento poblacional, pues ha originado el retraso de la maternidad y una brusca y continuada reducción de la misma. Se produce una coincidencia temporal entre el periodo de maternidad y crianza de los hijos con el de integración y consolidación laboral, con una más que evidente falta de adecuación del mercado de trabajo a esta realidad.

Para medir la disponibilidad demográfica de la atención informal, la Comisión Europea utiliza el índice de atención potencial de personas mayores (número de mujeres entre 45 y 69 años sobre la población con 70 y más años). La justificación de este indicador deriva del hecho constatable de que la mayor parte de los cuidadores informales son mujeres entre esas edades. En los años 60, el índice ascendía a 2,4 en Europa; en 1990 se situaba en 1,6; y se prevé que para el 2015 la proporción descienda a 1,3. En Castilla y León esos niveles son inferiores, el índice de atención potencial se sitúa en 0,86 con datos de 2002. Esto significa que la disponibilidad demográfica no sólo es muy baja en Castilla y León, sino que, además, desciende a un ritmo fuerte: en los últimos 10 años, cerca de un 30%. Es decir, en Castilla y León los mayores tienden a permanecer en su hogar en mayor medida que en el resto de España, hasta que las condiciones personales empeoran tanto que les resulta imposible continuar.

La simple observación de la evolución de este discriminatorio indicador permite deducir que el cuidado de las personas mayores dependientes en el futuro deberá dejar de ser casi exclusivamente femenino. Las hipótesis que desde diversos ámbitos se vienen propugnando (OCDE, 1996, Rodríguez Cabrero, 1999) apuestan por un cuidado compartido y por la puesta en marcha de sistemas integrales de atención a la dependencia que ofrecería unas expectativas más sensibles a la realidad

sociodemográfica actual. Un elemento muy negativo que puede inferirse de los anteriores argumentos es que las posibilidades de atención informal hasta hace unos años eran relativamente altas por la baja actividad y el elevado paro de la población femenina. El desarrollo de una oferta adecuada y suficiente de cuidados formales sería absolutamente necesario en este contexto, para permitir una efectiva igualdad de oportunidades en la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Los servicios formales de atención a la dependencia comprenden un conjunto de servicios provistos por entidades y organizaciones, de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro, para cubrir las necesidades de los mayores dependientes, en su hogar, en la comunidad o en una institución cerrada, habitualmente en este caso de tipo residencial. Los llamados sistemas de servicios sociales se configuran como uno de los tres sistemas de acción social segregados del contenido clásico del aseguramiento de la Seguridad Social: el sistema de protección de la salud, el sistema de Seguridad Social, que atiende a situaciones de necesidad con prestaciones económicas y un sistema de servicios sociales que contemplaría prestaciones específicas para determinados colectivos sociales como los mayores. Hay que tener presente que los sistemas de acción social, como queda señalado en reiteradas ocasiones a lo largo de este trabajo, se encuentran descentralizados organizativamente sobre una base autonómica y también se prestan a través de los niveles de gobierno locales, lo cual implica una diversidad normativa entre la regulación de las comunidades autónomas y los requisitos impuestos por las administraciones locales.

La evolución actual de los patrones sociales y demográficos de la población atendida, unida a la crisis de la atención informal, requiere por parte de los sistemas de acción social, y dentro de ellos, por parte de los poderes públicos, una respuesta de carácter

integral socialmente aceptable y con suficiencia económica. El cambio en la orientación de las políticas públicas destinadas a las personas mayores tiene que ver, indudablemente, con las transformaciones sociales y con los cambios en el perfil de las personas atendidas, y surge de la necesidad de afrontar una situación cuantitativa y cualitativamente distinta.

Puesto que uno de los pilares de los principios sobre los que se asienta el sistema se basa en la presencia de un volumen significativo de personas dependientes que presentan conjuntamente necesidades sociales y sanitarias, frente al modelo anterior enfocado hacia las necesidades económicas y sociales, es preciso tener en consideración que en España, la organización administrativa del sistema nacional de salud, asumidas ya por todas las comunidades autónomas las competencias en esta materia, se encuentra separada de la del sistema de protección social, es decir, la atención a un conjunto de necesidades sociosanitarias que puede presentar una persona con dependencia se produce desde dos sistemas distintos.

El desarrollo de los servicios sociales públicos para personas mayores adquirió gran relevancia en España durante la década de los ochenta con el impulso del entonces INSERSO. En esta época se produjo una época dorada de construcción de residencias de gran capacidad, destinadas a personas que se valían por sí mismas y que sufrían múltiples carencias socioeconómicas, basadas en un enfoque de instalación “hotelera” de gran calidad y bajo el paraguas de un sistema público, bajo el paradigma de “dar a nuestros mayores lo que nunca tuvieron en su época de duro trabajo”. En la década posterior todas las comunidades autónomas ya han asumido las principales competencias en materia de servicios sociales, configurando los distintos sistemas autonómicos de acción social y asumiendo la titularidad del patrimonio de las residencias que en su día gestionaba el INSERSO. También otras administraciones

públicas, del ámbito local, se ven involucradas en la oferta de plazas residenciales y aunque en algunos casos no se limitan a dar servicio a su ámbito geográfico competencial, lógicamente, suelen privilegiar a su población a la hora de organizar el acceso al servicio.

El reparto de funciones de un mismo proceso asistencial de atención a la dependencia es una de las características en el marco de los sistemas mixtos de producción del bienestar, distinguiéndose al menos entre producción, provisión y financiación. La tendencia es que las administraciones públicas deberán crecer al menos como proveedores, garantizando el acceso a los recursos a sectores muy amplios de población. No obstante, el sector público tiende, en cambio, cada vez más, a externalizar la producción de estos servicios, buscando la especialización de entidades no lucrativas y empresas, a través de vías como la concertación. En algunos países europeos se está avanzando en las estrategias de financiación de los servicios, evolucionando desde la clásica financiación del recurso a través del presupuesto o la concertación de plazas a las fórmulas financieras basadas en el cheque servicio o la implantación de un seguro de dependencia.

Derivado de estos nuevos planteamientos se amplía la presencia de los operadores no lucrativos y empresariales como proveedores y productores de servicios de bienestar, aunque en la actualidad la accesibilidad de los mayores a estos servicios mercantilizados sigue estando limitada a aquellos que tienen “poder de mercado” (pensiones más altas, sufragado por familiares, etc.). Hay que señalar que la oferta de la empresa privada se muestra fragmentada y no suele aspirar a aportar soluciones innovadoras, sino simplemente a repetir la misma lógica del ámbito público conteniendo sus costes para poder competir en precios. Sin embargo, la iniciativa privada empresarial, ha conseguido ofrecer una respuesta ágil al situarse en los polos

de mayor demanda como, por ejemplo, el entorno de las ciudades y consiguiendo una fuerte cuota del mercado residencial en relativamente poco tiempo.

Por otro lado, el atractivo de las entidades privadas que no tienen finalidad lucrativa reside en que pueden desarrollar unos servicios sociales flexibles de forma gratuita, o bien a un precio accesible de acuerdo a la capacidad de pago del usuario, precisamente por tener acceso a fondos cuya retribución no es exigible. A cambio, acuden a fuentes de financiación que alleguen fondos para la organización sin comprometer la independencia y evitando hipotecar el futuro de la entidad. Ahora bien, el principal problema que se suele plantear en entidades con gran tradición y arraigo es precisamente la antigüedad de sus instalaciones, a veces heredadas de la época de la beneficencia, con los consiguientes problemas para afrontar su reposición, cuando a los centros de hoy en día se les exige unas condiciones muy distintas a las características de los antiguos asilos. La adaptación a las nuevas circunstancias de centros que se han quedado anticuados supone un esfuerzo muy importante que muchas entidades no pueden asumir, precisando de la colaboración financiera del sector público. La adecuación estructural, organizativa y de recursos humanos a unos clientes mayores “muy mayores” y con mayores niveles de dependencia es un reto considerable para muchas de estas entidades.

En las tablas 21 a 25 y en las figuras 25 a 31 se han reflejado toda una serie de características a escala europea, española y de Castilla y León, que permiten dibujar los rasgos básicos de la situación de los recursos residenciales apuntados a lo largo de las líneas previas.

Tabla 21. Evolución de las plazas residenciales en España. Años 1975-2000.

Año	Población > 65 años	Plazas	Ratio
1975	3.757.754	55.000	1,46
1988	4.961.456	106.488	2,15
1994	5.761.767	163.338	2,83
1998	6.196.300	198.352	3,20
2000	6.739.559	213.398	3,17

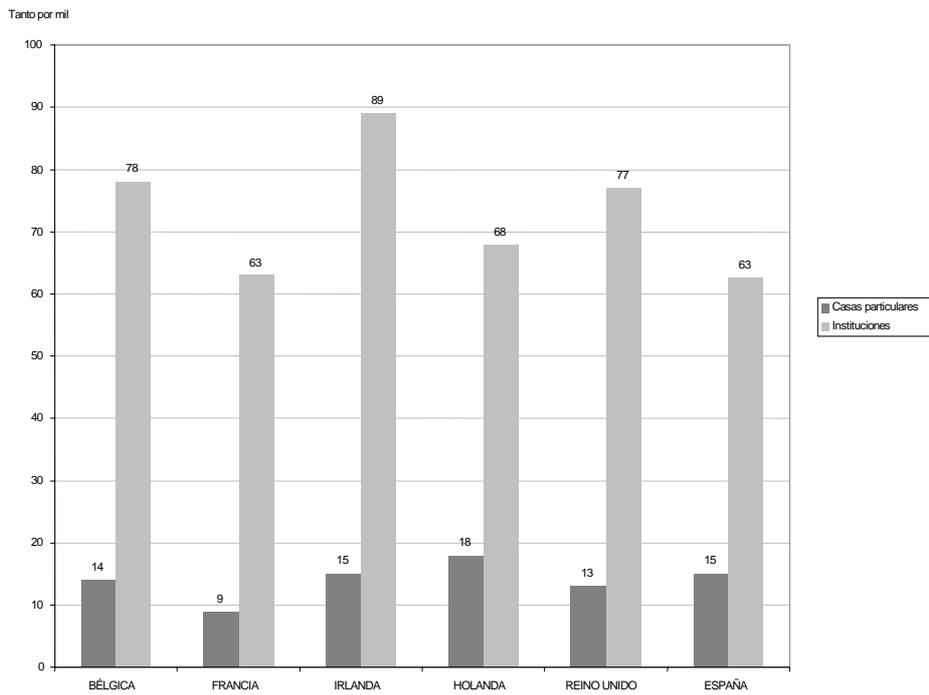
Fuentes: INE e IMSERSO.

Tabla 22. Ratios de cobertura de plazas residenciales sobre población mayor de 65 años en varios países de la Unión Europea.

Países	% de personas mayores de 65 años viviendo en instituciones
Bélgica	6,4%
Dinamarca	7%
Alemania	6,8%
España	2,9%
Francia	6,5%
Irlanda	5%
Italia	3,9%
Luxemburgo	6,8%
Holanda	8,8%
Austria	4,9%
Finlandia	6,9%
Suecia	8,7%
Reino Unido	5,1%

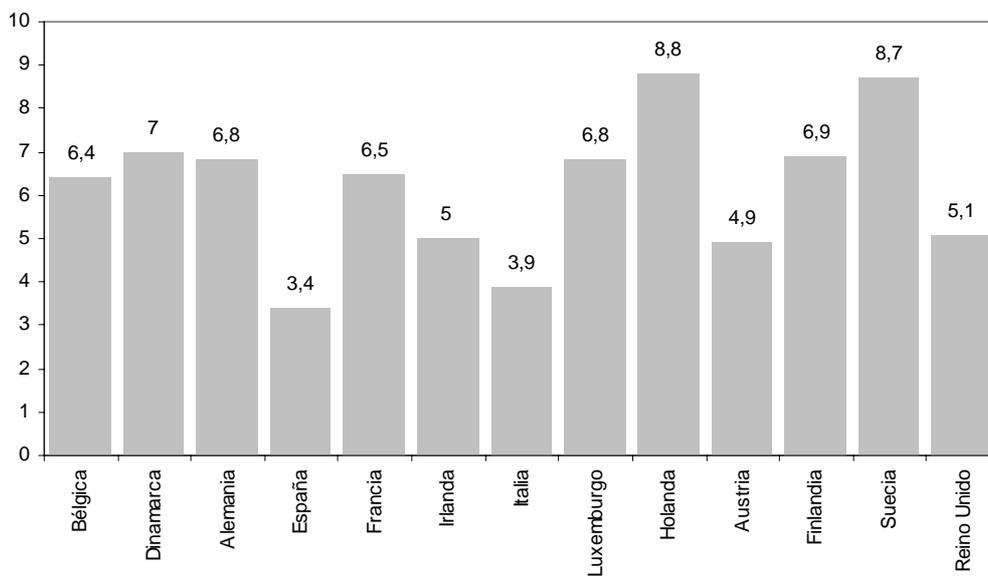
Fuente: Eurostat (2003).

Figura 25. Comparación de ratios de atención en varios países europeos.



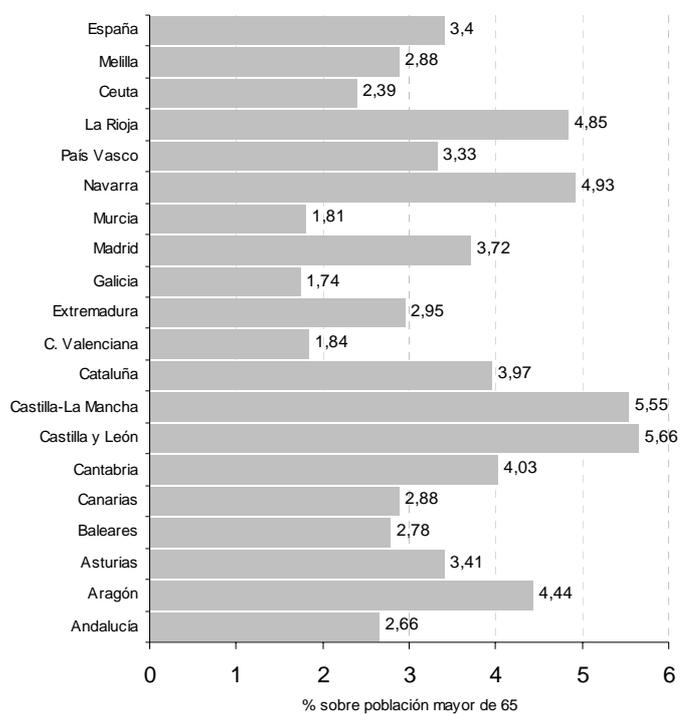
Fuente: Eurostat (2003).

Figura 26. Comparación del porcentaje de personas mayores de 65 años viviendo en residencias en Europa.



Fuente: Eurostat (2003).

Figura 27. Comparación entre comunidades autónomas del ratio que relaciona el número de plazas residenciales y la población mayor.



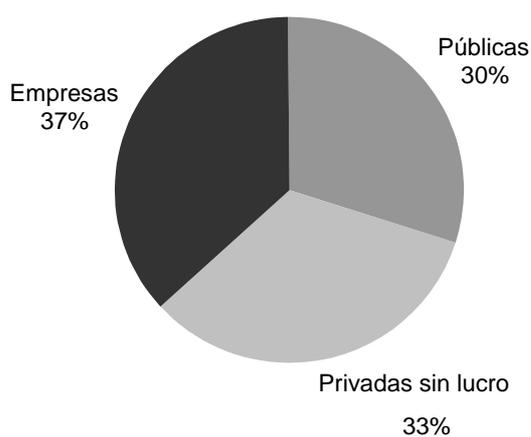
Fuente: Observatorio de personas mayores del IMSERSO (2002).

Tabla 23. Número de plazas residenciales y cobertura por comunidades autónomas.

	Nº Plazas públicas	Nº Plazas privadas	Cobertura total	Cobertura de plazas públicas
Andalucía	13.882	15.151	2,66%	1,27%
Aragón	2.725	8.827	4,44%	1,05%
Asturias	2.882	5.121	3,41%	1,23%
Baleares	2.031	1.541	2,78%	1,58%
Canarias	3.687	2.433	2,88%	1,73%
Cantabria	1.115	3.033	4,03%	1,08%
Castilla y León	10.990	20.894	5,66%	1,95%
Castilla-La Mancha	6.336	13.225	5,55%	1,80%
Cataluña	16.838	27.107	3,97%	1,52%
C. Valenciana	9.090	3.885	1,84%	1,29%
Extremadura	2.634	3.450	2,95%	1,28%
Galicia	3.877	6.036	1,74%	0,68%
Madrid	12.447	17.152	3,72%	1,57%
Murcia	1.444	1.643	1,81%	0,85%
Navarra	2.462	2.521	4,93%	2,44%
País Vasco	5.682	6.351	3,25%	1,53%
La Rioja	854	1.751	4,83%	1,58%
Ceuta	111	82	2,39%	1,38%
Melilla	90	112	2,88%	1,28%
España	99.177	140.315	3,40%	1,41%

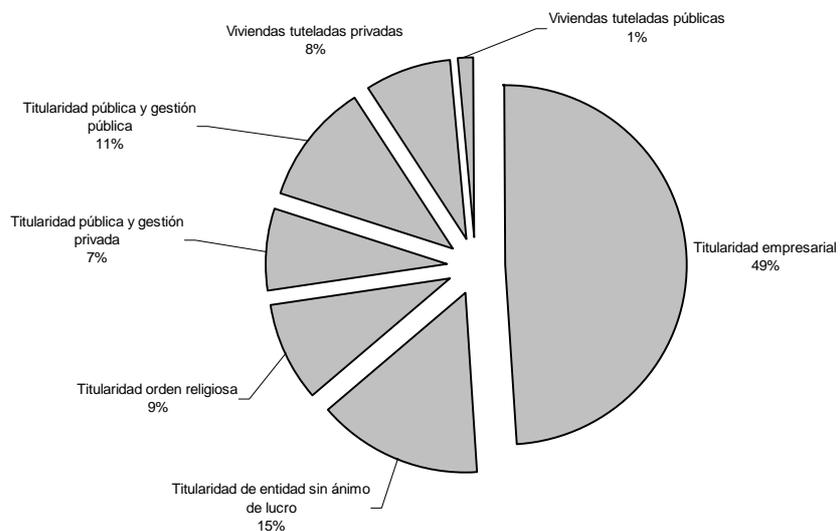
Fuente: Observatorio de personas mayores del IMSERSO (2002).

Figura 28. Proporción de plazas residenciales en Castilla y León en función del sector institucional al que pertenece la entidad titular.



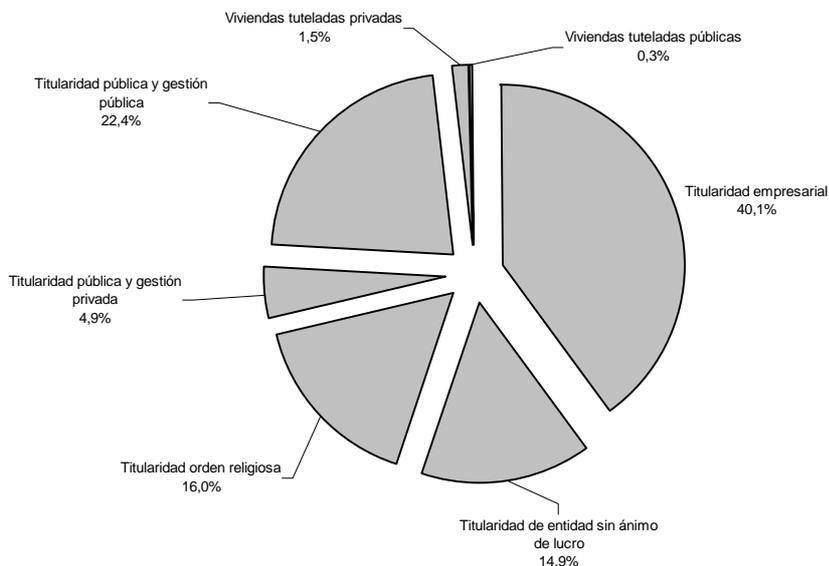
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Antares Consulting (2003).

Figura 29. Distribución del número de residencias en Castilla y León según la tipología de la entidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Antares Consulting (2003).

Figura 30. Distribución del número plazas residenciales en Castilla y León según tipología de entidad.



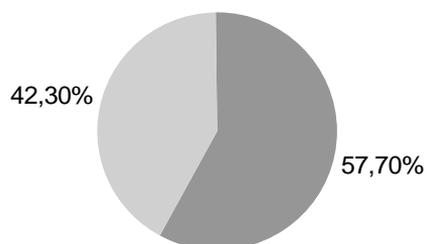
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Antares Consulting (2003).

Tabla 24. Porcentaje de cada tipología de residencia de Castilla y León respecto al total nacional.

	% en el número de residencias sobre el total de España	% en el número de plazas sobre el total de España
Titularidad empresarial	11,6	11,5
Titularidad de entidad sin ánimo de lucro	13,6	13,3
Titularidad orden religiosa	9,4	13
Titularidad pública y gestión privada	13,3	8
Titularidad pública y gestión pública	11,8	14,6
Viviendas tuteladas privadas	20	13,3
Viviendas tuteladas públicas	3,2	2,1
Total	11,7	12,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Antares Consulting (2003).

Figura 31. Porcentaje de plazas de gestión pública y de gestión privada en el conjunto de residencias de titularidad pública de Castilla y León.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Antares Consulting (2003).

Tabla 25. Plazas por empleado de acuerdo a la tipología de residencias en Castilla y León.

	Plazas por empleado
Titularidad empresarial	1,9
Titularidad de entidad sin ánimo de lucro	3,1
Titularidad orden religiosa	3,4
Titularidad pública y gestión privada	2,6
Titularidad pública y gestión pública	1,9
Viviendas tuteladas privadas	1,9
Viviendas tuteladas públicas	3,6
Total	2,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Antares Consulting (2003).

5. DELIMITACIÓN DEL MODELO CENTRO RESIDENCIAL.

Partiendo de la idea de que la atención a las personas mayores necesitadas de apoyos y asistencia permanente o crónica requiere de infraestructuras especializadas, los centros residenciales siguen siendo un recurso con un protagonismo esencial en el sistema de acción social. La oferta de atención integral y vivienda con carácter permanente que proporcionan los centros residenciales fundamenta hoy en día una parte muy importante en la política de atención a las personas mayores, especialmente entre aquellos que presentan en algún grado situaciones de dependencia, cuando la alternativa del mantenimiento en el entorno no se muestra posible. El modelo predominante de atención para las personas mayores que precisan recurrir a los servicios sociales exige inexcusablemente un aseguramiento de que en aquellos casos en los cuales se manifieste una imposibilidad de mantenimiento en el entorno se va a dar cobertura adecuada a través de unos servicios especializados de calidad, próximos e integrales para aquellos ciudadanos que, finalmente, precisan recurrir a ellos. En la medida en que las personas viven más tiempo y crece la población muy longeva también crece el número de estas personas que no podrían vivir decentemente sin asistencia (Ikegami y Campbell, 2002).

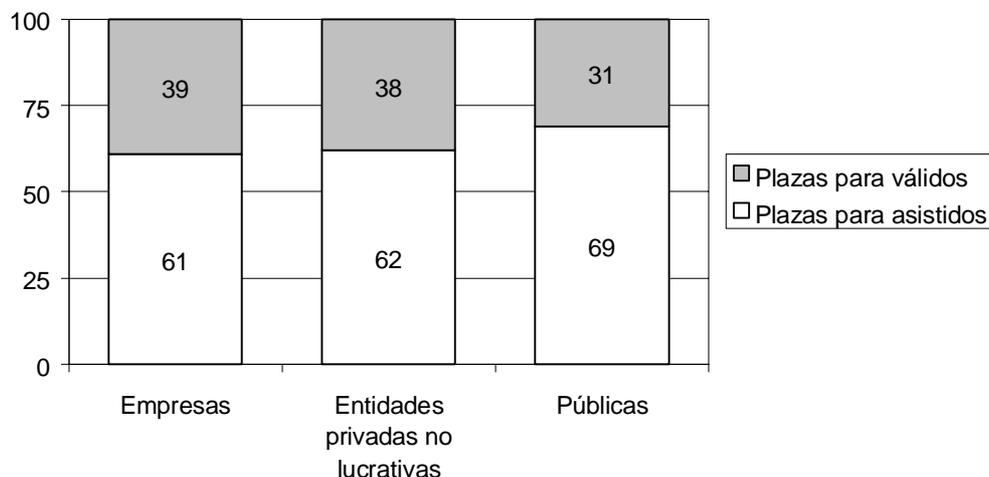
La red de plazas residenciales que se ofertan desde el sector público y su dotación de medios se convierte, por lo tanto, en un pilar básico de la política social de atención a la dependencia. En realidad, y de acuerdo a las normativas autonómicas, todos los centros residenciales para personas mayores, de carácter público o privado, forman parte de los recursos integrados en los sistemas de acción social. Esto implica, entre otras cuestiones, un régimen de autorización y acreditación previa al funcionamiento del centro, sometido a exigencias normativas de mínimos muy estrictas, con el objeto de asegurar la calidad de la oferta frente a un cliente que, por sus características,

suele encontrarse en una situación de vulnerabilidad que le impide defender sus intereses en este ámbito a través de un acuerdo con el oferente. La autorización se plasma en un acto administrativo por el cual se permite la apertura y el funcionamiento, la modificación o la clausura de los centros residenciales. No solamente es necesaria la autorización en los casos de puesta en marcha, sino también cuando se produzca cualquier tipo de cambio que modifique las condiciones en que se otorgó la misma.

En su concreción práctica, la idea de la institución residencial está enfocada en atender y dar alojamiento a la población mayor considerada asistida desde la perspectiva de la gerontología. Se suele afirmar que el propósito fundamental de las residencias es suministrar cuidados de larga duración a personas dependientes, a pesar de lo cual la realidad señala que existe un número de plazas que se ofrecen a personas totalmente independientes (“válidos”). Esta anomalía, según Hennessy (1995), tiene su origen en la persistencia entre algunas personas mayores de problemas de pobreza y vivienda no resueltos¹⁶. Distintas voces autorizadas abogan por una reestructuración del sistema de acuerdo a la tipología de usuarios a los que se dirige, es decir, convertir las residencias en verdaderos centros para personas con dependencia, lo cual exige una adecuada reconversión de muchos de los existentes. Así se señala, por ejemplo, en el Informe del Defensor del Pueblo del año 2000. En la figura 32 se puede apreciar como, en el caso de Castilla y León, todavía en la actualidad el número de plazas para válidos es muy significativo.

¹⁶ El Informe GAUR (1975) en el que se realiza un detallado análisis sobre las condiciones de vida de los jubilados españoles indicaba que en aquellos años *“la pobreza está presente en los ancianos en proporciones escandalosas (...) un 12% no tiene ningún ingreso estable, uno de cada tres percibe menos de 1.000 ptas. mensuales y los ingresos del 50% no llegan a las 2.000 ptas. En conjunto, cada anciano cuenta con unas 85 ptas. diarias para atender sus necesidades”*. *“El 75% de sus viviendas carecían de uno o varios equipamientos básicos, el 45% del total de los ancianos no podía realizar su deseo de utilizar la radio, televisión, periódico o cine por falta de dinero.”*

Figura 32. Porcentaje estimado de plazas para asistidos en residencias para personas mayores segmentando en función del sector institucional de pertenencia de la entidad titular.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Antares Consulting (2003).

Lo cierto es que en estos años puede constatarse como ha cambiado el enfoque gerontológico bajo el cual se concebían los centros residenciales. En su concepción original, las residencias daban respuesta a necesidades económicas y sociales, mientras que hoy en día, de acuerdo a la evolución sociodemográfica de la población atendida, priman las sanitarias y las sociales. Este cambio en la visión de la oferta produce que las plazas de válidos carezcan de sentido, pero, como contrapartida, la transformación de una plaza de válido en una de asistido no es un mero cambio de etiqueta. Las mayores necesidades de apoyo que requieren los usuarios con dependencia incrementan los recursos humanos precisos, implican un mayor consumo de recursos físicos y una infraestructura diferente (pasillos para sillas de ruedas, baños adaptados y con dispositivos de emergencia, etc.). En este sentido, en una situación como la actual, las plazas de válidos son más económicas pero se han vuelto más ineficientes “socialmente”.

Como consecuencia de esta evolución, puede apreciarse como hoy en día muchos centros residenciales que llevan años implantados están sufriendo un proceso de transformación importante. Los antecedentes históricos de los actuales centros residenciales eran los asilos de antaño, promovidos por la beneficencia laica o de carácter religioso. En los años setenta del pasado siglo fue cuando se consolidaron las grandes residencias públicas, empezando a finales de los ochenta a ser significativas las pequeñas residencias promovidas por la iniciativa privada empresarial.

En la última década se ha producido un desarrollo considerable del conjunto de los recursos residenciales, que se traduce en un aumento del número de residencias y en su capacidad de oferta de plazas. Aunque son varios los factores que han contribuido, en mayor o menor medida a estos cambios, sin duda uno de los vectores principales es la creciente presión de la demanda social a la que hay que dar cobertura ante los retos que impone el pulso demográfico. La oferta de cuidados para las personas mayores dependientes se ve afectada por los cambios en el perfil de sus clientes causados por las transformaciones sociales. El resultado de la introducción de las empresas en el mercado residencial conllevó en un primer momento una fuerte atomización, donde cada entidad frecuentemente era titular de un único centro, presentando el conjunto una heterogeneidad significativa en cuanto a la dotación de medios y conformando un mosaico de centros de desarrollo muy variopinto. Las empresas inmobiliarias son las grandes responsables del dinamismo que en los últimos años ha experimentado el sector privado de la atención residencial para la tercera edad. Grandes grupos empresariales compuestos por entidades financieras, compañías aseguradoras y, sobre todo, empresas inmobiliarias se han constituido como grupos gestores que, con el apoyo de entidades patrimoniales, se han lanzado a la creación de este tipo de centros.

Aunque el esquema actual del modelo de atención residencial más generalizado se orienta hacia la cobertura de situaciones de dependencia, ello no supone un obstáculo para que el modelo residencial pretenda convertirse en un recurso que potencie la autonomía. Para ello, en primer término, se consagra el principio básico del mantenimiento del mayor en su entorno, contemplándose la institucionalización en un centro residencial como el último recurso. El alcance de este enunciado no se limita en su expresión práctica al mantenimiento material en su domicilio, sino que su contenido se extiende a la búsqueda de soluciones integrales a las necesidades de participación en sociedad. Una vez superado el enfoque asistencial en el modelo de centro a favor de la concepción integral, los centros se nutren cada vez en mayor medida por un grupo cada vez más amplio y diverso de profesionales. Así, entre los rasgos de la atención social que progresivamente perfilan actualmente las residencias, concebidas como un dispositivo multiservicio, se encuentran la promoción y el mantenimiento de la autonomía física del mayor, la detección y el seguimiento de necesidades sanitarias, la intervención psicosocial sobre el residente y sus familias, la oferta de actividades que favorezcan la socialización y el esparcimiento de sus habitantes, etc. En cualquier caso los centros deben estar preparados para prestar servicios "no estrictamente residenciales" como estancias diurnas, nocturnas, lavandería, comedor, formación a familias, etc. En aras de ofrecer una alta calidad a sus residentes, parece interesante que su ubicación se planifique próxima a un hospital, en la medida de lo posible. Por otro lado, dada la pluralidad existente de sectores institucionales, y la autonomía de decisión dentro de su ámbito organizativo, no es posible ignorar que en la oferta coexisten otras visiones de los servicios sociales para personas mayores con un componente mayor o menor de carácter paternalista, hostelero, clínico, etc. que desenfocan el objetivo último de atención a personas con problemas de dependencia.

Existen diferentes definiciones de centro residencial para personas mayores, que suelen responder a distintas concepciones de la atención que deben ofertar (Abramovice, 1988). Uno de los enfoques enfatiza el carácter de las residencias como equipamientos que prestan una atención permanente y una asistencia integral a los ancianos mediante los servicios de alojamiento y manutención, atención médica y geriátrica, rehabilitación, terapia ocupacional, y otros servicios de carácter cultural y recreativo. Otros autores hacen hincapié en el lado más “social” de la necesidad, señalando el carácter de alternativa al alojamiento de aquellas personas que por motivos de soledad o incapacidad no pueden continuar viviendo en su domicilio actual. En algunas normativas autonómicas se hace referencia *"a los servicios sociales residenciales para la Tercera Edad"*, entendidos como *"aquellos establecimientos destinados al alojamiento, mantenimiento y atención sociosanitaria de cinco o más personas mayores de sesenta años"* o a los *"establecimientos que mediante contraprestación económica proporcionan alojamiento, manutención y atención a cinco o más personas mayores de sesenta años, así como a aquellas otras que por circunstancias personales puedan equipararse a las del mencionado colectivo."*

Particularmente interesante puede ser la definición que aporta el Grupo de Estudios de Residencias de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología que considera la residencia como *"un centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia"* (Rodríguez, 1995). Parecido enfoque es el que habla de *"centros abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria continuada e interprofesional, en el que viven, temporal o permanentemente, personas mayores con algún grado de dependencia y problemática social acompañante donde se cubren todas sus necesidades de forma integral"*.

En todas estas definiciones puede destacarse el objetivo del mantenimiento de la autonomía y, por tanto, la necesidad de que el diseño arquitectónico deba garantizar que las características del centro contribuyen a la máxima autonomía personal de los residentes (Guillén y Ribera, 2000), no limitándose ésta a la mera capacidad funcional (Rodríguez, 1996). Los centros gerontológicos deben tender a parecerse el máximo posible a las viviendas y los domicilios de los que proceden los usuarios y a los edificios normales en el diseño y entramado urbanístico para lograr los objetivos de normalización e integración, así como una más fácil adaptación (Leturia, 1999).

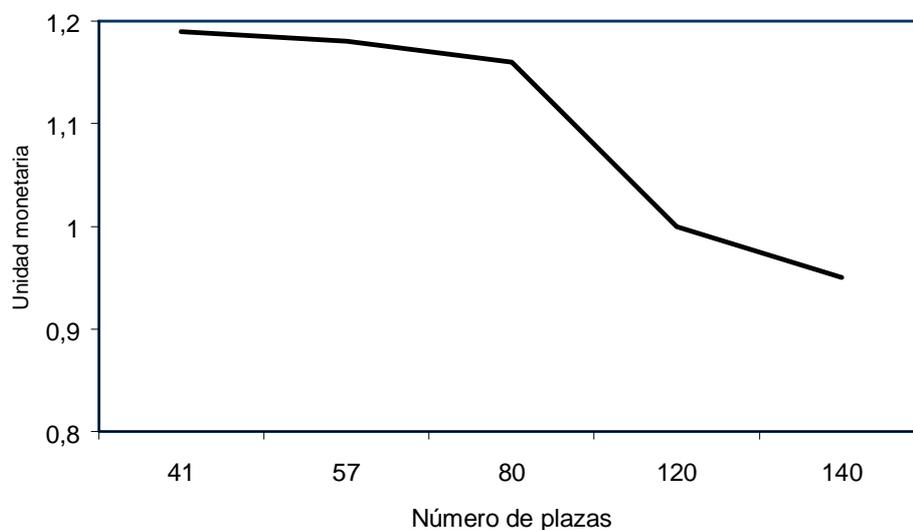
Las dimensiones del centro deben contemplar una serie de variables: necesidades de la población a atender, demanda existente y potencial, modelo de atención, niveles de actuación deseables y posibles, estructura de costes y financiación de los servicios (Gómez Ordoki, 2001). Expresando la capacidad en plazas, y de acuerdo a los estudios de Antares Consulting, el promedio de plazas en residencias es de 51,3 plazas, aun cuando existe una considerable variabilidad por comunidades autónomas, algunas de las cuales presentan todas las residencias con más de 80 plazas. En general, las residencias públicas tienen más plazas que las privadas: en el estudio Geriatría XXI, de la de la SEGG, se indica que entre los centros mayores de 50 plazas las publicas tienen una media de 70 plazas más que las privadas y las urbanas 50 plazas mas que las rurales (Guillén y Ribera, 2000).

El IMSERSO (1990b) considera miniresidencias aquellas menores de 40 plazas, pequeñas residencias aquellas entre 40 y 100 plazas, medianas, entre 100 y 200 plazas y grandes las superiores a 200 plazas. En general, pueden considerarse macro-residencias a aquellas con mas de 250 plazas (Rodríguez, 1995), aunque conviene decir que estas segmentaciones han caído hoy en desuso, desbordadas por la realidad. Diversos estudios apuntan a que las residencias grandes pueden provocar

despersonalización, ritualización y desarraigo, derivados de la masificación, señalando que cuanto menor sea el centro (Izal, 1995) se incrementan las posibilidades de normalización e integración comunitaria. Por ejemplo, en el caso de usuarios con demencias, los recursos con capacidad para muchos enfermos se asocian a mayores niveles de agitación, aumento del deterioro intelectual y aumento de los trastornos emocionales, por lo que está recomendado el diseño de unidades de tamaño reducido frente a grandes centros (Day et al., 2000). Rodríguez (1995, 1996) recomienda un tamaño en torno a las 80 plazas justificado por la experiencia española y por las recomendaciones de otros países del entorno. En Francia, por ejemplo, la normativa dice que deben ser concebidos entre 40 y 80 plazas y estructurarse en unidades de 20. Los países nórdicos se decantan por tamaños aun más pequeños, de 30 a 50 plazas y la OCDE en sus documentos señala con preocupación el tamaño “gigantesco” de algunas instituciones, entre 100 a 120 plazas (OCDE, 1993).

No obstante, siempre deberá lograrse un equilibrio entre las necesidades y el modelo de atención, cuidando especialmente los costes derivados para poder tener unas plantillas de personal adecuadas a los perfiles de las personas a atender y a sus necesidades (Gómez Ordoki, 2001). Los centros pequeños tienen problemas para asegurar una provisión de alta calidad a un coste eficiente, especialmente para prestar atención más especializada a personas con dependencia severa o total, ya que distintos estudios encuentran evidencia de la existencia de economías de escala en esta rama de actividad económica, como se señala en la figura 33.

Figura 33. Economías de escala en función del número de plazas.



Fuente: Filippini (1999).

Los servicios residenciales tienen un carácter multiservicio. Los servicios de atención residencial pueden considerarse como “multiproducto”, obteniendo una amalgama de *output* sobre la base de distintos procesos productivos paralelos y/o no paralelos (Bentabol, 2000). Una de las tendencias actuales (Rodríguez, 1996) apunta a la conveniencia de la configuración multifuncional de los centros residenciales, extendiendo el contenido de sus servicios más allá de la mera atención residencial y ofertando recursos diversificados desde los centros gerontológicos. En la realidad, se ha ido desarrollando progresivamente un modelo de residencia privada que se asemeja a un esquema hotelero y que, además, incorpora servicios geriátricos con un cierto carácter de integralidad (alojamiento, asistencia médica y social, terapia ocupacional, peluquería, podología, rehabilitación, estancias diurnas y un largo etcétera). La dimensión asistencial puede conceptualizarse como un servicio intermedio, ya que el producto final (de carácter intangible) viene dado por la “mejora de la calidad de vida” o “bienestar social” conseguido por el usuario o cliente.

Pueden destacarse dos elementos que se revelan como fundamentales en la estructura de recursos de los centros residenciales: las elevadas necesidades de infraestructuras y de recursos humanos. En el primer caso, hay que diferenciar entre las dos opciones de modelo de negocio: el de aquellas entidades que optan por la propiedad y el de las entidades gestoras de centros de titularidad pública; conllevando la opción por una u otra alternativa implicaciones profundas en términos de inversiones. Respecto del personal, al tratarse de una actividad del sector terciario, y dada su naturaleza de servicios personales, su proceso de producción es fuertemente intensivo en capital humano. En conclusión, puede decirse que las residencias para personas mayores, al tratarse de servicios especializados con importantes requerimientos infraestructurales y de recursos humanos, implican elevados costes de inversión y de mantenimiento en cuanto alcanzan unas dimensiones.

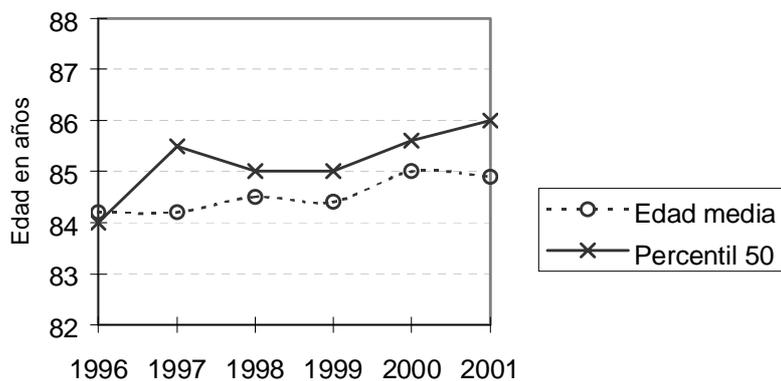
La edad de 80 años parece una frontera significativa para la independencia residencial, ya que un 47% de los mayores a edades avanzadas pasan a vivir con hijos y nietos (Cabré y Pérez, 1995). En la figura 34 se aprecia como, a lo largo de los años, en Castilla y León ha ido aumentando paulatinamente la edad de ingreso en las residencias cuya gestión corresponde a la administración de la comunidad autónoma. En cuanto al perfil de los clientes de los centros, los estudios existentes reflejan que, en su expresión práctica, las personas atendidas actualmente en centros residenciales suelen ser personas mayores de ochenta años como media, de género femenino mayoritariamente, que padecen una media de cinco enfermedades y toman entre tres y cinco medicamentos de forma crónica, siendo frecuentes entre ellos los síndromes geriátricos y obviamente la dependencia para la mayoría de las actividades de la vida diaria. Pueden apreciarse diferentes características en cuanto a promedio de edad, permanencia media, fallecimientos y rotación de los centros en las figuras 35 a 38.

Figura 34. Edad media de ingreso en la residencia por año para los centros de gestión de la administración de la Comunidad de Castilla y León.



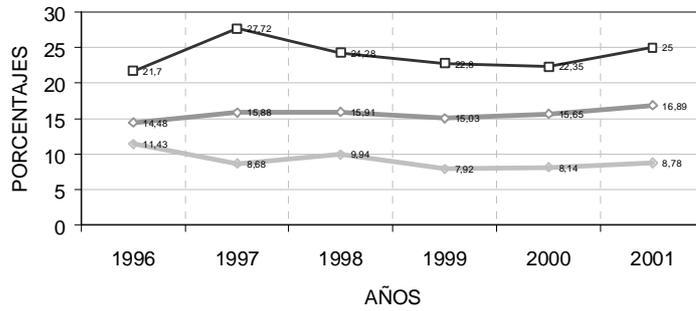
Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Figura 35. Comparación del promedio de edad de los residentes con el percentil 50 para los centros de gestión de la administración de la Comunidad de Castilla y León. Período 1996 – 2001.



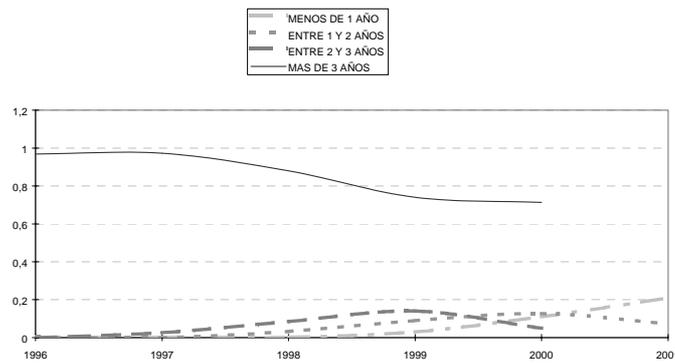
Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Figura 36. Comparativa de la rotación anual de plazas residenciales para los centros de gestión de la administración de la Comunidad de Castilla y León.



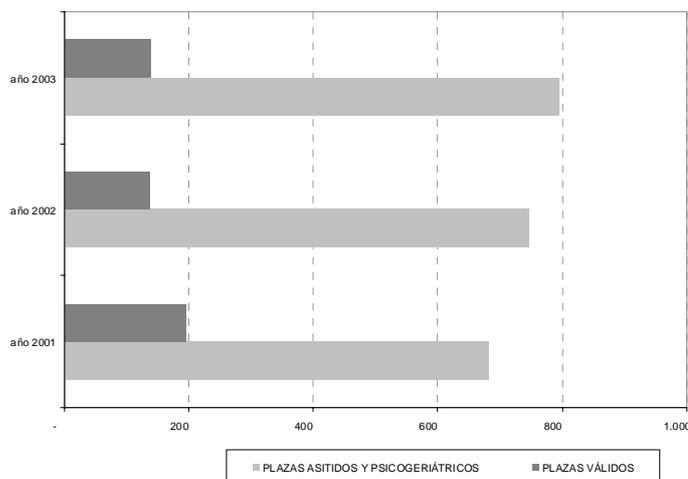
Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Figura 37. Permanencia media en los centros residenciales para los centros de gestión de la administración de la Comunidad de Castilla y León.



Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Figura 38. Fallecimientos por año en residencias para los centros de gestión de la administración de la Comunidad de Castilla y León.



Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Es previsible que en un futuro próximo se incrementan los usuarios con problemas crónicos de salud y el perfil psicogeriatrico sea cada vez más importante, ya que actualmente puede situarse en un 36% la proporción de residentes con demencia, de los cuales un 22% de casos de deterioro cognitivo se encuentran en fase leve, un 31% en fase moderada y un 47% en fase severa (Montorio, 1994). Hasta un 50% presentan problemas de inmovilidad y solamente un 27% esta libre de incapacidad (Guillén y Ribera, 2000; SEGG, 1997). Es de destacar también la cada vez más clara tendencia a ingresar en estos centros a las personas con trastornos psiquiatricos crónicos estabilizados y a las personas con discapacidad psíquica que se hacen mayores.

6. ASPECTOS ECONÓMICO-FINANCIEROS DE LA OFERTA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN.

6.1 Dimensión económica y financiera de los sistemas de servicios sociales de atención a la dependencia.

Entre los cambios estructurales observados en los últimos años en las sociedades que mayores índices de bienestar y niveles de renta han alcanzado, un aspecto destacable es la amplia implantación y consolidación de una oferta de actuaciones que atienden a necesidades que se han considerado como de carácter colectivo o social. El desarrollo de estos servicios constituye una respuesta a dichas necesidades sociales que se manifiestan en el seno de la sociedad actual. Una parcela de este conjunto de iniciativas y acciones se dirige de forma primordial a aspectos que de un modo más o menos directo e inmediato van a permitir disfrutar a la ciudadanía alcanzar unos ciertos niveles determinantes de su calidad de vida. A tal fin, se facilita el acceso a una serie de servicios y recursos en cuya provisión adopta un papel esencial el ámbito institucional público, aunque ciertamente también se dé respuesta a demandas sociales desde otras esferas institucionales. Algunos de los recursos y servicios más señalados a la hora de atender a personas con dependencia, como la atención residencial, se integran en este conjunto de servicios de bienestar social.

Indudablemente, la construcción del estado de bienestar ha arraigado de forma considerable y con expectativas muy favorables en amplios sectores de la población en Europa occidental, afirmación que puede comprobarse observando las extensiones alcanzadas por las redes de protección social existentes. Es bien conocido, por otro lado, que los datos comparativos de indicadores de bienestar suelen señalar al bloque de los países nórdicos europeos como los más avanzados en esta materia, donde

estados como Suecia y Dinamarca se sitúan sistemáticamente a la cabeza en cuanto a proporción de gastos sociales sobre el PIB. Dentro de las actuaciones que se dirigen a alcanzar este objetivo del incremento de la calidad de vida de los ciudadanos, el conjunto de servicios de acción social y de servicios sociales viene a englobar todo un conjunto de recursos que ha proliferado de forma notable en poco tiempo en nuestro entorno más cercano, ya que en España la construcción del estado del bienestar se ha producido de forma más tardía que en estos países europeos que pueden considerarse en vanguardia en cuestiones sociales. Esa edificación del marco actual del bienestar se ha plasmado en procesos que no han estado exentos de dificultades, a pesar de lo cual se han alcanzado niveles notorios de cobertura de necesidades sociales. La evolución de los centros residenciales, como recurso concreto de los servicios sociales específicos para personas mayores, ha sido buena muestra del cambio acelerado que se ha producido en los servicios sociales al ritmo de las transformaciones sociales. De ser una especie de cajón de sastre para solventar problemas de renta, de vivienda y sociales para determinado segmento de la población mayor se han constituido en recursos que prestan servicios de atención sociosanitaria, dando lugar a la formación de mercados organizados en torno al precio de la prestación.

Precisamente, si una de las principales motivaciones que históricamente sustentaba la actuación pública ha sido el criterio de redistribución de la renta, desde hace ya algo más de una década, y como consecuencia de un cambio de paradigma inducido por los cambios sociales, la acción pública viene a adoptar una posición más vinculada a la igualdad de oportunidades y a la prestación de servicios, adquiriendo relevancia la problemática económica y financiera asociada a éstos. Asimismo, puede observarse que cada vez con más intensidad adquiere solvencia la idea, impulsada desde el mismo ámbito de la Unión Europea (y así puede avalarse a través de diferentes

documentos de la Comisión Europea), de que la política social se constituye en un factor productivo de primera línea al crear las condiciones necesarias para el desarrollo de los sistemas económicos.

Hoy en día, parece indudable que en la expresión práctica de las actuaciones dirigidas a solventar necesidades colectivas se manifiesta, al igual que en tantos otros fenómenos sociales, la sustancia elemental de un problema económico de asignación de recursos a necesidades. En los sistemas económicos de las sociedades modernas se ha organizado la participación de los agentes económicos y de las instituciones políticas y sociales con la meta de alcanzar la mejor asignación de recursos posible dentro de un marco de libertad de decisión. Para ello, se utilizan básicamente dos mecanismos de coordinación, que serían el mercado (el cual, a través del sistema de precios consigue que los individuos cooperen de manera inconsciente para la producción de bienes y servicios) y las unidades económicas de producción (que individualmente se constituyen como un mecanismo de cooperación consciente para la producción de bienes y servicios).

El modelo de servicios sociales que se ha consolidado en España a partir del estado social de derecho implantado en la Constitución de 1978, tiene carácter público y su organización se encuentra articulada en sistemas de acción social, descentralizados administrativamente (Alonso y Gonzalo, 1997). Los actuales sistemas de acción social, en el marco estructural español, se configuran como un conjunto organizado de programas, centros, servicios y prestaciones de carácter social. Habitualmente se hallan sujetos a una actuación coordinada, por lo cual suele haber un elemento central que asume funciones de ordenación y establece normas, reglas y criterios de actuación, siendo esta una de las características que permiten hablar de “sistema”. Se habla de “sistemas”, utilizando el plural, haciendo referencia a que la organización

administrativa se encuentra fragmentada con una base autonómica, porque en España las comunidades autónomas han asumido las principales competencias de ordenación en la materia.

Dentro de este sistema, la oferta de servicios sociales estaría constituida por el conjunto de mecanismos que tratan de satisfacer necesidades sociales a través de recursos y servicios. Esta oferta de los sistemas tiene carácter "mixto", en el sentido de que en ellos se integran tanto los recursos de carácter público como aquellos recursos cuya titularidad tiene naturaleza privada, aunque por razones históricas y normativas cuenten con una amplia base pública, manifestada de manera rotunda en la función de la financiación u origen de los fondos que permiten sufragar el funcionamiento de los recursos, cubriendo consumos y precios de los factores empleados. Actualmente, en España, la financiación pública del sistema se apoya en gran medida en los impuestos generales de los ciudadanos, aunque ésta no sea la única fuente de financiación. En cuanto a la provisión, la oferta pública de servicios sociales es atendida desde la administración central, desde las comunidades autónomas y también a través de las entidades locales.

Las decisiones adoptadas en el desarrollo de la producción de un servicio de carácter social pueden llegar a ser muy diversas: establecimiento de precios; alternativas de producir un servicio, o bien aprovisionamiento o adquisición al exterior; supresión, agrupación o división de servicios departamentos y centros; decisiones relativas a recursos humanos; atención a clientes y usuarios; financiación; administración; sistemas de información y control, etc. En general, el flujo del proceso de decisión es el siguiente: una vez decidida la cantidad y calidad de los servicios ofertados, así como su financiación, hay que tomar las decisiones relativas a la gestión de la producción del servicio. En todas estas decisiones es posible apreciar un componente técnico y

económico, en el sentido de que el problema básico que se plantea a quien debe adoptar la decisión es la asignación de recursos escasos a necesidades.

Una primera aproximación al observar las actividades de servicios sociales de atención a la dependencia es que existen mercados completos en la medida en que se halla claramente establecido el lugar donde oferentes (centros, recursos, servicios) se encuentran con los demandantes (personas que solicitan algún servicio de atención o sus familias) y establecen un contrato de prestación específico a un precio determinado. De esta forma, el mercado del bienestar social operaría como el de cualquier otro bien y la libre acción de la oferta y la demanda daría como resultado una situación óptima desde el punto de vista económico. Por otro lado, existe una fuerte convicción de que las preferencias sociales revelan una tendencia a que los servicios deban ser provistos por un ente central, de forma gratuita o casi-gratuita, que asegure el acceso a todos los miembros de la comunidad por igual, o al menos, para aquellos que lo necesiten. Esta motivación no tiene porque tener solamente raíces altruistas, incluso puede obedecer a un componente “egoísta” del individuo: socializar un riesgo que aumenta a medida que la persona envejece.

Sin embargo, este hecho por sí solo no determina que la producción de bienestar sea entregado exclusivamente por el estado. Muchos bienes son fundamentales para la existencia humana, como los alimentos de primera necesidad, sin que esto suponga un impedimento para la acción de los mercados privados en su producción y distribución. El servicio transado en el mercado de servicios sociales es por sí mismo particular, ya que cuando se compran servicios de alojamiento en una residencia no se está adquiriendo bienestar, sino una “estancia” que permita mantener unos niveles de autonomía derivados de una necesidad que generó la demanda del servicio, o en su defecto, que posibilite aliviar un estado permanente de dependencia. En otras

palabras, en el mercado de servicios sociales de atención a la dependencia se compran y se venden cuidados de larga duración.

Ciertamente, a pesar de la creencia popular que identifica a los servicios sociales como servicios o bienes públicos, en el sentido estricto casi ningún servicio de atención a personas dependientes podría ser considerado como tal (su consumo es individual y no puede excluirse del consumo a quien no pague un precio). Pero además esta clase de servicios suele estar sometida a imperfecciones de información que los sitúan en la órbita de los denominados bienes preferentes (Sajardo, 1997). Los argumentos de eficiencia en favor de la provisión pública se ven reforzados cuando entran en juego consideraciones de equidad, especialmente adecuadas para las prestaciones y servicios sociales.

Por otro lado, como ya se ha señalado en anteriores epígrafes, el pulso demográfico provoca tensiones financieras en algunas de las funciones y servicios asumidos por los estados del bienestar, que comienzan sufrir una fuerte presión de la demanda en cuanto a incrementos. Los recursos económicos no pueden crecer al ritmo de la evolución demográfica ni de las demandas sociales. Cuando los recursos se hacen cada vez más escasos y la demanda social más amplia y diversificada, se crea un incentivo para orientar la oferta hacia los costes buscando un nuevo equilibrio para la relación entre calidad y coste, lo cual supone en última instancia una racionalización, contención o incluso recortes en prestaciones del estado del bienestar. La búsqueda de un nuevo equilibrio debe introducir factores desde una perspectiva económico-financiera que hasta ahora había sido relegada a favor de un mayor protagonismo del enfoque asistencial. Paulatinamente, va arraigando la conciencia de que la articulación básica de las prestaciones de servicios, especialmente en aquellas no monetarias, consiste básicamente en el típico problema económico de asignación de recursos a

necesidades, y con el transcurso del tiempo, de recursos escasos y necesidades crecientes, lo cual obliga a establecer prioridades en el gasto. Por ello, en las estrategias y políticas públicas adquieren una importancia fundamental los aspectos relacionados con el coste y la eficiencia de los servicios, así como el disponer de buenos sistemas de medición de los objetivos. Una de las particularidades del gasto en protección social es que se encuentra estrechamente vinculado a los distintos grupos de edad de la población, puesto que cubre situaciones de necesidad que normalmente se correlacionan con la edad de forma importante. Rodríguez Cabrero (2003) estimaba que si la atención a la dependencia suponía el 0,80% del PIB en 2000 (del cual un 0,73% es gasto público), en el 2050 debería alcanzar el 1,73% del PIB, tanto en servicios sanitarios como sociales, suponiendo un 1,43% imputable al gasto público. En la tabla 26 se pueden observar las proyecciones del gasto para 2010 en protección social por grupos de edades según Barea y Fernández (1999).

Tabla 26. Gasto en protección social según grupos de edad 1997 y proyecciones en 2010 (en millones de pesetas de 1997 a 31 de diciembre).

1997							
Programas	Enfermedad. At. Sanitaria	Pensiones	Desempleo	Familia, hijos	Exclusión social	Total	Porcentaje del gasto total
0-15 años	500.297			22.529		522.826	3.1%
16-64 años	2.808.009	1.835.770	2.298.374	314.563		7.256.716	43.6%
65 y + años	1.524.924	7.201.908			.130.004	8.856.836	53.2%
Total	4.833.230	9.037.678	2.298.374	337.092	130.004	16.636.378	100.0%
Porcentaje	29,1%	54,3%	13,8%	2,0%	0,8%	100%	
2010 (proyecciones)							
Programas	Enfermedad. At. Sanitaria	Pensiones	Desempleo	Familia, hijos	Exclusión social	Total	Porcentaje del gasto total
0-14 años	478.570			21.551		500.121	2.8%
16-64 años	2.797.792	1.829.090	2.290.011	313.418		7.230.311	40.7%
65 y + años	1.725.844	8.150.812			147133	10.023.789	56.5%
Total	5.002.206	9.979.902	2.290.011	334.969	147.133	17.754.221	100.0%
Porcentaje	28,2%	56,2%	12,9%	1,9%	0,8%	100%	

Fuente: Barea y Fernández (1999).

Precisamente, las transformaciones que afectan a la población que presenta necesidades a las cuales atienden los servicios de bienestar sitúa a los servicios de atención a la dependencia en el centro del debate científico, gestor y político, interpretándose los desafíos a los que da lugar desde diferentes perspectivas, bien incidiendo en el análisis de las necesidades, bien como nuevas oportunidades de actividades o servicios (empresas mercantiles o entidades sin fin de lucro), bien como un reto para el desarrollo de las políticas sociales para distintos niveles de gobierno, de acuerdo al problema de la financiación (cuya máxima expresión alcanza a la responsabilidad del sector público) o bien como un problema de gestión (para los profesionales implicados). De todas estas dimensiones, actualmente la cuestión económica y, sobre todo, la financiera es la que parece haber adoptado un papel protagonista.

Como ya se ha señalado, el incremento en las necesidades asistenciales puede suponerse correlacionado con la alta longevidad. La atención de personas mayores que requieren de cuidados llega a asumirse como una responsabilidad compartida entre instituciones públicas, instituciones privadas y familias. En qué grado debe atender cada sector institucional y con qué recursos es una decisión con un fuerte contenido de opción política.

6.2 Demanda y precios de servicios residenciales.

Como ya se ha comentado anteriormente, y al contrario de lo que podría suponerse en un primer acercamiento, la mayor parte de las personas mayores, desde la jubilación y hasta más de los setenta años, no suele presentar diferencias sensibles en cuanto a indicadores de salud y/o dependencia, con el grupo de población comprendido en el

rango entre cincuenta años y sesenta y cuatro años. Los deterioros de habilidades funcionales, los achaques que limitan la autonomía, en la mayoría de los casos se suelen presentar a partir de los ochenta años (Durán, 1999).

Otra especificidad que presenta la atención residencial es la imposibilidad de una demanda predecible y regular, ya que, en esencia, la demanda de cuidados de larga duración es aleatoria. En efecto, el consumo de cuidados solamente se produce ante la ocurrencia de un riesgo que produzca, temporal o definitivamente, la pérdida de autonomía. Esta cuestión es muy importante, ya que avala las teorías que propugnan la introducción de mecanismos financieros basados en el “seguro de dependencia”, que indican que las soluciones a la aleatoriedad de la demanda suelen encontrarse en el mercado de los seguros. Por lo general los individuos son adversos al riesgo y, por lo tanto, están dispuestos a pagar una prima actuarial que los cubra de eventuales problemas generados por la pérdida de independencia. De esta forma, el individuo estaría trasladando a un tercer agente (el asegurador) el coste de los cuidados de larga duración que pueda necesitar en el futuro incluso en el caso de que entonces no pueda poder generar ingresos suficientes para cubrir la contingencia.

Hay que destacar, por otro lado, algunos factores que, desde el punto de vista de la demanda, afectan de forma fundamental a la planificación y ordenación de los recursos:

- Sin contemplar las personas cuya dependencia se produce por un deterioro cognitivo progresivo, cada vez más se presenta el caso de que la necesidad del ingreso en una residencia se produce de forma súbita y no planificada. Es frecuente el caso típico de la persona mayor que repentinamente sufre una caída, una rotura, un ingreso hospitalario que implica seguidamente una convalecencia o

una recuperación a partir de la cual surge una situación de dependencia a la que la familia no puede dar soporte. Estos casos de “máxima y repentina necesidad” son difíciles de prever con la gestión habitual del acceso al sistema público y parece ser el elemento nuclear de las necesidades a las cuales deben priorizar los recursos, sean públicos o privados, ya que deben atenderse de forma inminente, a través de las plazas libres que permita la rotación de usuarios de los centros.

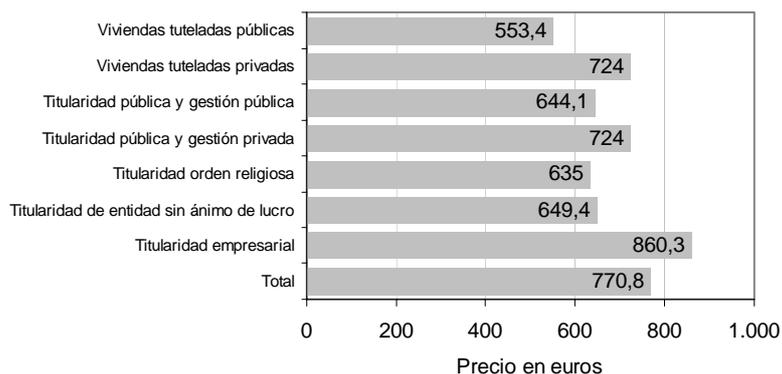
- Otra reflexión es que en muchos casos puede considerarse que el usuario no es propiamente el “cliente”, sino que más bien la consideración de cliente recaería en su entorno familiar, que sufraga la contraprestación porque no puede dar el soporte de apoyo adecuado para los cuidados requeridos, normalmente por la actividad laboral o económica normal de los miembros de la familia. Esta cuestión introduce el problema de determinar cuál es el ámbito de la renta a considerar en el acceso a aquellas plazas que el sector público oferte para las personas con menores disponibilidades económicas.

Si consideramos que la atención residencial es un bien económico (en el sentido de “escaso” respecto a las necesidades), podríamos señalar como determinantes fundamentales de su demanda el precio, la renta, las características del servicio y el precio de otros recursos alternativos.

En cuanto al precio, un mecanismo basado en precios libres de mercado evitaría cualquier problema de “lista de espera”, pero excluiría aquellas necesidades que no se convierten en demanda porque no pueden sufragar el precio, uno de los motivos fundamentales de la intervención pública. Los altos costes de producción del servicio, básicamente personal y amortización de la inversión, repercuten en el precio de una plaza residencial asistida, muy por encima de las pensiones medias del país, que se

encuentran entre los 5.500 y los 8.500 euros. Como muestra la figura 39, referida al ámbito de las residencias de Castilla y León, existen obvias diferencias entre precios en función del sector institucional al que pertenece la entidad oferente de la plaza.

Figura 39. Precio medio mensual en función de titularidad y gestión de la residencia.



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de Antares Consulting (2003).

A partir del análisis de las distintas normativas que contienen las tarifas, se puede afirmar que, en la mayor parte de residencias públicas en Castilla y León, el nivel de ingresos del usuario no parece un obstáculo para acceder a las plazas residenciales, puesto que muchos precios no se establecen en función del coste real del servicio, sino de las disponibilidades económicas del usuario medidas a través de su nivel de renta¹⁷, aunque conviene apuntar que algunos ayuntamientos no establecen limitaciones en la aportación de los usuarios, tras ceder la gestión de los centros a empresas del sector.

¹⁷ Así, por ejemplo, en los centros dependientes de la administración de la comunidad autónoma, se percibe el 75% de los ingresos (normalmente la pensión), siempre que quede un mínimo disponible para gastos del residente (con un mecanismo de reconocimiento de deuda que actúa al abandonar la residencia). En la mayoría de entidades que escogen la pensión como referencia para el establecimiento de un precio de mercado, la proporción aplicable oscila entre el 75% y el 80%.

En cuanto a la renta de las personas mayores, individualmente considerada, está obviamente correlacionada con los niveles de pensiones. Desde la perspectiva de los hogares familiares (que parece necesario contemplar en un recurso como el residencial, donde es la familia quien sufraga el precio), lógicamente cuando en la unidad familiar se suman ingresos de pensiones con los de algún otro miembro que trabaje, la condición económica mejora bastante porque los niveles salariales suelen ser más altos que los de las pensiones. Las condiciones económicas más desfavorables corresponden a mujeres muy mayores que solamente perciben pensiones de viudedad.

Diversos autores establecen una relación de la dependencia física o funcional con la dependencia económica, ya que acudiendo a las fuentes estadísticas al uso puede observarse como la mayor parte de la población dependiente económicamente son hijos, hijas y nietos, por las dificultades que tienen los jóvenes en el momento presente para emanciparse. Pues bien, el aumento de la longevidad también hace que sean cada vez más las personas mayores de 65 que mantengan económicamente a sus descendientes o incluso a sus padres. Este es un tema muy a considerar a la hora de establecer tarifas de acceso en función de la renta en los servicios para personas mayores.

La realidad evidencia que las necesidades de apoyos externos para solventar situaciones de dependencia se producen en un alto número de casos en los cuales todos los miembros de la familia potenciales cuidadores desarrollan una actividad económica o laboral cuyos horarios impiden una atención continuada al mayor dependiente durante gran parte del día. Aquí se da una circunstancia paradójica respecto de la intervención de la atención informal: un mayor grado de dependencia puede solventarse con el apoyo familiar y del entorno de aquellos que no trabajan (por

ejemplo, de los parados) que soportarían la responsabilidad de los cuidados, descargando de este modo al estado de un incremento de demandas de atención.

Es cierto que en las personas mayores las pautas de consumo no pueden explicarse solamente por los menores niveles de ingresos o la renta. Los patrones de los mayores tienen que ver mucho con la edad y la peculiar ética del consumo propia de una generación austera acostumbrada a vivir en una sociedad de escasez, por lo cual en no pocas ocasiones algunos servicios de consumo son considerados superfluos o prescindibles, y se puede dar la situación de que el necesario ingreso en una residencia por razones de dependencia sea retardado voluntariamente por la persona mayor con base en razones de tipo económico.

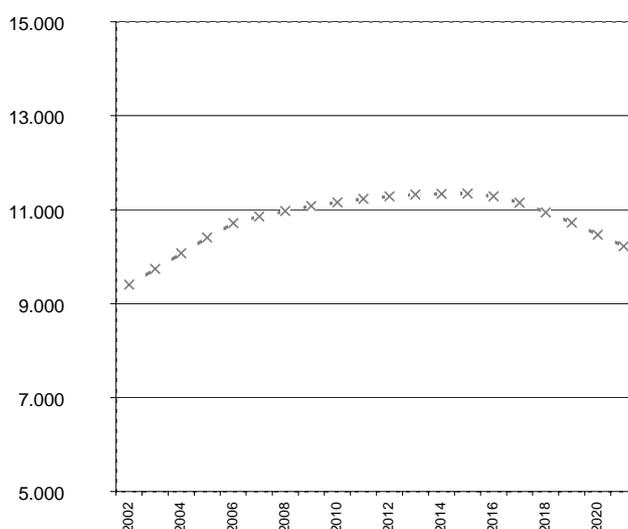
Las características del servicio se refieren a calidad, equipamientos, servicios, localización, etc. Los servicios sociales son considerados por Chaves y Monzón (2000) como bienes relacionales, aquellos donde la dimensión intangible, definida socialmente, es central en la determinación del nivel de calidad del *output*.

En cuanto al precio de bienes y servicios alternativos, conviene señalar que, aunque otros recursos sean socialmente más inadecuados para la necesidad, si su acceso impone menos cargas para el usuario, no cabe duda de que parte de las necesidades serán cubiertas con recursos “más baratos”, aunque sean inadecuados (por ejemplo, con la ayuda domiciliaria).

Para realizar estimaciones sobre las proyecciones de la demanda de servicios residenciales en Castilla y León y de su distribución geográfica, podemos hacer uso de la información demográfica disponible, con fundamento en la estrecha relación que existe entre envejecimiento y dependencia, prescindiendo de la variabilidad debida a

otros factores. Para ello, puede aceptarse como punto de partida la población con 80 y más años obtenida del INE y sus proyecciones para este segmento de edad hasta el año 2020. Los resultados, señalados en la figura 40, señalan que la demanda viene a situarse cerca del 5% de la población de 65 años y más, cifra que de forma estándar recomienda la OMS en sus informes.

Figura 40. Proyecciones de la demanda residencial en Castilla y León.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Sin embargo, del análisis de la gráfica anterior, y en función de la evolución demográfica previsible, podría inferirse que a corto plazo comienzan a aparecer signos de debilidad de la demanda de plazas residenciales, que podría generar problemas de desocupación si la oferta de plazas se incrementa al ritmo actual. Otro indicador complementario sería la ocupación media, que en el año 2003 alcanzaba unas cifras del 94% para las residencias públicas, del 91% para residencias del sector no lucrativo y del 85% para las empresas (Barrubés et al., 2003). Se da la paradoja que, al encontrarse descentralizados los sistemas de acción social con una base autonómica,

los problemas de exceso de oferta aparecerían en aquellas comunidades que oferten mayor número de plazas, mientras que aquellas que tengan actualmente niveles de cobertura reducidos retardarán este problema.

Todavía no es posible prever cómo va a responder la demanda a los incrementos en la oferta de plazas residenciales de empresas que se están creando. La realidad evidencia que a partir de un 6% de plazas sobre el total de la población aparece el problema de desocupación, lo cual lleva a pensar que el objetivo del 5%, propugnado por la OMS sigue siendo válido.

6.3 El enfoque del bienestar social.

Distintos trabajos empíricos que abordan el estudio de los servicios de bienestar social en términos económicos suelen adoptar como punto de partida el marco de análisis que ofrece el modelo del enfoque de producción del bienestar, desarrollado por autores como Knapp (1990), el cual, a su vez, suele ser concomitante con el modelo teórico denominado “balance asistencial” (*“balance of care”*, en la literatura anglosajona), cuyo objeto central está constituido por la relación entre *outputs* y costes (Martínez Zahonero, 2000; Hennessy, 1995). Dichos modelos cuentan con un alto grado de formalización teórico, permitiendo asimismo el desarrollo de técnicas económicas que pretenden mejorar la asignación eficiente de recursos en servicios del bienestar y, consecuentemente, los procesos de gestión. En su formulación más sencilla, sirven de instrumento para evaluar los costes y beneficios de las distintas formas de provisión de cuidados de larga duración, bajo el prisma de que tales alternativas de provisión de bienestar se configuran, en esencia, como un proceso de producción de un servicio (servucción). El enfoque de producción del bienestar supone

que el bienestar tiene asociada una función de producción, con su oferta y su demanda, sirviéndose de la concepción de utilidad, como representación numérica de la elección de un sujeto. La oferta de servicios puede ser generada básicamente desde cuatro sectores institucionales: sector público, sector privado sin fines de lucro, sector empresarial lucrativo y provisión informal, conformando lo que se conoce como “economía mixta de bienestar”, que en realidad es una traslación de la expresión anglosajona “*welfare mix*”, la cual hace referencia al distinto ámbito institucional, público y privado, de los agentes de la oferta de bienestar social. La combinación entre la oferta privada y pública, al igual que el equilibrio entre crecimiento económico y solidaridad social, se fundamenta en argumentos políticos y económicos que varían a medida que evoluciona la sociedad. Desde esta perspectiva, la intervención pública en el ámbito del bienestar surge de la agregación de las preferencias de los ciudadanos, y de su revelación a través de los procesos de elección social.

Este esquema analítico asume algunos postulados que ya hemos mencionado anteriormente, como, por ejemplo que las características de cada sector institucional influyen en la manera en que afronta el proceso productivo. El sector público normalmente estará sometido en su actuación a las reglas que impone el cuerpo administrativo. Los sectores privados están legalmente separados de las funciones directas de gobierno y administración públicas. Cuando el sector privado tiene además carácter no lucrativo presenta unas restricciones establecidas legalmente a la posible distribución del excedente que genere la entidad. La provisión o atención informal no tiene constitución formal ni reglamentación específica, identificándose con lo que se ha dado en llamar tradicionalmente “protección social invisible”. Desde cualquiera de los ámbitos señalados pueden prestarse servicios del bienestar. Además, una de las características de la oferta mixta del bienestar es que pueden plantearse relaciones de cooperación entre agentes del sistema, repartiéndose distintas funciones de un mismo

proceso. La dimensión financiera del sistema hace referencia, lógicamente, a las fuentes de financiación u orígenes de recursos del sistema, es decir, quién coadyuva a sufragar el servicio como consumidor, contribuyente, donante, etc., en último término, quién “paga” por un servicio.

Uno de los núcleos de la aportación del enfoque de la producción social es la disección que realiza de lo que es un proceso productivo de un servicio del bienestar. El planteamiento de partida es que los productos o servicios asistenciales son una combinación de *inputs* o recursos utilizados en diferentes niveles, y que se dirigen a la atención de un conjunto de demandas de los usuarios que pueden agruparse en diferentes categorías. Además, el enfoque modular parece adecuado a esta perspectiva de los servicios del bienestar dado su carácter de multiservicio, ya que cada módulo sería el componente homogéneo que atiende a un conjunto de necesidades. Desde el punto de vista del enfoque de la producción del bienestar, podemos distinguir entonces al menos cinco componentes: *inputs* intangibles; *inputs* tangibles; costes asociados a los *inputs* (normalmente sólo tienen coste explícito asignable los *inputs* tangibles); *outputs* intermedios (que serían los servicios facilitados) y *outputs* finales o *outcomes* (que sería el impacto final del servicio y que suele traducirse por efectividad). Las distintas entradas y salidas entre un recurso u otro alternativo dependerán del tipo de modelo de servicio planteado. A su vez, el modelo de producción del servicio influye en la repercusión de los costes y su distribución entre agentes financiadores (cliente, sector público, etc.). Como ocurre en cualquier planteamiento analítico de una actividad, modelos de servicio y costes están estrechamente correlacionados ya que dependiendo de la cantidad de consumos de los distintos servicios resultarán unos costes u otros.

Evidentemente, los *inputs* intangibles y los *outputs* finales son difíciles de valorar cuantitativamente. Medir la separación entre el éxito y el fracaso, o las desviaciones que pueden ser asumidas en un programa o recurso social es una cuestión muy relativa. No es sencillo ni inmediato establecer cuántas unidades monetarias vale el bienestar de un individuo, o la experiencia acumulada por un empleado, mientras que los *inputs* tangibles, sus costes asociados y los *outputs* finales son relativamente fáciles de establecer, como por ejemplo el coste de una plaza, el número de servicios que atienden a una población, etc. El problema es que, en servicios del bienestar social, la importancia de los intangibles (*inputs* y *outputs*) es muy grande y explica gran parte de las relaciones causales del proceso de producción. Sin embargo, la experiencia empírica suele centrarse en analizar y explicar relaciones de causa y efecto entre *inputs* tangibles y *outputs* intermedios, como expresión del servicio prestado, por su mayor facilidad de cálculo. Es decir, por ejemplo, se analizan las relaciones entre el incremento de la cobertura de una población objetivo (que sería un *output* intermedio sustitutivo del bienestar de esa población) en función del incremento de coste total del servicio o programa que se presta. Como vemos, sobre el planteamiento de la función de producción se puede estar construyendo la posterior evaluación del servicio, ya que, implícitamente, se está haciendo una referencia a la valoración de los resultados en el plano de la organización y en el ámbito del servicio. Por eso, para la medición del *output* final se utilizan escalas basadas normalmente en indicadores¹⁸.

Ahora bien, es evidente que la cuestión de la aplicación de estas técnicas puede entrañar cierta complejidad por las características distintivas que presentan los

¹⁸ Uno de los ejemplos más destacados es el implantado en el Reino Unido por la Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales. Véase, al respecto www.auditcommission.uk.

servicios del bienestar. Muchas veces existe un amplio margen de subjetividad a la hora de establecer una valoración que no permite reducir la incertidumbre sobre las decisiones que se adopten. Por otro lado, muchas veces, las decisiones relativas a la asignación de recursos en servicios sociales no consisten tanto en elegir entre utilizar o no un recurso, como en decidir entre alternativas distintas para una misma necesidad. Si se toma como medida de los beneficios variables tales como: cambios en la movilidad, salud, moral, capacidad de recepción de actividades de la vida diaria, etc. parece evidente que la sencillez aconseja una medición a través de indicadores de coste-efectividad, por las dificultades que suele conllevar una valoración monetaria. A veces se utilizan criterios de valoración alternativa como el coste de oportunidad, los llamados precios sombra o la valoración contingente.

Además, establecer las funciones de coste de un servicio social presenta ciertas implicaciones (Knapp, 1990), de entre las cuales señalamos las siguientes: hay que valorar adecuadamente el contexto (situación del usuario, medio rural o urbano); es frecuente la existencia de economías de escala: la relación entre coste medio y nivel de output suele presentar forma de "U"; casi siempre se dan costes conjuntos en actividades o servicios (por ejemplo, en un mismo centro, el mismo coste de personal de un médico puede imputarse a servicios distintos, unos de tipo residencial y otros de estancias diurnas); la rotación de los usuarios en el servicio, que a su vez está muy relacionada con los grados de dependencia que presentan, influye de manera muy evidente en los costes y la calidad en la asistencia es una variable muy importante.

Como ejemplo de aplicación del enfoque de producción a la asignación de recursos sociales ante una determinada necesidad, Knapp (1990) realiza diversos estudios aplicados al ámbito de la atención a personas mayores, ya que en este ámbito son abundantes las investigaciones basadas en este enfoque. Una de las conclusiones

que pueden extraerse de estos desarrollos es que siempre que se puedan establecer unas escalas que midan el grado de dependencia del usuario, así como los beneficios y los costes, sería posible aplicar técnicas basadas en la eficiencia y la eficacia para seleccionar entre recursos alternativos que puedan atender a una misma necesidad. Cada alternativa será preferible a las demás en términos de coste/beneficio dependiendo del grado de dependencia del usuario. Cuando el nivel de dependencia cambie en el tiempo, la provisión será distinta, dando lugar al planteamiento asistencial de la “atención continuada” o “continuo de cuidados” (*continuing care*).

Como ya se ha señalado, la función de producción y los costes asociados van a ser dos conceptos elementales sobre los que se van a construir muchos de los análisis de las organizaciones que integran la oferta de servicios. Sin embargo, uno de los problemas fundamentales es la medición de la producción social en muchos de los servicios, por su naturaleza esencialmente intangible. Las dificultades de medir adecuadamente el producto conllevan que sea difícil determinar y controlar las características deseables del servicio. Por ejemplo, se plantean situaciones en que resulta problemático medir la atención diligente y cariñosa por parte del personal a una persona mayor. En este sentido, la opción institucional privada no lucrativa ofrece una ventaja derivada del compromiso personal y voluntario que a menudo suscriben las personas que se encuadran en las organizaciones. Los estándares de calidad del servicio, aunque sean difíciles de determinar, resultan siempre más fáciles de alcanzar cuando los recursos humanos se hayan motivados por la misión última de la entidad.

Veamos a continuación algunas de las opciones existentes para poder realizar una aproximación a la medición del bienestar social.

Una primera alternativa sencilla para poder medir la producción de un servicio social es la valoración de ingresos en función de precios alternativos. Este método consiste en observar cómo valora el mercado ese servicio a través del precio cuando se está prestando por una entidad lucrativa. El resultado proporcionaría una solución simple en términos cuantitativos, y aporta información comparable, pero presenta importantes limitaciones. En primer lugar, debe existir una referencia en el sector lucrativo para poder establecer comparaciones ya que el planteamiento es inaplicable cuando no vaya a existir un precio de referencia. Además, el sector público y el no lucrativo se distinguen precisamente por la forma en que intervienen socialmente, con concepciones distintas al método capitalista. El distinto *modus operandi* tiene que influir necesariamente en la distinta función de coste de producción, ya que el impacto social es diferente al resultado de una empresa, aunque esta actúe en el mismo ámbito sectorial económico que el ente público. La medición de este impacto a través del ingreso individual puede estar dejando fuera un importante componente que podríamos denominar “ingreso social”, que en muchas ocasiones se va a distribuir a lo largo de varios ejercicios y tener efectos a largo plazo, por lo que ni siquiera su imputación podría realizarse cuando se produce inicialmente.

El problema fundamental es que este enfoque economicista está midiendo la producción social en términos cuantitativos y monetarios, porque así evita el problema de la heterogeneidad con el resto de información que puede manejar, y esta propuesta no es completamente adecuada a la producción de servicios sociales. En la medida de la producción de un servicio social, la eficacia puede no depender de la voluntad del agente prestador, sino de la situación de emergencia que se produzca, con lo que la medición deberá dirigirse también a aspectos como determinadas cualidades de la intervención.

Existen otros problemas operativos que pueden suponer dificultades. La medición de los *outputs* va a requerir de comparaciones para poder establecer su auténtico significado. Otras veces la valoración del *output* intermedio del servicio social tiene que basarse en criterios de calidad de la actuación. Además, la eficacia de la mezcla de *inputs* puede ser distinta para cada usuario, en función de características personales que presente.

Una forma funcional de calcular magnitudes económico-sociales consiste en utilizar el valor añadido económico-social, definido como el incremento de valor que experimentan unos *inputs*, al ser transformados mediante un proceso de producción o de prestación de servicios de bienestar social, en unos *outputs* o productos finales destinados al consumidor final.

La valoración contingente es otra forma alternativa de medición que ha sido muy utilizada en el campo de actividades sanitarias, y que en el ámbito social podría ser aplicable en determinados supuestos, básicamente en aquellas prestaciones que sean en especie. La valoración contingente, que crea un mercado hipotético, consiste en realizar entrevistas a los usuarios (o al agente que demanda el servicio, que no tiene que ser necesariamente el beneficiario) acerca de cuánto estaría dispuesto a pagar por un servicio semejante en un mercado si tuviese medios. Los inconvenientes son obvios: puede llevar a un círculo vicioso, ya que muchas veces es precisamente la falta de medios lo que produce la intervención para cubrir la necesidad social, aparte de que puede parecer poco ético recurrir a medidas monetarias de la demanda basadas en estimar cuánto pagaría un usuario, cuando en determinados casos el servicio está cubriendo necesidades básicas para la misma subsistencia.

6.4 Costes en las residencias públicas. Nuevas fórmulas de gestión en el sector público para la atención a personas con dependencia.

Como señala Cuervo (1998), la crisis del estado del bienestar se traduce en aumentos constantes en la presión sobre el gasto público, de tal manera que en servicios donde el estado compite con el sector privado, la administración se ve incapaz de competir por un mismo cliente si no reduce costes sin disminuir la calidad de los servicios. Sin duda, este factor explica una reorientación de las políticas públicas hacia el coste de los servicios, que quizá en épocas anteriores había sido más descuidado en detrimento de la vertiente más social.

Si se quiere comparar Castilla y León con otras comunidades, los datos que el Observatorio de las personas mayores del IMSERSO aporta sobre el coste público de los diferentes recursos de atención a personas dependientes reflejan una disparidad tan grande que nos hace suponer que los sistemas de recogida, los modelos de coste utilizados o incluso la tipología de los servicios ha de ser diferente en cada comunidad autónoma. Baste señalar que el coste anual de una plaza pública para dependiente oscila en un rango en torno a 9.000 euros y 30.000 euros (tabla 27).

Tabla 27. Coste de plazas públicas por comunidades autónomas, 2002.

	Coste anual plazas para no dependientes	Coste anual plazas para dependientes
Andalucía	7.533,60	13.537,85
Aragón	16.636,98	27.623,00
Asturias	9.375,79	9.375,79
Baleares	13.600,00	13.600,00
Canarias	14.235,00	22.995,00
Cantabria	15.330,00	—
Castilla y León	12.311,00	23.933,00
Castilla-La Mancha	—	11.975,00
Cataluña	12.101,98	18.655,18
Com. Valenciana	8.582,45	12.092,30
Extremadura	—	—
Galicia	15.560,00	17.154,00
Madrid	10.260,00	15.994,00
Murcia	5.692,70	12.020,00
Navarra	—	—
País Vasco	24.477,86	28.907,89
La Rioja	12.074,21	14.039,16
Ceuta	19.108,00	—
Melilla	30.711,72	30.711,72

Fuente: Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y tendencias (junio 2003), IMSERSO.

Ahora bien, en cualquier aproximación al coste de la atención residencial, hay que partir de que los costes de personal de una residencia de gestión directa la administración autonómica duplican sobre el papel a los del sector residencial privado, si se analizan las dotaciones de plantillas y los convenios laborales vigentes. Los costes salariales representan entre un 60 y un 70% del mantenimiento de un centro residencial de ciertas dimensiones. Es decir, por ejemplo, para una residencia, con la misma tipología de usuarios y plantilla, los costes salariales de la administración de la comunidad autónoma pueden estimarse en cerca del doble que para una del sector privado que cumpla los estándares mínimos de plantilla. Además, los costes totales en el sector público se incrementan sistemáticamente (tabla 28). Señalar también la importancia de avanzar en el análisis de la relación entre coste/eficacia de los

tratamientos y servicios para incidir en la mejora de los procesos de atención y calidad de los servicios.

Tabla 28. Evolución del coste anual de plazas públicas en Castilla y León.

Año	Coste anual válido	Coste anual asistido
1990	6.567	12.203
1991	7.327	13.403
1992	8.193	14.032
1993	8.733	14.265
1994	8.821	14.611
1995	8.696	14.938
1996	8.915	15.940
1997	10.927	18.407
1998	10.476	20.932
1999	11.403	20.062
2000	11.805	22.752
2001	12.311	23.933
2002	13.677	25.638

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSERSO y Observatorio de personas mayores del IMSERSO.

Las dificultades en la contención de los costes han otorgado carta de naturaleza a otra vertiente interesante de resaltar, la incorporación de nuevas fórmulas de gestión en el sector público para la atención a personas con dependencia. En dichas fórmulas, el creciente impulso de los principios del mercado en el ámbito público se explica en primer término por la finalidad de reducir costes e incrementar la eficiencia. La adopción de elementos del mercado se manifiesta sobre todo en los cambios en la financiación del servicio y en la introducción de mecanismos de competencia para la prestación. Los instrumentos para fomentar la competencia pueden ser muy diversos, pero, en general, los modelos tradicionales evolucionan hacia esquemas más pluralistas en los que otras instituciones se incorporan a la producción, complementando o sustituyendo la provisión pública, pero manteniéndose una fuerte

base de financiación pública. Es decir, se tiende a separar financiación y producción mediante fórmulas mixtas de prestación de servicios públicos. El caso británico es ilustrativo por lo que supone de pionero en el enfoque económico aplicado a servicios de bienestar social. Así, ya en 1989, en el Libro Blanco de atención a la tercera edad *“Caring for people: community care in the next decade and beyond”*¹⁹ se señala que deben buscarse los servicios más eficientes, bien en el sector privado, en el público o en el voluntario.

Siguiendo a López Casanovas (1995), dentro de las posibilidades de generar un mercado interno en gestión pública se pueden plantear las siguientes alternativas:

- Mantener la producción y financiación pública, con un mercado restringido a productores públicos, incorporando mecanismos para que el usuario elija entre los proveedores, de tal modo que el montante de financiación que obtiene cada proveedor se produce en función de la selección que hayan efectuado los usuarios. Se asimilaría a una especie de “competencia pública”. En la práctica, presenta un abanico de manifestaciones concretas, variable según los distintos sistemas administrativos de cada país europeo, y casi siempre implica descentralizar funciones en entidades de menor tamaño y mayor vinculación al ámbito local de la prestación.
- Simular competencia entre proveedores públicos y privados. La financiación también sería pública y en función de los usuarios. La decisión por uno u otro proveedor puede tomarse por la autoridad administrativa (“competencia simulada dirigida”) o por el usuario (“competencia simulada dirigida descentralizada”). En este último sistema se pueden utilizar instrumentos financieros como el cheque servicio (extendido ya en países como Francia y Bélgica, e implantado en algunas

¹⁹ Disponible en www.hmsso.gov.uk

comunidades autónomas de España para algunas de sus competencias, como es el caso de la Comunidad Valenciana). Los mecanismos de provisión mixta de servicios pretenden producir cambios cualitativos en la demanda de servicios públicos. Otra de las manifestaciones específicas de simulación de competencia entre entidades públicas y privadas, y una de las fórmulas utilizadas en la economía mixta del bienestar, son los “cuasimercados”. Se pueden describir como mercados donde existen proveedores independientes compitiendo para conseguir clientes, pero en los cuales la compra del servicio es financiada por el estado y dirigida por un agente del mismo. En principio, el “cuasimercado” supone una técnica de gestión, pero no una privatización del servicio público, y se han desarrollado algunas experiencias en Europa (fundamentalmente en el Reino Unido) en áreas como la salud, la educación o la acción social. Conlleva el reto de implantar fórmulas de organización y gestión adaptadas a una mayor flexibilidad en la prestación del servicio.

A continuación, se mencionan diferentes soportes y mecanismos de financiación específicos de mercados de servicios del bienestar:

- Contratos de asistencia en centros. Presente en varias comunidades autónomas, recibe varios nombres. Existen en los centros ocupacionales de discapacidad, para resaltar que se trata de un régimen asistencial sometido al derecho privado y no laboral. En los centros residenciales, el contenido esencial de la contratación es la fijación de la cuantía. Relacionado con el contrato de asistencia, y ya de aplicación en Castilla y León, está el reconocimiento de deuda: diferencia entre las prestaciones monetarias sufragadas por el residente y el precio público establecido, que implica la no transmisión ni renuncia a bienes patrimoniales

mientras la deuda no sea saldada en el momento de finalizar el período de asistencia.

- Contratos de acogida. La administración actúa como órgano promotor y tutelante de este tipo de acuerdo, entre una persona mayor o discapacitada y la persona o familia que le acoge.
- Bonos residencia. En su formulación práctica, quiere decir que la administración concede ayudas económicas por la diferencia entre los ingresos del beneficiario y el coste de una plaza de la residencia privada que se haya querido acoger a este sistema de ayudas
- Los cheques de servicios. Es un medio de pago no universal que permite a las familias o a los particulares pagar el precio de algunos servicios cuyas características se han precisado de antemano. Incluyen un tramo de subvención en función del perfil del usuario y diferentes precios en función del servicio prestado (atención a domicilio, por ejemplo). Abren la posibilidad de colaborar iniciativa privada, dejando en manos del ciudadano optar por uno u otro, permite competir entre sector público/privado sin lucro/privado lucrativo. Son una forma además de hacer “emerger” la asistencia informal. Tienen la desventaja de que exige una gestión muy rigurosa del pago. En Suecia, las personas mayores pueden comprar ciertos servicios con cheques proporcionados por la autoridad local. En Alemania, que cuenta con un complejo sistema de protección social, el bono social y los seguros para personas con discapacidad aumentan las posibilidades de elección del usuario (Martínez, 1998).

6.5 El papel del sector privado no lucrativo en la atención residencial

El sector institucional no lucrativo ha asumido tradicionalmente un papel muy significativo en los sistemas de acción social. El llamado “tercer sector” encuentra margen para su actuación en las necesidades colectivas no satisfechas o resueltas parcialmente, complementando recursos con los otros sectores institucionales, siendo especialmente intensa la colaboración que mantiene con el ámbito público. La presencia de un incremento del protagonismo del sector no lucrativo en los servicios sociales es común en el entorno europeo en los últimos años.

Es innegable que en el curso del devenir de las sociedades occidentales, la consolidación de los servicios del bienestar social ha supuesto la afirmación de una serie de recursos y dispositivos de atención a personas y colectivos que se ha asentado sobre una amplia base pública. En consecuencia, la asignación de recursos a las necesidades y, más concretamente, los procesos de organización, producción, financiación y provisión de servicios del bienestar se han visto analizados durante largo tiempo por múltiples disciplinas encuadradas en diversas áreas del conocimiento siempre bajo el prisma del sector público. Por otra parte, en el pensamiento económico tradicional, las empresas han sido la forma de organización de la actividad económica que quizá haya suscitado una atención preferente de los análisis desde una perspectiva microeconómica.

En este sentido, es relativamente reciente el creciente interés (ciertamente intenso en los últimos tiempos, por otro lado) que suscitan todas aquellas cuestiones relacionadas con el análisis económico de un tercer espacio económico, como es el que ocupan las entidades privadas no lucrativas. Probablemente, una de las causas de esta tendencia pueda encontrarse en las transformaciones socioeconómicas acaecidas en el entorno,

que provocan el cada vez mayor relevante papel que las entidades privadas no lucrativas representan en la producción de funciones del bienestar social.

Así, en general, puede constatarse como en la última década del siglo XX, el papel de las entidades no lucrativas se ha visto reforzado en ámbitos como los servicios sociales, en un momento de transición del estado del bienestar, donde se han generado unas expectativas crecientes respecto de la función de estas entidades no lucrativas, quizá no tanto como alternativa, sino como complemento y ayuda al sector público en el cumplimiento de sus responsabilidades sociales. Este mismo razonamiento que hemos expuesto indica que también hay diversidad de “modelos nacionales” en la configuración del sector no lucrativo.

Así, siguiendo a Sajardo (1997), podemos hacer un breve recorrido exploratorio que nos muestra como en Francia, Reino Unido o Italia, el sector de entidades no lucrativas está contribuyendo a evitar la exclusión de colectivos marginados favoreciendo su inserción laboral y social; como en Irlanda se convierte en un factor de cohesión social; puede apreciarse también el caso de España, donde el sector no lucrativo colabora con el sector público en la producción de servicios sociales; en Suecia, donde fomenta el pluralismo social; o bien en los países del este, donde constituye un factor de cambio en el proceso de recomposición social y económica. Citando a Stiglitz (2002), hay que subrayar que un factor que destaca en todas estas manifestaciones, y que insiste en la importancia de la función de las “instituciones sociales”, es la aceptación de que no todos los problemas que se plantean en la sociedad se pueden solucionar desde la racionalidad económica.

En el caso de España, y bajo fórmulas cooperativas, asociativas y fundacionales, el número de instituciones no lucrativas se ha multiplicado de manera extraordinaria en

los últimos años (Muñoz Machado et al., 2002), promoviendo actuaciones en gran variedad de campos, entre los cuales destacan los servicios sociales. Por ejemplo, un 52% de las asociaciones en España se ha creado después de 1986, mientras que solamente un 16% es anterior a 1975.

En paralelo a este mayor protagonismo del sector privado no lucrativo, surgen conceptos que emergen con fuerza tratando de representar esa realidad, con términos tales como “tercer sector” o “economía social”. Precisamente una de las primeras cuestiones a considerar, ampliamente debatida en los últimos tiempos, hace referencia a la utilización de términos cuya utilización en el momento presente en muy distintos contextos pueden sugerir una cierta ambigüedad conceptual. Tercer sector y economía social, economía solidaria, entidades no lucrativas son algunas de las muy variadas definiciones que podemos encontrar para describir espacios de actuación iguales o adyacentes y ciertamente, sumamente heterogéneos.

El interés por el espacio de actuación de carácter privado no lucrativa no proviene únicamente de las ramas económicas. Los intentos de explicar y analizar esta realidad se han abordado desde el ámbito académico bajo diferentes prismas de conocimiento y disciplinas como la política o la sociología. En este sentido, puede destacarse como uno de los trabajos que mayor influencia han tenido en este campo son las investigaciones de Salamon y Anherier bajo los auspicios de la Universidad Johns Hopkins, de Baltimore.

Aunque cualquier concepto con una pretensión totalizadora puede resultar insatisfactorio, la idea subyacente en cualquiera de los términos que definen a las entidades privadas no lucrativas es la alusión a aquello que no es mercado ni sector público, cuya actividad fundamentalmente se centra en áreas como la asistencia

social, salud, cooperación y desarrollo y educación y empleo. Es decir, en un primer acercamiento, son organizaciones caracterizadas por su finalidad social o, en su caso, porque los beneficiarios de su excedente económico o de sus servicios están vinculados a la organización como asociados o aportando trabajo.

Las organizaciones no lucrativas encuentran puntos de conexión con otros términos también ciertamente ambiguos, que inciden en aspectos como dimensión, ideología, o estructura. Probablemente, el planteamiento más recomendable en un espacio tan variado sea una delimitación en función de un conjunto de rasgos, y no solamente basada en una característica. El perfil de una organización no lucrativa se distinguiría por la atención a las necesidades sociales o de sus propios asociados, la existencia de ciertos principios y distintivos comunes, como la solidaridad, la participación, la configuración de relaciones en torno al hombre y no al capital, la mayor democracia en las decisiones, o la existencia frecuente de un nivel supraorganizacional, es decir, la búsqueda de colaboración con otras entidades semejantes a través de las federaciones.

Un primer paso para intentar perfilar lo que puede entenderse por entidades sin fines lucrativos puede basarse en la clasificación de una entidad económica según el objetivo último que anima a acometer su actividad. Por ejemplo, para caracterizar a las entidades lucrativas, es decir, a las unidades empresariales, y teniendo en cuenta que la teoría económica de la empresa ya ha desechado hace tiempo el objetivo de maximizar el beneficio, sería correcto aproximar el objetivo último de una unidad empresarial bajo la premisa de la maximización del valor para los propietarios (o titulares de “derechos de propiedad”).

Por el contrario, las entidades sin ánimo de lucro se caracterizan por no perseguir una finalidad económica retribuida de forma prioritaria, sino más bien unos beneficios sociales. Interesa resaltar que esto quiere decir que una institución no lucrativa puede obtener un excedente con su actividad, pero este excedente no se reparte o revierte en la propiedad, como en el caso de las entidades lucrativas. Pero, realmente, el ánimo de lucro no es una frontera clara que caracterice en todos los casos a una entidad. El ejemplo más emblemático de situaciones “fronterizas” de indefinición entre lo lucrativo y lo no lucrativo podemos encontrarlo en ciertas cooperativas.

En cualquier caso, este tipo de definición es excluyente en el sentido que descarta formas de organización que presentan interés particular capitalista. De hecho, una naturaleza semejante presenta el término “organización del tercer sector” (reservando las etiquetas de “primer sector” y “segundo sector” a mercado y gobierno), que es empleado por Ascoli a partir de la definición estructural y operativa de Salamon y Anheier (1999), basada en rasgos tales como constitución formal, naturaleza jurídica privada, formas de autogobierno, ausencia de distribución de beneficios y presencia de trabajo voluntario.

Alternativamente, la acepción “economía social” existe como concepto desde el siglo XIX, introducido por economistas liberales como Charles Dunoyer y Jean-Baptiste Say, y siendo planteada como una tercera vía, alternativa al estado y al mercado, que aspira a transformar las relaciones económicas, volviéndolas a centrar en torno al hombre. Es decir, se trata de un paradigma que pretende establecer una relación directa y estrecha del hombre, como tal, con los factores económicos. Las entidades de economía social, de acuerdo a este enfoque, serían entidades que sin ser públicas persiguen un fin social, o al menos, este fin social prevalece sobre un fin económico.

Como consecuencia, la economía social viene definida como un espacio simultáneo donde confluyen lo económico y lo social.

Las organizaciones consideradas de economía social son entidades privadas, en tanto que de acuerdo al criterio de los derechos de propiedad su titularidad es privada, pero se diferencian de las entidades con ánimo de lucro en que su objetivo no es distribuir el excedente entre quienes ejercen el control. El conjunto de actividades que desarrollan puede ser o no de tipo mercantil, pero con su actuación no se persigue el objetivo de remunerar al capital, sino el ofrecer servicios, bien a la colectividad, bien a sus asociados. Esta idea no excluye la posibilidad de que pudieran obtenerse excedentes o retornos como resultado de las operaciones y de su actividad, pero su destino debería ser la reinversión en la propia organización o la mejora de los servicios prestados.

Sin embargo, ya se ha comentado que hoy en día conceptos como economía social o tercer sector se presentan difusos y con múltiples ambigüedades. En primer término porque ni mucho menos se han generalizado bajo un mismo enfoque, de tal manera que es posible encontrar diversas acepciones en conceptos diferentes (la forma más usual de economía social son las cooperativas) y en segundo lugar, debido a que no existen unas categorías jurídicas donde encajen exactamente todas las entidades que se consideren a sí mismas como tal. En general, se incluyen fenómenos tales como el cooperativismo, el mutualismo, el asociacionismo, alguna fundación, etc.

Hace más de una década, Rodríguez Cabrero (1991) afirmaba que el primer problema a solventar en el análisis del sector no lucrativo español es el de la información y reconocimiento social, es decir, el conocimiento a fondo de su dimensión, estructura, ámbitos de intervención, peso financiero, condicionantes y eficacia social. Sin una

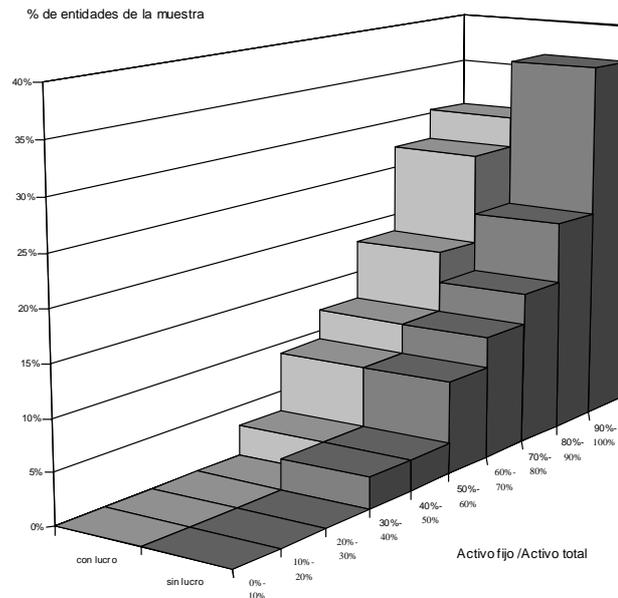
aproximación de las dimensiones del sector no lucrativo, no era posible diseñar políticas de intervención propia y complementarias. Sin estadísticas de calidad, no es posible definir el papel y las posibilidades reales del sector “social” privado.

Hoy en día, los obstáculos a la medición del sector privado no lucrativo siguen siendo importantes. Su peso y actividades económicas no se contemplan en el sistema nacional de cuentas. Las obligaciones de depósito de cuentas son muy distintas a las de las empresas privadas, dificultando la elaboración de bancos de datos. Tampoco existe un censo único completo. No obstante, actualmente se ha avanzado en cuanto a la aproximación a ese tercer sector institucional. Diversos trabajos han tratado de abordar el estudio de este sector y sus dimensiones a lo largo de los últimos años. Uno de los trabajos recientes de mayor significación es el estudio de Ruiz Olabuénaga (2000), con el impulso de la entonces Fundación BBV y la colaboración de la Universidad Johns Hopkins, que permite homologar los resultados a otros países.

En cuanto al tema central que nos ocupa, la atención a personas con dependencia, y en el marco concreto de la comunidad de Castilla y León, Jimeno y Redondo (2002) encuentran evidencia de comportamiento diferente en el perfil económico y financiero de las entidades no lucrativas frente a las empresas, aunque con la limitación de que se refiere a un solo ejercicio económico, 1997. Frecuentemente, las entidades no lucrativas tienen mayores inversiones en edificios e infraestructura (como puede observarse en la representación comparativa de los histogramas de la relación entre activos fijos y activos totales que se representa en la figura 41) y también presentan un perfil financiero diferente. En concreto, dicho trabajo encuentra diferencias en torno a tres componentes: eficiencia y rentabilidad (lógicamente a favor de las empresas), estructura financiera y coste de la deuda (menores niveles de endeudamiento en entidades no lucrativas) y el nivel de retribuciones y coste laboral por empleado y

plaza (inferior en entidades no lucrativas, quizá por la utilización del recurso del voluntariado).

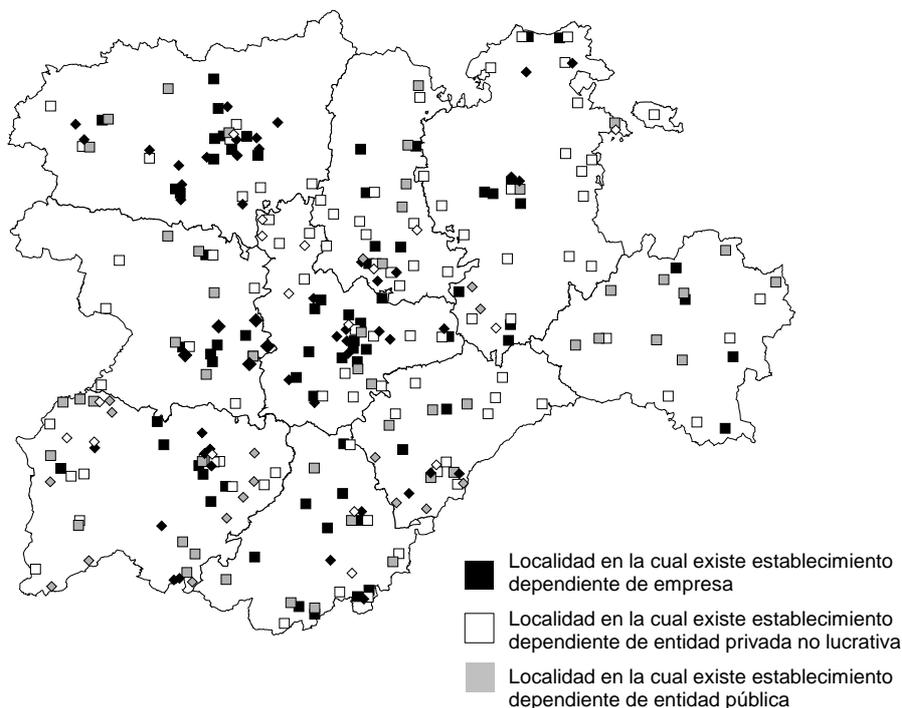
Figura 41. Histograma de frecuencias. Relación entre inversiones en activo fijo y activo total en entidades no lucrativas y empresas en Castilla y León.



Fuente: Jimeno y Redondo (2002).

De alguna manera, pueden apreciarse también, a través de la observación de la figura 42, como en cuanto a la ubicación también existen diferencias entre entidades lucrativas y no lucrativas. Las empresas parece que se concentran en los polos de mayor demanda (capitales de provincia de mayor población), mientras que las entidades pertenecientes a entidades privadas no lucrativas aparecen algo más diseminadas por el territorio.

Figura 42. Distribución territorial de centros en función de la titularidad,1997.



Fuente: Jimeno y Redondo (2002).

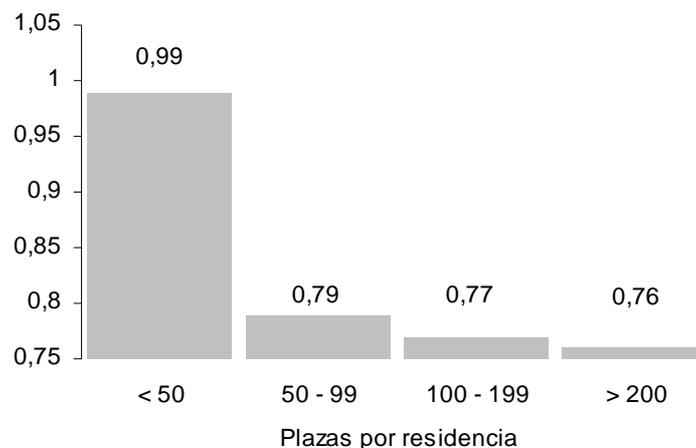
6.6 La provisión de atención residencial desde el sector privado empresarial.

Entre las actividades económicas relacionadas con el bienestar social, quizá donde más visiblemente se haya manifestado la irrupción del capital privado sea en los servicios residenciales para la atención a personas mayores necesitadas de asistencia permanente o crónica cuando el mantenimiento en su entorno habitual no es posible. Estos servicios personales requieren de infraestructuras especializadas que implican importantes inversiones en recursos y elevados gastos de funcionamiento. En un espacio de tiempo relativamente breve, apenas una década, han ido floreciendo como negocio emergente dentro del sector servicios. Informes de consultoras como DBK señalan un crecimiento en el volumen de negocio en 2003 del mercado de residencias privadas del 11,1%, manteniendo en los últimos años unas tasas acumuladas por

encima del 10% en una rama de actividad que apenas tiene historia como mercado organizado. No obstante, todavía la participación pública se evidencia de manera muy intensa, incluso a través de un fuerte intervencionismo en el mercado, que se manifiesta en cuestiones como el régimen de autorización administrativa previa para el inicio de la actividad, o el sometimiento a una exigente normativa de mínimos en cuanto a centros y servicios. Todavía en la actualidad subsiste una cierta concepción de que la atención residencial se trata de un terreno exclusivamente acotado a la acción pública o caritativa, y en parte por la tardía incorporación de las ciencias de la gestión a un ámbito que hasta épocas recientes ignoraba los aspectos económicos y financieros de la oferta de servicios, incorporaba de forma muy limitada mecanismos de gestión empresariales y mostraba unas reticencias ancestrales a la comparación entre instituciones.

El 90% de los centros se puede considerar de pequeño y mediano tamaño con unas necesidades centradas en la optimización de costes, la mejora de la calidad asistencial y la formación permanente de sus trabajadores. Los datos de la consultora DBK indican predominio de empresas cuyos ingresos se encuentran por debajo de los 0,6 millones de euros. Asimismo, los estudios de la federación que agrupa a las empresas del sector constatan el incremento del volumen de negocio y el interés creciente que suscita para grupos empresariales e inmobiliarios. Frente a los centros de pequeño tamaño, los grandes grupos pueden aplicar economías de escala en sus centros, especialmente en los aspectos relacionados con personal (figura 43), marketing y compras, lo que supone un importante ahorro que redundará en una sustancial mejora de su competitividad. La oportunidad de desarrollo del sector residencial de atención a la dependencia está en que la demanda de este tipo de servicios es estable y creciente. Por otro lado, para los inversores el sector de las residencias ofrece una gran estabilidad frente a ciclos inmobiliarios y económicos.

Figura 43. Índice de economías de escala respecto a los costes de personal.



Fuente: Gabrel (2000).

La tendencia puede apuntar al peligro de que, en el futuro, las pequeñas iniciativas empresariales, que en la actualidad suponen la mayoría del tejido empresarial del sector, tengan que agruparse y crecer o bien verse abocadas a desaparecer, ya que no podrán competir en servicios y calidad con los grandes grupos. Se perfila un escenario en el que juegan cuatro agentes claramente diferenciados entre sí, con dos alternativas: la opción por la propiedad del edificio (entidades patrimonialistas) o la opción por limitarse a la gestión del negocio, siendo normalmente el titular del inmueble una entidad pública (muchos ayuntamientos de pequeñas localidades de Castilla y León presentan esta situación).

6.7 Perfil económico y financiero de las empresas de servicios de atención residencial en Castilla y León.

El objetivo específico del presente apartado es aproximarse al perfil económico y financiero básico de las entidades que conforman la oferta privada en el subsector de

actividad de los servicios sociales residenciales de atención a la dependencia, en el ámbito territorial de Castilla y León y durante los períodos comprendidos entre el ejercicio 2000 y el 2002, ambos inclusive. A este respecto, se han seleccionado las entidades radicadas en Castilla y León cuya rama de actividad se correspondía con el código CNAE²⁰ 8531 (que corresponde al epígrafe “Actividades de prestación de servicios sociales con alojamiento”). Para permitir una adecuada comparación de ciertas magnitudes (gasto, inversión o beneficio) se ha establecido como unidad o módulo de producción las plazas autorizadas, complementando con este dato la información contable procedente de las cuentas anuales.

A partir de la información base depositada por las entidades en algún Registro Mercantil de la comunidad autónoma, y obtenida a través de las bases de datos *Sabi* y *Amadeus*, desarrolladas conjuntamente por las empresas *Informa* y *Bureau Van Dijk*, y previamente al análisis de ratios, se efectuaron diversos test de coherencia con el fin de excluir aquellos registros que no cumplían unos mínimos de fiabilidad²¹ o aquellas empresas cuya información no abarcaba los tres ejercicios económicos considerados. Asimismo, se procedió a corregir deficiencias y a depurar datos, subsanando ciertos errores aritméticos existentes en la fuente original. Entre las carencias detectadas en la información, la más recurrente suele ser la falta de datos sobre el número de empleados. La fiabilidad de la información que finalmente se ha utilizado, evidentemente, depende de la consistencia de los registros oficiales. No puede descartarse, en todo caso, una falta de homogeneidad en la información que sea debido a diferencias en las políticas contables de cada entidad. Finalizado este proceso de depuración, el conjunto de datos analizados corresponde a 45 empresas,

²⁰ Clasificación Nacional de Actividades Económicas.

²¹ Hay que tener en cuenta que solamente en un escaso número de entidades la información había sido auditada.

siendo predominante la forma jurídica de las sociedades limitadas, que suponen 40 casos, las sociedades anónimas cuatro y una entidad sin ánimo de lucro.

Una de las limitaciones a tener en cuenta es que el criterio escogido de localización para delimitar la muestra de empresas se basa en que la sede social de la empresa radique en alguna de las provincias de Castilla y León, por lo cual habrán quedado excluidas algunas entidades que operan en dicha comunidad autónoma, donde cuentan con algún centro residencial, pero su domicilio social se sitúa en otra comunidad distinta.

A la hora de construir determinados indicadores del perfil económico y financiero de la actividad considerada, se ha optado por elaborar ratios que integren otros datos técnicos adicionales, fundamentalmente la información relativa al número de plazas útiles del establecimiento²², considerando que es un elemento significativo de la capacidad de servicio de la unidad de producción, y cuya determinación forma parte de las decisiones estratégicas del área productiva, convirtiéndose, por lo tanto, en una adecuada referencia para establecer comparaciones unitarias entre organizaciones con distinto potencial productivo.

La mayor parte de los ratios empleados se han seleccionado teniendo en consideración los más usuales en los trabajos académicos al respecto, de acuerdo a los objetivos perseguidos y a la información disponible en este caso concreto. Como ya se ha indicado, se han construido adicionalmente una serie de indicadores específicos que solamente adquieren significación en el subsector económico

²² Tomado de los datos del IMSERSO, en www.portalmayores.com

analizado, ya que utilizan la información sobre la capacidad en cuanto a plazas del recurso residencial.

La formulación de los ratios finalmente escogidos y los estadísticos básicos que configuran su distribución para cada uno de los ejercicios 2000, 2001 y 2002 quedan recogidos en las tablas 29, 30 y 31. Los valores de los ratios se han calculado para cada una de las empresas así como para las partidas agregadas. Como aproximación a la distribución de la muestra se ha procedido al cálculo de la media, de los cuartiles y de la desviación típica, indicando también los valores máximos y mínimos para cada uno de los ratios.

Una primera cuestión a destacar en cuanto a la estructura económica de las empresas de esta rama de actividad es la elevada participación del inmovilizado sobre el activo total, que supera el 82% para el total agregado en los años analizados, llegando a alcanzar el 88% en el ejercicio económico 2002. Según los datos de la distribución de la muestra, en el 50% de las empresas analizadas y a lo largo de todos los años el activo fijo representa un 85% del activo total suponiendo en algunos casos prácticamente la totalidad de la estructura económica. Complementariamente, hay que destacar algunas entidades puntuales en las cuales, la inversión en inmovilizado es prácticamente nula, situación que se explica comprobando que se trata de empresas que se dedican exclusivamente a la gestión de centros cuya titularidad es pública, con lo cual la entidad gestora no debe incorporar el edificio residencial y el equipamiento a su patrimonio.

Tabla 29. Ratios del análisis económico y financiero. Castilla y León, 2000.

Ratios	Total agregado	Nº de casos	Media aritmética	Media acotada 5%	Cuartil 1 (25%)	Cuartil 2 (Mediana)	Cuartil 3 (75%)	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
Activo fijo / Activo total	82,64%	45	71,75%	72,76%	57,62%	85,60%	93,01%	29,64%	99,98%	0,03%
Activo circulante / Pasivo circulante	0,59	44	1,29	1,04	0,20	0,56	1,08	2,36	13,45	0
Activo total / Pasivo exigible	1,28	45	2,22	1,81	1,00	1,12	1,81	3,42	21,52	0,59
Pasivo exigible / Fondos propios	3,67	45	31,33	20,02	0,15	232,13%	1002%	11125%	628	-7870%
Ventas / Activo total	0,59	42	1,62	1,28	0,41	0,62	2,00	2,74	16,75	0,01
Ventas / Activo circulante	3,46	42	60,40	13,43	2,29	4,74	15,34	307,39	2.000	0,04
Ventas / Activo fijo	0,71	42	25,97	6,57	0,46	0,74	4,45	127,74	828	0,01
BAIT / Ventas	8,07%	42	-15,49%	3,13%	-3,06%	1,25%	11,55%	139,32%	101%	-877%
Rdo. ejercicio / Fondos propios	7,53%	44	3,15%	3,08%	-10,46%	8,07%	23,08%	60,84%	219%	-210%
BAIT / Activo total	4,72%	44	-0,52%	0,64%	-2,18%	0,89%	6,40%	24,73%	67,24%	-117%
Gastos de personal / nº trabajadores	16.478	32	10.765	10.765	9.290	10.926	12.772	4.331	22.802	183
Gastos de personal / Gastos totales	51%	39	49,33%	49,33%	46,85%	51,15%	57,09%	15,24%	72,81%	4,80%
Consumos / Gastos totales	20,63%	40	19,56%	17,93%	12,34%	16,45%	21,23%	18,47%	99,96%	1,06%
Amortización inmovilizado / Gastos totales	7,01%	41	9,06%	8,03%	2,60%	5,80%	10,23%	11,82%	58,23%	0,03%
Gastos financieros / Pasivo exigible	2,75%	44	3,57%	3,26%	0,82%	2,64%	3,88%	4,28%	20,10%	0%
Activo fijo / nº plazas	7.943	45	8.875	7.757	1.173	6.592	12.713	11.676	65.817	5
Gastos personal / nº plazas	2.689	45	2.604	2.542	1.162	2.721	3.849	1.876	7.877	-
Ingresos explotación / nº plazas	5.727	45	5.375	5.342	2.818	5.848	7.843	3.243	12.207	-
Rdo. ejercicio / nº plazas	154,38	45	-104,36	-33,27	-110,36	7,38	175	1.028	1.608	-4.873
Rdo. explotación / nº plazas	446,75	44	113,28	188,33	-138,38	60,70	497,09	1.307	2.526	-5.452
Activo fijo / nº plazas equivalentes	9.918	45	12.472	10.161	1.698	8.087	14.031	20.727	124.318	5
Ingresos explotación / nº plazas equivalentes	7.151	42	7.442	7.462	4.592	8.088	10.249	3.878	13.953	122
Gastos personal / nº plazas equivalentes	3.358	39	3.853	3.853	2.548	4.002	4.957	2.085	8.963	18
Rdo. ejercicio / nº plazas equivalentes	192,76	44	-146,44	-13,46	-135,81	15,37	320,77	1.570	2.371	-8.249

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 30. Ratios del análisis económico y financiero. Castilla y León, 2001.

Ratios	Total agregado	Nº de casos	Media aritmética	Media acotada 5%	Cuartil 1 (25%)	Cuartil 2 (Mediana)	Cuartil 3 (75%)	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
Activo fijo / Activo total	85,33%	45	75,29%	76,31%	63,98%	85,80%	93,18%	24,90%	99,94%	6,71%
Activo circulante / Pasivo circulante	0,57	45	1,67	1,17	0,23	0,43	1,01	4,10	25	0
Activo total / Pasivo exigible	1,23	45	1,50	1,39	1,00	1,09	1,38	1,27	7,20	0,47
Pasivo exigible / Fondos propios	4,37	45	14,47	14,44	0,19	3,75	13,69	72,48	296,60	-266,30
Ventas / Activo total	0,57	41	2,13	1,35	0,48	0,64	1,94	5,36	34,41	0,07
Ventas / Activo circulante	3,86	41	29,39	11,41	3,05	6,71	10,80	118,07	759,15	0,77
Ventas / Activo fijo	0,66	41	4,75	3,49	0,53	0,73	4,96	11,09	58,76	0,07
BAIT / Ventas	8,85%	41	5,58%	4,75%	-1,49%	2,20%	13,47%	20,42%	93,57%	-50,03%
Rdo. ejercicio / Fondos propios	8,96%	45	5,46%	3,68%	-20,40%	5,10%	30,36%	109,01%	446%	-358%
BAIT / Activo total	5,02%	45	3,19%	3,15%	-1,30%	1,18%	9,56%	16,24%	57,81%	-49,77%
Ventas N / Ventas N-1	16,18%	42	149,00%	107,69%	2,66%	9,12%	43,11%	415,75%	2051%	-100%
Activo N / Activo N-1	19,90%	45	103,55%	48,07%	-3,06%	1,03%	33,75%	409,80%	2632%	-39,80%
Gastos de personal / nº trabajadores	15.476	35	12.308	12.308	10.603	11.910	13.666	3.954	26.285	5.916
Gastos de personal / Gastos totales	56,53%	41	56,34%	56,32%	48,70%	55,07%	60,93%	10,25%	80,35%	33,01%
Consumos / Gastos totales	14,99%	41	15,61%	15,56%	12,34%	16,31%	18,96%	5,34%	27,59%	5,50%
Amortización inmovilizado / Gastos totales	7,24%	41	7,49%	7,10%	2,79%	5,84%	10,24%	6,60%	29,66%	0,42%
Gastos financieros / Pasivo exigible	2,98%	43	3,46%	2,83%	0,87%	1,80%	4,05%	5,48%	32,73%	0%
Activo fijo / nº plazas	9.834	45	10.743	9.709	1.959	9.421	14.006	11.718	65.849	107
Gastos de personal / nº plazas	3.424	45	3.485	3.406	2.279	3.317	4.585	2.113	10.359	-
Ingresos explotación / nº plazas	6.616	45	6.765	6.658	4.350	6.606	9.453	3.810	18.126	-
Rdo. ejercicio / nº plazas	192,01	45	73,90	118,28	-134,60	9,56	444,06	775,11	1.591	-3.351
Rdo. explotación / nº plazas	568,65	45	454,83	447,32	-133,43	110,05	1.230	1.140	4.144	-2.911
Activo fijo / nº plazas equivalentes	12.279	45	14.606	12.390	2.162	11.533	17.059	20.423	124.379	122
Ingresos explotación / nº plazas equivalentes	8.261	41	9.688	9.474	6.606	10.11	12.196	4.375	24.984	2.725
Gastos de personal / nº plazas equivalentes	4.275	41	4.948	4.820	3.168	4.831	6.315	2.501	14.279	588
Rdo. ejercicio / nº plazas equivalentes	239,75	45	73,56	154,34	-203,08	11,68	662,18	1.151	2.346	-5.672

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 31. Ratios del análisis económico y financiero. Castilla y León, 2002.

Ratios	Total agregado	Nº de casos	Media aritmética	Media acotada 5%	Cuartil 1 (25%)	Cuartil 2 (Mediana)	Cuartil 3 (75%)	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
Activo fijo / Activo total	87,96%	45	75,11%	76,16%	55,06%	86,43%	92,92%	25,34%	100%	4,95%
Activo circulante / Pasivo circulante	0,47	44	1,06	0,73	0,14	0,37	1,02	2,50	16,29	0
Activo total / Pasivo exigible	1,21	45	1,66	1,45	1,03	1,08	1,25	1,96	12,36	0,12
Pasivo exigible / Fondos propios	4,80	45	-14,12	4,15	0,17	4,09	13,05	133,62	68,05	-882
Ventas / Activo total	0,55	43	2,51	1,41	0,44	0,72	2,45	7,56	50,16	0,05
Ventas / Activo circulante	4,78	42	234,66	17,22	3,29	6,19	12,64	1412	9167	0,37
Ventas / Activo fijo	0,62	43	6,61	4,62	0,46	0,80	5,16	17,31	94,76	0,06
BAIT / Ventas	8,16%	43	2,49%	4,57%	-0,72%	4,26%	12,46%	32,36%	87,47%	-168%
Rdo. ejercicio / Fondos propios	9,33%	45	3,24%	15,07%	-10,34%	8,94%	51,28%	156,85%	312%	-815%
BAIT / Activo total	4,47%	45	-9,07%	3,56%	-0,73%	4,62%	9,61%	96,14%	70,13%	-631%
Ventas N / Ventas N-1	14,74%	41	21,59%	14,72%	-1,40%	5,70%	17,90%	56,59%	331%	-20,29%
Activo N / Activo N-1	18,74%	45	8,47%	6,67%	-5,82%	-3,17%	8,98%	42,67%	175%	-81,31%
Gastos de personal / nº trabajadores	16.774	37	13.938	13.938	10.841	12.459	15.306	7.578	54.825	6.354
Gastos de personal / Gastos totales	59,09%	42	59,12%	58,72%	51,73%	57,58%	63,44%	9,57%	89,61%	44,62%
Consumos / Gastos totales	14,77%	41	14,95%	15,04%	11,01%	15,39%	18,40%	5,18%	23,92%	2,62%
Amortización inmovilizado / Gastos totales	6,58%	40	6,86%	6,62%	3,06%	6,02%	8,89%	5,11%	22,43%	0,54%
Gastos financieros / Pasivo exigible	2,59%	44	3,06%	2,60%	0,66%	2,03%	4,07%	4,01%	25,49%	0,0%
Activo fijo / nº plazas	12.037	45	12.229	11.265	1.347	10.115	14.422	14.189	65.834	68
Gastos de personal / nº plazas	4.099	45	4.173	4.112	3.048	4.066	5.120	2.246	10.976	-
Ingresos explotación / nº plazas	7.561	45	7.801	7.580	5.414	7.691	9.885	4.582	25.108	-
Rdo. ejercicio / nº plazas	220,38	45	200,96	133,72	-111,42	183,53	485,17	1.012	5.389	-2.096
Rdo. explotación / nº plazas	601,70	45	599,51	525,79	-92,88	275,12	1.006	1.410	6.798	-2.429
Activo fijo / nº plazas equivalentes	15.030	45	16.182	14.041	1.922	11.896	18.206	21.679	124.350	77
Ingresos explotación / nº plazas equivalentes	9.441	43	10.601	10.330	7.241	9.864	12.031	5.728	30.580	1.744
Gastos de personal / nº plazas equivalentes	5.118	43	5.632	5.515	3.891	5.224	6.364	2.805	15.129	918
Rdo. ejercicio / nº plazas equivalentes	275,18	45	257,13	175,54	-111,42	235,28	655,45	1.260	6.563	-2.541

Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados pueden ser interpretados en términos de que los servicios de larga estancia con alojamiento permanente que prestan estas entidades precisan una elevada inversión en infraestructuras lo que implica que su inmovilizado sea tan importante, unido a que su implantación relativamente reciente produzca que no sea prolongado el período de tiempo de amortización de activos de larga vida útil. Si se analizan en términos homogéneos las inversiones en inmovilizado, puede utilizarse la capacidad de producción de cada centro en función del número de plazas residenciales. De esta manera, puede comprobarse que la inversión en activo fijo por plaza se sitúa para el total agregado en 7.943 euros para el año 2000, aumentando en los siguientes ejercicios hasta 9.834 euros en 2001 y hasta 12.037 euros en el último año. Al examinar la distribución de la muestra para este ratio, tomando una media recortada en el 5% de los casos con el objeto de eliminar valores extremos que distorsionen la muestra, los resultados presentan valores similares al agregado, aunque conviene indicar la gran disparidad en los resultados individuales que se obtienen. Si se considera el número de plazas equivalentes²³ (a través de la relación entre el coste de una plaza pública de válido y una de asistido en Castilla y León, dato que se obtiene del Observatorio de personas mayores del IMSERSO), la inversión por plaza se eleva para cada año analizado y va incrementando en este periodo, pero manteniéndose la discrepancia en los datos de la distribución de la muestra.

La inversión que se realiza en activo en estas empresas se incrementa en los ejercicios analizados para el total agregado: en el ejercicio 2001 aumenta un 19,9% y un 18,7% en el año 2002. En el año 2001 más del 50% de las empresas analizadas incrementan su activo en más de un 1% respecto al año anterior. Sin embargo, en el

²³ La utilización del número de “plazas equivalentes” viene motivada por un hecho anteriormente apuntado, y es que, siendo las residencias para personas mayores recursos concebidos para personas mayores dependientes en muchos casos persisten plazas que se ofertan a usuarios totalmente dependientes (plazas de “válidos”). Como los requisitos de una plaza de válido son distintos y menos

ejercicio económico 2002 se observa que en más del 50% de las empresas de la muestra su activo disminuye respecto al año anterior y es sólo a partir del tercer cuartil cuando se observa un crecimiento, aunque en este caso es superior al 8%.

El estudio de la situación de equilibrio financiero en que se encuentran estas entidades se ha realizado, en primer lugar, a través del ratio que relaciona el activo circulante con el pasivo circulante, con el propósito de indagar si las inversiones en activo fijo que precisan estas empresas para llevar a cabo su actividad son financiadas a largo plazo o a corto plazo. Los valores para el total agregado de la muestra en cada uno de los tres ejercicios son inferiores a la unidad (en torno a 0,5), por lo que se podría inferir una situación financiera de suspensión de pagos de hecho, ya que parte del inmovilizado se estaría financiando con recursos a corto plazo. Según los datos de la distribución de la muestra, en los tres ejercicios, sólo un 25% de las empresas analizadas poseen valores superiores a la unidad.

Si bien estos resultados sin duda sorprenden en un primer acercamiento, de la revisión de trabajos anteriores podemos encontrar dos líneas explicativas. La primera de ellas referida a la actividad que prestan estas entidades, que se realiza sin apenas disponer de realizable a corto plazo en su estructura económica (por ejemplo, hay una práctica ausencia de inventarios). La segunda línea parece coherente también con los datos utilizados para la presente investigación, dado que empiezan a ser frecuentes los estudios que contrastan de manera acreditada que la situación descrita suele ser propia de las pequeñas y medianas empresas.

exigentes, puede entenderse que el consumo en términos de coste e inversión para una plaza de válido sea diferente e inferior al consumo que suponga una plaza de asistido.

La situación de equilibrio financiero también se ha analizado a partir de la relación entre el activo total y el pasivo exigible (pone de manifiesto la capacidad de estas entidades para hacer frente a la totalidad de sus deudas), mediante la cual se puede concluir que tanto para el conjunto agregado como para el 75% de los valores de la muestra los datos obtenidos para el ratio se sitúan por encima de la unidad.

El estudio de la estructura financiera se ha realizado a través del nivel de endeudamiento relacionando los recursos ajenos con los recursos propios que se sitúa para el total agregado en 3,66 para el año 2000, aumentando en el trienio hasta un valor de 4,37 en 2001 y de 4,80 en 2002, valores que indican la tendencia de estas empresas al recurso a las fuentes de financiación ajena (que, en general, suponen unas cuatro veces los recursos propios). Los datos de este ratio para la distribución de la muestra son muy dispares; así, el 25% de las empresas de la muestra, en los tres ejercicios económicos, tienen un nivel de endeudamiento bajo, situándose los valores de este ratio en niveles inferiores a 0,15. Por el contrario, otro 25% de entidades están muy endeudadas ya que sus fondos ajenos son más de 10 veces las fuentes de financiación propias. En relación con el coste de la deuda (relación entre gastos financieros y pasivo exigible), para el total agregado es del 2,75%, de 2,98% y 2,59% para los tres años analizados, 2000, 2001 y 2002, respectivamente. La media aritmética de la distribución de los datos es mayor, alcanzando un coste de la deuda superior al 3%.

En cuanto al análisis de la cuenta de pérdidas y ganancias, se ha procedido a analizar las distintas partidas que componen dicho documento, destacando sin duda la importancia de los gastos de personal respecto al total de gastos de explotación en estos años, superior al 50%, como cabe prever en una actividad de prestación de servicios personales. Los valores que toma este ratio para la distribución de la muestra

no presentan mucha disparidad y la media aritmética nos indica niveles de participación similares a los del total agregado. El siguiente componente de los gastos de explotación en cuanto a importancia son los consumos de materiales, en torno al 15% en los dos últimos ejercicios económicos y al 20% en el primer año considerado. Por último hay que destacar como otro gasto significativo, dentro de los gastos de explotación, las amortizaciones de inmovilizados que representan por término medio todos los años un 7% del total de gastos para el total agregado.

La importancia de los gastos de personal dentro del total de los gastos de explotación deriva de la condición de servicio de atención personal y de la exigencia que establece la normativa existente para la autorización de la actividad de un número de efectivos de personal de diversas categorías profesionales en función de las plazas de establecimiento. El coste laboral por empleado considerando los valores de la media aritmética de la muestra aumenta en este período pasando de 10.765 euros en el año 2000 a 13.938 euros en 2002, siendo el incremento de coste de personal por empleado del 18% en el año 2001 respecto al año 2000 y del 13% en el año 2002 respecto al ejercicio anterior. El cálculo del coste de personal por plaza permitiría estimar el mayor gasto que van a tener estas entidades en caso de que quieran llevar a cabo una ampliación de su capacidad de servicio. Pues bien, este coste va aumentando a lo largo de estos ejercicios para el total agregado del conjunto de la muestra, entendemos que de forma altamente significativa, desde 2.689 euros en el año 2000 hasta 3.424 euros en el 2001, alcanzando 4.099 euros en el 2002. Es decir, el incremento es del 27% en el año 2001 y del 20% en el año 2002, presentando los valores individuales de la distribución de la muestra también esta tendencia creciente. Si se considera el número de plazas equivalentes los costes por empleado para el total agregado se incrementan un 25% en todos los años analizados (3.358 euros en el año 2000, 4.275 en el año 2001 y 5.118 euros en el año 2002). La interpretación de este

resultado podría llevar a inducir a plantearse si no se está llevando a cabo una creciente especialización en la atención geriátrica, que podría ser la causa de este llamativo incremento interanual.

La evolución de los ingresos relacionados con la actividad que realizan estas entidades para el total agregado de los datos muestra aumenta un 16,18% en el año 2001, siendo un poco inferior en el año 2002, ya que se sitúa en el 14,74%. Sin embargo, sería conveniente precisar que en el año 2001 los ratios relacionados con la distribución de la muestra presentan valores muy dispersos llegando a producirse incrementos del importe neto de la cifra de ventas superiores al 2000% y disminuciones del -100% respecto al ejercicio anterior. El número de datos limitado puede comprometer en este caso la fiabilidad de las medidas centrales de la muestra. En el año 2002, aunque también existen estas diferencias, los datos obtenidos para la media acotada, con el objeto de evitar este efecto de valores extremos altamente sospechosos, son similares al obtenido para el total agregado. El incremento de los ingresos relacionados con la actividad a lo largo de estos hace que los ingresos que se obtienen por plaza o por plaza equivalente también aumenten (un 15% en el año 2001 y un 14% en el año 2002). Los valores obtenidos para los datos de la distribución de la muestra también se incrementan a lo largo de los ejercicios, de tal manera que la media aritmética alcanza valores similares a los del total agregado para el conjunto de la muestra.

El beneficio o pérdida de explotación que se consigue por plaza para el total agregado va aumentando también de un ejercicio a otro, siendo mucho mayor el incremento que se produce en el ejercicio 2001 respecto al 2000, un 27%, que en el del último año 2002 respecto al precedente, un 6%. Hay que indicar que este ratio toma valores muy dispares para la distribución de la muestra en los tres ejercicios. Si analizamos el

resultado del ejercicio por plaza que obtienen estas entidades para el total agregado de cada año, el beneficio por plaza asciende a 154 euros en 2000, 192 euros en 2001 y 220 euros en 2002, incrementándose a lo largo de estos ejercicios. Si tenemos en cuenta el número de plazas equivalentes, el beneficio alcanza valores superiores (192 euros en 2000, 239 euros en 2001 y 275 euros en 2002). Conviene señalar, no obstante, el valor relativo de la media como representación del comportamiento de la muestra, ya que en el caso del resultado de explotación por plaza la distribución de la muestra es muy dispar, encontrándonos con beneficios o con pérdidas por plaza muy elevados, que se alejan del valor promedio que se obtiene para el total agregado del conjunto de la muestra. Podría interpretarse también que las cuentas de explotación son sostenibles en la actualidad debido a las condiciones económicas de los convenios laborales existentes, según los cuales, el personal de atención directa cobra en torno a los 600 euros mensuales. Aún así, los márgenes de beneficio no están siendo excesivos.

La rentabilidad económica [utilizando para su cálculo el beneficio antes de intereses e impuestos (BAIT)] para el total agregado en estos ejercicios está entre el 4,5% y el 5%, pudiendo constatarse que las variaciones que se producen en este período sobre el total agregado se deben principalmente al margen comercial, ya que las variaciones en rotaciones de activos son mínimas. Los datos obtenidos para la distribución de la muestra también son muy dispares, llegando el promedio aritmético de la muestra a alcanzar valores negativos durante los ejercicios 2000 y 2002, arrastrados por las elevadas rentabilidades negativas que tienen algunas entidades. Se puede resaltar cómo más del 25% de las empresas analizadas presentan rentabilidades negativas en los 3 ejercicios, es decir, el desarrollo de su actividad origina pérdidas de manera sistemática.

La rentabilidad financiera (calculada sobre el resultado neto del ejercicio) obtenida para los datos agregados del conjunto de la muestra aumenta a lo largo del trienio, suponiendo un 7,5% en el año 2000, un 8,9% en el año 2001 y un 9,3 % en el año 2002. Este incremento se debe al efecto apalancamiento que se origina al aumentar el endeudamiento, ya que la rentabilidad económica, como se ha comentado, apenas varía en este periodo. Para los datos de la distribución de la muestra ocurre lo mismo que para la rentabilidad económica, los valores son muy dispares y más del 25% de las entidades presentan rentabilidades negativas en todos los ejercicios.

7. CONCLUSIONES.

El envejecimiento, y sobre todo, la alta longevidad han provocado un aumento muy importante de las personas mayores dependientes en nuestros días. Estos fenómenos son comunes en la Unión Europea y en España, pero se presentan de forma algo más acusada en Castilla y León por sus particularidades diferenciales sociodemográficas, ya que se trata de una de las comunidades más envejecidas y con mayor esperanza de vida.

La cuestión del aumento de personas mayores dependientes crea un importante reto para las sociedades. En primer lugar, el desafío se presenta para las políticas sociales públicas de atención a las personas mayores, que se ven presionadas para aumentar la oferta de cuidados de larga duración ante la disminución del apoyo informal y simultáneamente han de replantearse el modelo asistencial, sobre todo en los recursos de atención residencial, ya que subsiste todavía un importante número de plazas ofertadas para personas que no tienen problemas de dependencia, respondiendo a la antigua concepción, orientada hacia problemas sociales y económicos, cuando hoy en día, la atención a personas dependientes exige dirigirse a colectivos de población que presentan necesidades sociales y sanitarias.

Al presentarse fragmentados sobre una base autonómica los sistemas de servicios sociales que engloban los recursos de atención a personas mayores, el desigual desarrollo de los servicios muestra diferencias importantes en la atención entre comunidades autónomas. En este sentido, la posición relativa de Castilla y León parece buena en este momento en relación con la cobertura de las necesidades del conjunto de la población mayor, pero sin dejar de considerar la necesidad de ofertar un número mayor de plazas para personas dependientes y de mantener una oferta de

plazas a precios accesibles para aquellos niveles de renta menores. Cuestión común a todos los sistemas de atención es la amenaza en el horizonte de la incorporación de las generaciones del “*baby boom*” al segmento de edades avanzadas, donde el problema de la financiación de los recursos de atención alcanzará su máxima expresión. De forma inmediata, son ya diversas las voces que abogan por la implantación de un esquema financiero basado en fórmulas tipo seguro, de acuerdo a la naturaleza imprevisible de la demanda de estos servicios.

La insuficiencia de recursos públicos para atender al incremento de necesidades ha originado la aparición de mercados privados de servicios sociales para atender a la demanda no cubierta. Sin embargo, el perfil económico y financiero del conjunto de entidades que integran la oferta revela un sector privado fuertemente atomizado en Castilla y León, con niveles de endeudamiento en muchos casos considerables y con riesgos financieros elevados, como consecuencia de las elevadas inversiones en inmovilizado y los altos costes de personal que implican los servicios de atención, con una evidente orientación hacia la contención de costes para poder llegar a ser competitivos en precios.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A. (2000): "El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo", *Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles y tendencias*, nº 1.

ABRAMOVIC, B. (1998): *Long term care administration*, Haworth Press, London.

ALONSO SECO, J. M.; GONZALO GONZÁLEZ, B. (1997): *La asistencia social y los servicios sociales en España*, Editorial BOE, Madrid.

ANTHONY, R.; YOUNG, D. (1988): *Management control in nonprofit organizations*, Irwin, Homewood, Illinois.

ARRIOLA, E.; INZA, B. (1999): *Protocolos de atención en residencias para personas mayores*, Gizatekintza, Diputación Foral de Gipuzkoa.

BALTES, P. B.; MAYER, K. U. (eds.) (1999): *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, Cambridge and New York.

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. B. (1994): "The dynamics between dependency and autonomy: illustrations across the life span", en: FEATHERMAN, D.L.; LERNER, R.M.; PERLMUTTER, M. (Eds): *Life-span development and behaviour*, pp. 41-90, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

BAREA, J. (1999): "Los efectos económicos del envejecimiento", Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, sesión del día de 9 de febrero.

BAREA, J. (Dir.) (1996): *El gasto público en servicios sociales en España*, Colección Estudios nº 30, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

BAREA, J.; FERNÁNDEZ, M. (1999): "Aspectos económicos-financieros del envejecimiento", *Encuentros multidisciplinares*, nº 2, mayo-agosto.

BARRUBÉS, J.; PORTELLA, E.; GÓMEZ, M. (2003): *Estudio comparativo de las tarifas en las plazas residenciales para personas mayores entre diferentes comunidades autónomas*, Cuadernos Elaia, Antares Consulting,

www.antares-consulting.com/pdf/c_3_01.pdf

BEN-NER, A.; VAN HOOMISSEN, T. (1991): "Nonprofit organizations in the mixed economy: a demand and supply analysis", *Annals of public and cooperative economics*, nº 4, pp. 519-550.

--- (1992): "An empirical investigation of the joint determination of the size of the forprofit, nonprofit and government sectors", *Annals of public and cooperative economics*, nº 3, pp. 391-415.

BENTABOL MANZANARES, M. A. (2000): "Cálculo, análisis y control del coste en el sector servicios: el caso de la empresa hospitalaria", *IX Encuentro de Profesores Universitarios de Contabilidad*, Las Palmas de Gran Canaria, pp. 365-377.

CABRÉ, A.; PÉREZ, J. (1995): "Envejecimiento demográfico en España", en: *Las actividades económicas de las personas mayores*, SECOT, Barcelona.

CASADO, D. (2000): "Organizaciones voluntarias de objeto social en España", *Economistas*, nº 83, enero, pp. 46-61.

CASADO, D.; LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, Editorial Fundación La Caixa, Barcelona.

CHAVES, R.; MONZÓN, J. L. (2000): "Las cooperativas en las modernas economías de mercado: perspectiva española", *Economistas*, nº 83, pp.113-124.

CHAVES, R.; SAJARDO, A. (1996): "Servicios sociales a la tercera edad y economía social en España", *Quaderns de Treball*, nº 37, Universitat de València.

COMISIÓN EUROPEA (1993): *Libro Blanco "Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI"*, Luxemburgo.

--- (2000): *Informe sobre la protección social en Europa 1999*, Bruselas.

CUERVO, J. L. (1998): "L'estat del benestar i les reformes del sistema sanitari espanyol", *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, nº 31, febrero, pp. 14-20.

DAY, K.; CARREON, D.; STUMP, C.(2000): "The therapeutical design of environments for people with dementia: A review of the empirical research", *Gerontologist*, nº 40, pp. 397-416.

DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Colección Informes, estudios y documentos 1, Comunidad de Madrid.

DOOGHE, G.; APPLETON, N. (1995): *Elderly women in Europe. Choices and challenge*, Population and Family Study Centre, Leuven.

DRUMMOND, M. (1989): *Principles of Economic Appraisal in Health Care*, Oxford University Press.

DURÁN, M. A. (1988): *De puertas adentro*, Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer.

--- (1999): *La base del Iceberg*, CSIC.

--- (2000): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Madrid.

ESPING-ANDERSEN, G. (1999): "Politics without Class? Postindustrial Cleavages in Europe and America", en: KITSCHOLT, H.; LANGE, P.; MARKS, G.; STEPHENS, J. D. (eds.): *Continuity and Change in Contemporary Capitalism*, pp. 293-316, Cambridge University Press.

FERNÁNDEZ GUERRERO, R.; VIVAS LÓPEZ, S. (1999): "Organizaciones de economía social que gestionan servicios de apoyo a personas: una aplicación del

enfoque recursos y capacidades”, VIII Congreso ACEDE, Las Palmas de Gran Canaria.

FILIPPINI, M. (1999): *Economies of Scale in the Swiss Nursing Home Industry*, Università della Svizzera Italiana.

GABREL, C. S. (2000): *An Overview of Nursing Homes and Their Current Residents: Data From the 1997, National Nursing Home Survey*, Advance Data. National Center for Health Statistics, Hyattsville, nº 311.

GÓMEZ ORDOKI, A. (2001): *Sistema modular de costes y financiación de centros residenciales*, Diputación Foral de Guipúzcoa.

GUILLÉN, F.; RIBERA, J. M. (2000): *Geriatría XXI, análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*, Edimsa, Madrid.

HENNESSY, P. (1995): *Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries*, OECD: Labour Market and Social. Occasional papers nº 12.

HORGAS, A. L.; WAHL, H. W.; BALTES, M. M. (1996): “Dependency in Late Life”, en: CARTERSEN, L.; EDELSTEIN, B. A.; DORNBRAND, L. (eds): *Handbook of Practical Gerontology*, SAGE, New York.

IKEGAMI, N.; CAMPBELL, J. C. (2002): “Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems”, *Social Policy and Administration*, vol. 36, nº 7, pp. 719-734.

IMSERSO (1989): *La tercera edad en Europa. Necesidades y demandas*, Madrid.

--- (1990a): *Estudio sobre la ayuda a domicilio en España*, Madrid.

--- (1990b): *La tercera edad en España. Necesidades y demandas*, Madrid.

--- (1990c): *Estudio comparado del gasto en servicios sociales en los países de la CEE*, Madrid.

--- (1990d): *La Tercera Edad en España. Aspectos Cuantitativos*, Madrid.

--- (1992): *Plan gerontológico*, Madrid.

--- (1995a): *Guía-Directorio de centros para personas mayores*, Madrid.

--- (1995b): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Madrid.

--- (1996): *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*, Madrid.

--- (2001): *La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*, Madrid.

--- (2003): *Las personas mayores en España: Informe 2002*, Madrid.

INFORME GAUR (1975): *La situación del anciano en España*, Confederación Española de Cajas de Ahorros, Madrid.

IZAL, M. (1995): "Características ambientales de las residencias. Evaluación ambiental", en: RODRÍGUEZ, P.: *Residencias para personas mayores*, SG, Madrid.

JIMENO, F. J.; REDONDO, M. (2002): "Una aproximación al sector de actividades asistenciales mediante el análisis económico-financiero", *VIII Jornadas sobre Análisis Contable*, ASEPUC.

KALISH, D. W.; AMAN, T.; BUCHELE, L. A. (1998): *Social and health policies in OECD countries: a survey of current programmes and recent developments*, OCDE, Paris.
Versión electrónica: *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, nº 33.

KNAPP, M. (1990): *La economía de los servicios sociales*, Euge, Barcelona.

KNAPP, M.; KENDALL, J. (1991): "Problemas de política pública en el sector voluntario del Reino Unido en los años 90", *Economistas*, nº 51, pp. 12-27.

LEAL MALDONADO, J. (coord.) (2004): *Informe sobre la situación demográfica en España*, Fundación Fernando Abril Martorell.

LETURIA, F. J. (1999): El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores, *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, nº 34, pp. 105-112.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1995): "Estado de bienestar, escenarios de gasto social y competitividad de la economía española: algunas reflexiones relativas a los servicios sociales y a la sanidad", *Hacienda Pública Española*, nº 1, pp. 134-140.

MARÍ-KLOSE, M.; NOS COLOM, A.; MARÍ-KLOSE, P. (1998): "Costilla o columna, la mujer como proveedora de servicios sociales", *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, nº 13-14, pp. 163-171.

MARTÍNEZ, M. I. (1998): *El cheque de servicios. Definición teórica y experiencias europeas*, Centro de Estudios Económicos, Fundación Tomillo.

MARTÍNEZ ZAHONERO, J. L. (2000): *Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos*, Consejo Económico y Social, Madrid.

MIGUEL J. M. DE; ESCANDELL, X. (1999): "Organización de la protección social en España: problemas y políticas", *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, nº 13-14, pp. 7-28.

MILLIGAN, CH. (2000): "Bearing the burden: towards a restructured geography of caring", *Area*, 32, nº 1, pp. 49-58.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (1998): *El Tercer Sector: Retos y propuestas para el próximo milenio*, Colección Estudios, nº 32.

MONTORIO, I. (1995): "Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes", *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, nº 30.

MONNEY, G. (1978): "Planning for Balance Care of the Elderly", *Scottish Journal of Political Economy*, nº 23, pp. 149-164.

MOOS, R. H.; LEMKE, S.; DAVID, T. G. (1987): "Priorities for design and management in residential settings for the elderly", en: REGNIER, V.; PYNOS, J. (eds): *Housing the aged: design directions and policy considerations*, Elsevier, New York.

MUNDAY, B. (2001): "Los usuarios de los servicios sociales: ¿de clientes a compradores?", *Revista de Trabajo Social*, nº 163, pp. 6-48.

MUÑOZ MACHADO, S. GARCÍA DELGADO, J. L.; GONZÁLEZ SEARA, L. (2002): *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes*, Editorial Civitas - Escuela Libre Editorial, Madrid.

OCDE (1988): *Le vieillissement démographique: Conséquences pour la politique Sociale*, París.

--- (1992): *L'aide aux personnes âgées fragiles: les questions de politique sociale*, París.

--- (1993): *L'aide aux personnes âgées dépendants. Chapitre de synthèse du rapport final*, OCDE.

--- (1994): *Caring for Frail Elderly People*, París.

--- (1996): *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation*, Etudes de politique sociales, nº 19, París.

--- (1998): *Maintaining prosperity in an ageing society*, OCDE.

PÉREZ MENAYO, V. (2003): "Prestaciones de dependencia, situación comparada en la Unión Europea", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 47, pp. 295-324.

PUGA GONZÁLEZ, M. D. (1999): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*, Fundación Pfizer, Madrid.

RODRÍGUEZ, P.(1995): "Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal", *Jornadas por una vejez activa*, Informe Técnico 1, Fundación Caja de Madrid, Madrid.

--- (1996): *Introducción en cuidados de la vejez, el apoyo informal*, IMSERSO, Madrid.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1991): "La división social del bienestar: posibilidades y límites de la gestión mixta del estado del bienestar", *Economistas*, nº 51, pp. 42-47.

--- (1995): "Estado del bienestar y sociedad civil en España: hacia una visión pluralista del bienestar", *Hacienda Pública Española*, nº 1, pp. 91-104.

--- (1998): "Social protection for dependency in old age in Spain", *National Reports Series of the social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway*. J. Pacolet & R. Bouten, Leuven.

--- (1999): "La población cuidadora", en RODRÍGUEZ CABRERO, G. (editor): *La protección social de la dependencia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

--- (2003): *Protección social de la dependencia. El estado del bienestar en España*, Universidad de Alcalá, Madrid.

RUIZ OLABUÉNAGA, J. I. (2000): "El sector no lucrativo en España", *Economistas*, nº 83, pp. 63-79.

SAJARDO MORENO, A. (1996): *Análisis económico del sector no lucrativo*, Editorial Tirant lo Blanch, Valencia.

--- (1997): "La economía política de la colaboración entre el sector público y el sector no lucrativo: posibilidades y límites de una oferta mixta de bienestar social", *Hacienda Pública Española*, nº 2-3, pp. 415-426.

SALAMON, L.; ANHEIER, H. and Associates (1999): *The Emerging Sector Revisited. A summary. Revised Estimates*, The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, Phase II, www.jhu.edu/~cnp/pdf/esr.pdf.

SÁNCHEZ FIERRO, J. (coord.) (2003): *Libro verde sobre la dependencia en España*, Fundación AstraZeneca.

SANCHO, M. T.; ABELLÁN, A.; PÉREZ, L.; MIGUEL, J. A. (2002): *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre envejecimiento*, IMSERSO, Madrid.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG) (1997): *Atención a personas mayores que viven en residencias. Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria*, IMSERSO.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS) (1998): *La salud pública y el futuro del estado del bienestar*, Informe SESPAS, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

--- (2003): *Desigualdades en los servicios de protección a la dependencia para personas mayores*, SESPAS, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

SOLDO, B. J.; FREEDMAN, V. A. (1994): "Care of the Elderly: Division of Labour Among the Family, Market, and State", en: MARTIN, L. G.; PRESTON, S. H. (eds.): *Demography of Aging*, pp. 195-216, National Academy Press.

STIGLITZ, J. E. (2002): *El malestar en la globalización*, Editorial Taurus, Madrid.

STONE, R. I. (2001): "Providing long-term care benefits in cash: Moving to a disability model", *Health Affairs*, Chevy Chase, Vol. 102, noviembre-diciembre, pp. 96-109.

UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS (UNESPA) (2001): *Estudio del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro*, UNESPA.

VELARDE, J. (1993): "Reflexiones de la economía sobre una sociedad que envejece", en: *Las actividades económicas de las personas mayores*, SECOT, Barcelona.

VINUESA, J. (1988): "El proceso de envejecimiento en Europa y en España", en: *La tercera edad en Europa. Necesidades y demandas*, IMSERSO. Madrid.

WALKER, A. (1994): "Actitud de los europeos frente a la vejez", *Revista de Gerontología*, nº 1.

--- (1996): "Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 73, enero-marzo.

--- (1999): "Actitudes hacia el envejecimiento de la población europea. Una comparación de los Eurobarómetros de 1992 y 1999", www.imsersomayores.csic.es/

WALKER, A.; GUILLEMARD, A. M.; ALBER, J. (1991): *Políticas Sociales y Económicas y Personas Mayores*, Comisión Europea, Bruselas.

--- (1993): *Las personas mayores en Europa - Políticas sociales y económicas*, Comisión Europea, Bruselas.