

Amenazas al sistema de bienestar español en los inicios del tercer milenio

JORGE GARCÉS FERRER, FRANCISCO RÓDENAS RIGLA,

VICENTE SANJOSÉ LÓPEZ *

INTRODUCCIÓN

Los países europeos se encuentran en un proceso de convergencia que conlleva el planteamiento de similares problemas sociales, económicos y políticos. En particular, el bienestar se empieza a concebir como un valor supranacional que requiere de la conjunción de criterios y esfuerzos para su mantenimiento ante problemas sobrevenidos en todos los países, como son el aumento de la ratio de pensionistas y el aumento de la demanda de cuidados de larga duración, ambos muy correlacionados con el envejecimiento de la población europea, que significan una carga creciente sobre los sistemas públicos sanitario y de pensiones. Además, en los estados meridionales concurre otro fenómeno que afecta directamente a la provisión del bienestar, como es la incorporación de la mujer al mundo laboral que tiene asociada una progresiva desfamilización de la sociedad. Ante la ruptura de la solidaridad familiar que ello trae asociado, aparece un incremento de la demanda

de cuidados hacia el Estado que grava aún más el gasto público. Estos problemas comunes se producen en coyunturas aún diferentes en cada modelo de bienestar, pero la convergencia supone plantear respuestas que, a largo plazo, sean útiles para todos los países.

El actual modelo de bienestar meridional se enfrenta con tres problemas sociodemográficos: el envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia y la crisis del apoyo informal o desfamilización. En este artículo, se aportan datos y proyecciones que tomados de forma conjunta ponen de manifiesto que estos problemas amenazan la sostenibilidad de las estructuras de bienestar del modelo mediterráneo.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

En 2001 había en España 41.116.842 habitantes y el 16'9% de los mismos tenía 65 o más años, las previsiones para los próximos años indican un crecimiento constante. Así, en el año 2010 los mayores representarían el 18% del total de población, en 2025 el 22% y casi el 30% en 2040. Las previsiones para la población mayor de 80 años, que constituían

* Profesores de la Universidad de Valencia. Estudi General.

el 3'8% en 2001, establecen cifras del 5% en el año 2010, 6% en 2025 y 8% en 2040 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001). El ritmo de crecimiento de la población con 80 y más años supera en gran medida al conjunto de la población de 65 y más años; de tal forma, que mientras entre 2001 y 2026 se espera un crecimiento del 29'5% para el grupo de mayores de 65 años, la población de 80 y más años crecería un 58'7% (Proyecciones de la Población Española, Instituto de Demografía del CSIS, citado en el Informe del Defensor del Pueblo, 1999).

Los datos de distribución geográfica de la población con 65 o más años por Comunida-

des Autónomas muestran grandes diferencias territoriales (gráfico 1). Así, las Comunidades con menor porcentaje de mayores de 65 años, en torno al 10%, son: Melilla, Canarias y Ceuta. Por debajo de la media nacional (16'9% en 2001) también se encuentran: Andalucía, Madrid, Baleares y la Comunidad Valenciana. Por el contrario, Castilla y León, Aragón y Asturias presentan porcentajes superiores al 20%. Por otra parte, aunque el mayor número de personas mayores de 65 años vive en ciudades (4.2 millones), el problema del envejecimiento se acentúa en los municipios de menos de 2000 habitantes donde este grupo supera el 25% de la población total (IMSERSO, 2001).

GRÁFICO 1. POBLACIÓN CON 65 O MÁS AÑOS EN 2000, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: Elaboración propia con datos del INE, junio, 2002.

El envejecimiento está motivado, por una parte, por el descenso de las tasas de mortalidad infantil y general (más personas llegan a los 65 o más años) y, por otra, por el descenso de la población joven a consecuencia de la fuerte caída de la fecundidad. Con relación a este último aspecto, España es un país con

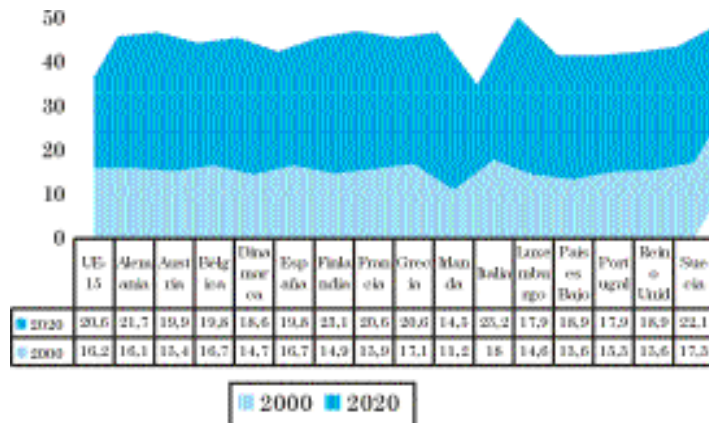
una de las tasas de fecundidad más bajas del mundo, siendo 1'07 el número medio de hijos por mujer, mientras que el umbral de reemplazo generacional (2'1) no se alcanza desde 1981 (IMSERSO, 2001). Con el actual ritmo de nacimientos y defunciones, se calcula que España empezará a perder población hacia el

año 2010, si no se modifican los comportamientos reproductores o se incrementa el crecimiento de la población inmigrante.

La Unión Europea también envejece rápidamente. La oficina europea Eurostat ha venido observando que el crecimiento natural es muy bajo; en 1999 nacieron alrededor de 4 millones de personas y murieron 3.7 millones. A éstas 300.000 personas resultantes de este crecimiento natural de la población se unieron aproximadamente 700.000 inmi-

grantes. La UE necesitaría el doble de inmigrantes, 1.4 millones al año, para reponer su población activa y seguir manteniendo las pensiones de su población inactiva. En el año 2000, entre los países en los que el porcentaje de personas de 65 y más años superaba la media europea (16'2%) se encontraban, además de España (16'7%), Italia (18%), Suecia (17'3), Grecia (17'1) y Bélgica (16'7%) (gráfico 2). La proyección para 2020 sitúa dichos porcentajes en el 23'2% para Italia, 23'1% en Finlandia y 22'1% en Suecia.

GRÁFICO 2. ESTIMACIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN CON 65 O MÁS AÑOS EN LA UNIÓN EUROPEA, 2000-2020 (% SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL)



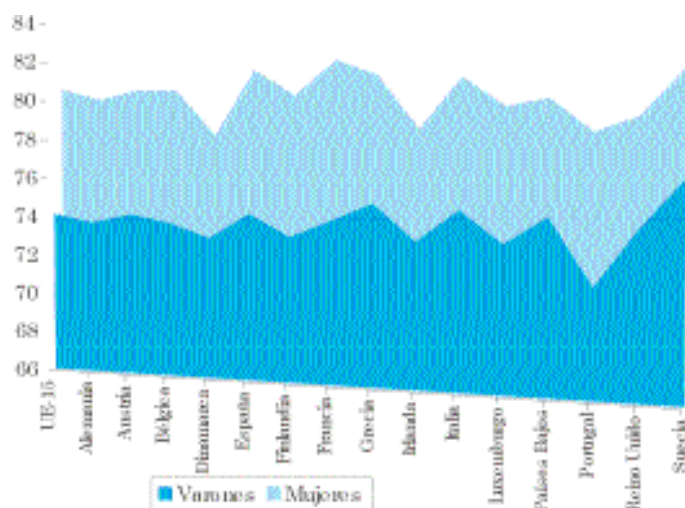
Fuente: Eurostat (1999): Statistiques démographiques, 1995-1998, Luxembourg; citado en IMSERSO (2001).

Otro factor vinculado con el envejecimiento de la población es la esperanza de vida al nacer. En la UE, entre 1980 y 1997 dicha esperanza ha aumentado en 3'6 años para los varones y 3'4 años para las mujeres, situándose en 1997 en 74'1 años para los primeros y 80'5 años para las mujeres (gráfico 3). En España la esperanza de vida al nacer pasó de 33'9 y 35'7 años en 1900 para varones y mujeres, respectivamente, a 74'4 y 81'6 en 1997. La esperanza de vida para las personas de 65 años alcanza los 16 años para varones y los 19'8 para mujeres. Ante esta situación, la mujer en España puede encontrarse con una

viudedad media de 7 a 10 años, como consecuencia no sólo de su menor mortalidad sino también de un efecto cultural, la costumbre social de separación de varios años con el varón al casarse (IMSERSO, 2001).

Por último, entre las tendencias relacionadas con los cambios demográficos y sociales que van a afectar al cuidado de las personas mayores en los países más desarrollados (OECD, 1998a), entre ellos los de la UE, se deduce que si las personas viven más años la ratio entre el número de pensionistas jubilados y el número de trabajadores activos puede aumentar.

GRÁFICO 3. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA EN 1997, EN FUNCIÓN DEL SEXO



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

En la Unión Europea la tasa de dependencia económica de la población joven¹ descenderá en tres puntos, de un 35% para el año 2000, a un 32% para el 2020. Mientras, la tasa de dependencia económica de la población europea de más edad² soportará un incremento progresivo, pasando del 26,7% en el año 2000, a más del 52% en 2040 (tabla 1). Estas cifras ocultan importantes diferencias entre los países miembros de la UE, en cuanto al tamaño y ritmo de crecimiento de las tasas de dependencia. Así, en el año 2040 las tasas varían entre el 36% de Irlanda y el 64% de Italia, seguida de España con el 55,7%.

De los datos siguientes se derivan que dentro de 40 años habrá menos de dos personas en edad laboral para mantener a cada jubilado, aumentando los problemas de financiación de los gastos destinados a hacer frente a las necesidades sociosanitarias de los mayores (OCDE, 1998b).

¹ Población con una edad comprendida entre 1 y 19 años dividido por la población de entre 20 y 64 años.

² Población de 65 y más años dividido por la población activa.

TABLA 1. PROYECCIONES DE DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN LA UE (PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR, EN %)

Países	2000	2020	2040
SE	29,6	37,6	46,7
IT	28,8	39,7	63,9
GR	28,3	35,8	51,4
BE	28,1	35,6	51,3
FR	27,2	35,9	50,0
ES	27,1	33,1	55,7
UK	26,4	32,0	47,0
DE	26,0	36,3	54,7
AT	25,1	32,4	54,5
PT	25,1	30,3	43,1
FI	24,5	38,9	47,4
DK	24,1	33,7	44,5
LU	23,4	31,0	45,4
NL	21,9	32,6	48,1
IRL	19,4	24,5	36,0
EU-15	26,7	35,1	52,4

INCREMENTO DEL NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES

El término dependencia se refiere, en el contexto de la protección social, a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida diaria (AVD). El Consejo de Europa propuso en 1998 la siguiente definición: «son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria» (citado en Defensor del Pueblo, 1999). Los países que han desarrollado sistemas de protección vinculados con la dependencia suelen identificar «ayuda importante» con «ayuda de otra persona».

Debido al escaso desarrollo teórico del término dependencia, en algunos contextos, se ha equiparado dicho término con discapacidad. Las diferentes definiciones que existen sobre discapacidad se centran en las limitaciones que ésta puede tener sobre la actividad diaria de un individuo. La definición general de discapacidad más comúnmente aceptada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la primera edición de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM-1): «una discapacidad es cualquier restricción o falta de capacidad (resultado de una deficiencia) para realizar una actividad considerada normal para un ser humano» (citado en Gudex & Lafortune, 2000, p. 13). Esta definición se enfrenta a problemas como «qué actividades» y «qué grado de limitación» debería utilizarse en la operativización de la misma. No obstante, en la 54ª Reunión de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el año 2001, se aprobó la segunda edición de la CIDDM que extiende el concepto de discapacidad al conjunto de deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación, es decir, queda delimitada por la interacción

dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales (OMS, 2001).

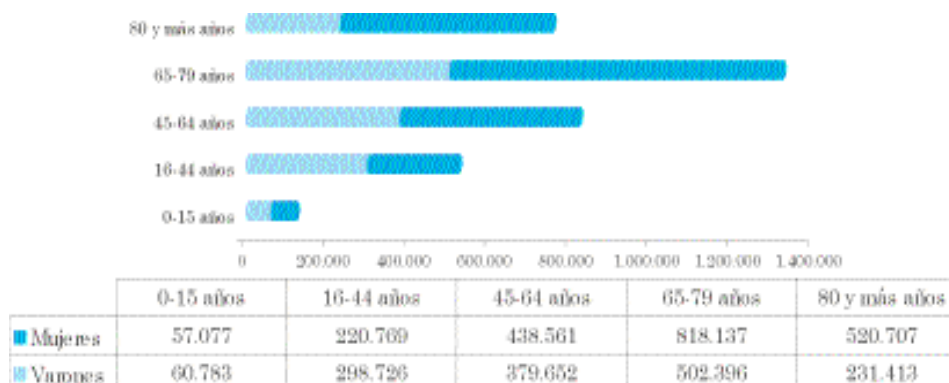
En la Unión Europea se estima que el número de personas afectadas directamente por alguna forma de discapacidad está próximo al 10% de la población, porcentaje que representa en la actualidad unos 37 millones de personas (Comisión Europea, 2000). En España, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, publicada por el Instituto Nacional de Estadística en 2000, calcula que el número de personas discapacitadas es de 3.528.221, lo que supone un 9% de la población total.

Existen grandes diferencias por grupos de edad, así la tasa de discapacidad por cada 1.000 habitantes entre 6 y 64 años es del 45'9, mientras que entre la población de 65 y más años alcanza el 322'1 (gráfico 4).

Con el crecimiento de la población de más edad aumenta la proporción de personas dentro de este grupo que se encuentran en situación de riesgo con respecto a su salud; ello no se debe a la edad en sí misma, sino a la mayor incidencia de enfermedades invalidantes y de la discapacidad. Si la reducción de la mortalidad es mayor que la reducción de la morbilidad, entonces el aumento de la esperanza de vida conduce a un aumento de la dependencia (Jacobzone, 1999).

Tanto entre la población mayor de 65 años como entre los menores de esta edad el desarrollo de las enfermedades crónicas y degenerativas ha pasado a constituir una de las causas más frecuentes de dependencia. En todas las regiones más desarrolladas del planeta se pasa actualmente por una transición epidemiológica donde las principales causas de mortalidad están variando desde el predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias hacia las enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta (ONU, 1999).

GRÁFICO 4. PERSONAS DISCAPACITADAS EN ESPAÑA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO



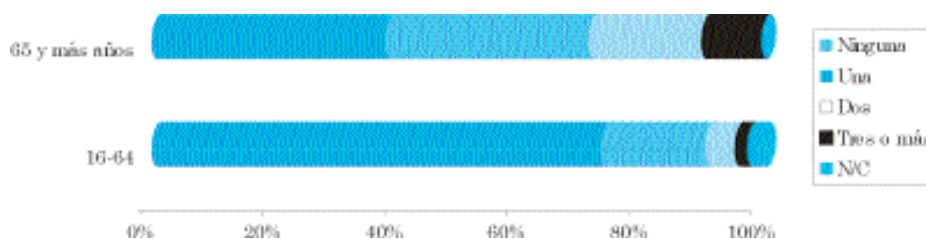
Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (INE, 2000).

El éxito en el tratamiento médico de algunas enfermedades, como el SIDA o el cáncer, transforma la enfermedad mortal en crónica, que implican cuidados de larga duración para ayudar a la persona a que pueda desempeñar algunas de sus principales actividades personales y domésticas diarias (Garcés, 2000). Las personas que se encuentran en esta situación utilizan profusamente recursos sociales y sanitarios. Estas enfermedades vinculadas a otras patologías como la hipertensión, diabetes, enfermedades crónicas res-

piratorias, problemas musculares y óseos, así como la depresión y otros trastornos mentales, dan lugar a procesos de comorbilidad que exigen importantes recursos adicionales (Garcés y otros, 2002).

Sólo un 38'2% de los mayores de 65 años afirma no tener enfermedades crónicas, frente a un 73'5% del grupo de población activa (16-64 años). Un 27'3% de los mayores de 65 años dicen tener dos o más enfermedades crónicas, frente a un 6'9% de la población de entre 16 y 64 años (Gráfico 5).

GRÁFICO 5. NÚMERO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS, SEGÚN EL GRUPO DE EDAD (PERCEPCIÓN DE ESTADO DE SALUD)

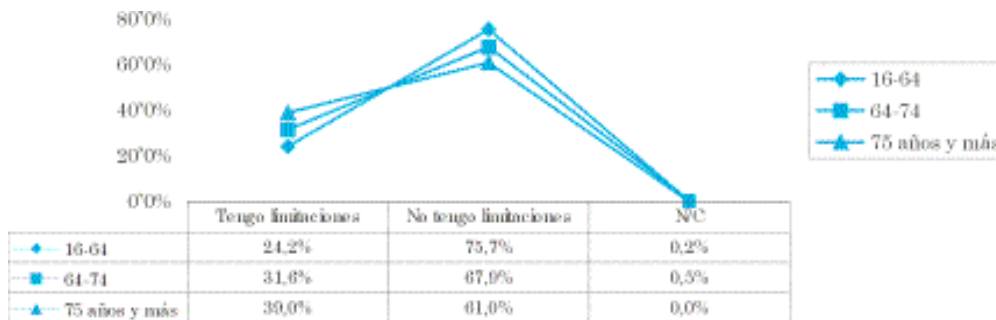


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997 (Biglino, 1999).

Entre las personas que declararon tener alguna enfermedad crónica, casi el 40% de los mayores de 75 años encontraron limitaciones

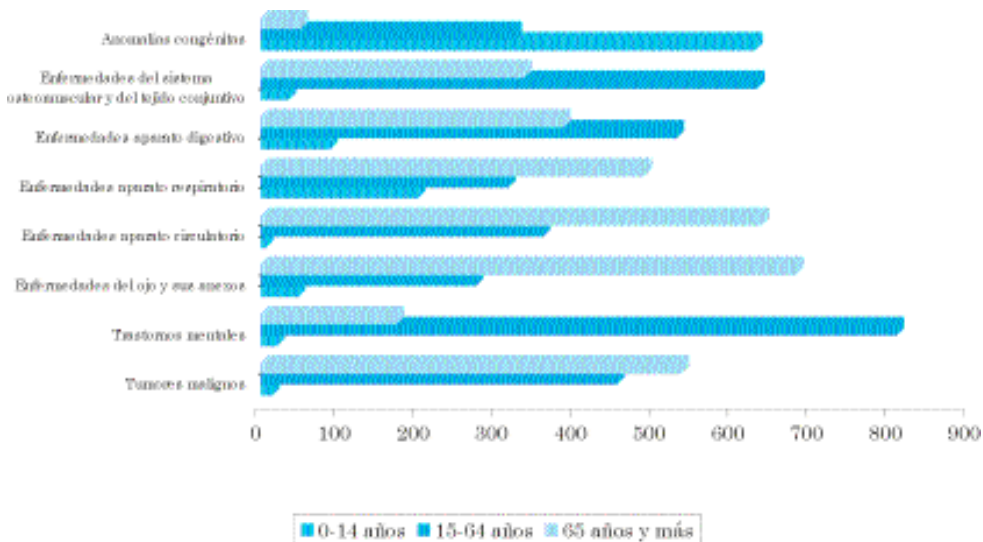
para desarrollar sus actividades habituales, frente al 24'2% de la población de entre 16 y 64 años (gráfico 6).

GRÁFICO 6. LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS (PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997 (Biglino, 1999).

GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS DADOS DE ALTA EN 1999 EN CENTROS HOSPITALARIOS POR CADA 1.000 DIAGNÓSTICOS REFERIDOS A CADA GRUPO DE ENFERMEDAD, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1999 (INE, 2002).

En el contexto español, si atendemos a los diagnósticos definitivos de las personas que han pasado por centros hospitalarios, de cada 1.000 diagnósticos de anomalías congénitas,

627 hacen referencia a menores de 14 años. El grupo de población más amplio, de 15 a 64 años, está más representado en enfermedades mentales (de cada 1.000 diagnósticos de

trastorno mental, 808 pertenecen a este grupo de edad), del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y del aparato digestivo (gráfico 7). Mientras que los mayores de 65 años predominan en los grupos de enfermedad relacionadas con los órganos de los sentidos (por ejemplo, cataratas) y el aparato circulatorio. Los mayores también están más representados en enfermedades vinculadas con tumores malignos y enfermedades respiratorias.

En el informe del Defensor del Pueblo (1999) se cuantifica el riesgo de dependencia en España en 1.839.000 personas, de las que aproximadamente un millón estaría en una situación de dependencia grave. Entre la población mayor de 75 no institucionalizada, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997 (Biglino, 1999), el 12'6% necesita ayuda para ducharse o bañarse (un 2'6% no puede hacerlo), el 6'2% para preparar su propia comida (un 4'1% no puede hacerlo), el 5'4% para andar (el 12'9% para andar durante una hora seguida) y el 3'4% para levantarse de la cama y acostarse (un 1% no puede hacerlo).

El informe del IMSERSO (1999), establece que la población mayor de 65 años que necesitaría ayuda de terceras personas para la realización de alguna actividad de la vida diaria en el año 2000 ascendía a 2.3 millones de personas, mientras que la dependencia grave alcanzaría a 764.624 personas. A estas cifras habría que sumar unas 550.000 personas de entre 15 y 64 años con algún tipo de dependencia, de las que aproximadamente 137.500 tendrían una dependencia grave para cuidados personales, tareas domésticas o asuntos propios.

En resumen, el aumento de personas dependientes está asociado, principalmente, a dos factores: el crecimiento del número de personas discapacitadas y el aumento de enfermos crónicos que necesitan cuidados de larga duración. En el primer caso, la edad es un factor que aumenta el riesgo de padecer

procesos que conducen a una disminución de las capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria. En el segundo caso, los avances en la atención sanitaria han disminuido la cantidad de patologías mortales convirtiendo muchas de ellas en enfermedades crónicas, generalmente asociadas a comorbilidad y a complejidades clínicas que acaban desencadenando algún grado de dependencia para las AVD.

CRISIS DEL APOYO INFORMAL

En el marco de la Unión Europea, la organización de la atención a las personas dependientes difiere enormemente entre los Estados miembros, aunque en todos ellos la mayoría de las personas que necesitan asistencia y cuidado permanente reciben atención en el hogar por parte de sus familiares, principalmente por mujeres.

En España, la mayoría de los cuidados que precisan las personas dependientes son asumidos por familiares y allegados, es decir, que los realiza el denominado **apoyo informal**, que ha permanecido en la invisibilidad durante mucho tiempo (IMSERSO, 2001). En el caso de personas mayores, el 86'5% del total de cuidados que reciben provienen de este tipo de apoyo. En nuestro país, el apoyo informal es prestado dentro de la familiar principalmente por mujeres (82%), y sobre todo por hijas, en la mayoría de los casos a diario. El perfil de cuidadora es una mujer adulta (45-64 años), con escaso nivel de instrucción y dedicada a las actividades domésticas. Esta situación lleva asociados diversos problemas en el núcleo familiar, especialmente para la cuidadora, reduciendo el tiempo dedicado a un trabajo remunerado o incluso propiciando su abandono (y por lo tanto perdiendo poder adquisitivo), interrumpiendo el curso normal de su vida familiar y soporando fuertes estados de estrés.

Sin embargo, la rápida evolución sociocultural en nuestro Estado está propiciando un

cambio drástico en el rol familiar de la mujer, cuya independencia económica es hoy un valor antepuesto a otras cuestiones familiares o personales. Tal como plantea Durán (2000), en sólo 10 años, el número de amas de casa ha descendido en un millón, por lo que el sistema de cuidados de larga estancia no puede seguir descansando, como lo ha hecho tradicionalmente, en la reserva estructural de una mano de obra femenina en los hogares (de hecho esta reserva ya no existe en la mayoría de los hogares jóvenes). Es más, otros autores como Peñalver (2000) afirman que hacia el año 2040 este sistema de cuidados habrá desaparecido, derivando en un incremento de la externalización de servicios sociosanitarios.

Otras cuestiones que influyen considerablemente en la provisión futura de cuidados de personas dependientes son la reducción progresiva del tamaño de las viviendas y, sobre todo, las grandes transformaciones ocurridas en los modelos de familia, no todas independientes unas de otras: a) crece la proporción de familias «monoparentales»; b) aumentan los hogares donde los dos miembros trabajan fuera del hogar; c) la longevidad supone una mayor proporción de familias de cuatro generaciones (hijos, padres, abuelos y bisabuelos) que reemplaza el modelo de tres generaciones de la segunda mitad del siglo, lo que implica que, potencialmente, aparece la posibilidad de que una generación (padres) deba hacerse cargo del cuidado de familiares de tres generaciones (hijos, abuelos y bisabuelos); d) se produce un aumento de las personas mayores que viven solas.

Respecto a este último dato, en el conjunto de la UE, en 1995 el 28% de las personas de 65 a 79 años vivían solas, porcentaje que alcanza el 45% entre los mayores de 80 años y más³. De media, uno de cada tres ancianos vive solo en la Unión Europea, aunque en países como Dinamarca, Suecia, Finlandia y Ale-

mania el porcentaje de hogares unifamiliares con un anciano alcanza el 40%. Por el contrario, en los países meridionales con una presencia social mayor de la familia, como España y Portugal, el porcentaje de mayores que viven solos es el más bajo de la UE (inferior al 20%). Concretamente en España, entre el 14 y 16% de los mayores viven solos, lo que supone aproximadamente un millón de mayores viviendo solos (IMSERSO, 2001).

En España, la disponibilidad de cuidadores informales potenciales de personas dependientes se reduce, en parte, como consecuencia de la creciente incorporación de la mujer a la población activa y al mercado laboral. De hecho, la mejora global de la tasa de actividad en España se debe principalmente a la incorporación de población femenina, ya que se ha pasado de un tasa de actividad en mujeres del 34'8% en 1993 al 40'7% en 2001 (gráfico 8); si bien la tasa de paro femenina sigue siendo muy alta (15'1%, en el IV Trim. de 2001, frente al 7'5% en los varones). No obstante, la diferencia con la tasa media de actividad femenina de la UE es aún elevada (dicha tasa era del 46'9% en 2000, según datos de Eurostat, aunque en países como Dinamarca alcanza el 60'2%), así como las tasas de paro femenino (9'9% en la UE-15). Estas cifras denotan que el proceso de incorporación de la mujer a la actividad laboral aún se encuentra en fase de expansión en nuestro país (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001).

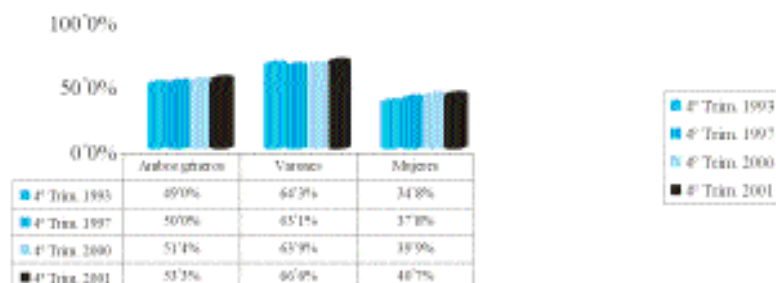
Sin embargo, los cambios culturales son lentos y las mujeres que trabajan fuera del hogar se ven sobrecargadas al asumir roles y responsabilidades tanto económicas como de cuidadoras (Nakano, 2000) pues es escasísima la proporción de varones que asume esta labor de cuidador.

Paralelamente, son muchas las familias que no poseen los suficientes recursos económicos para poder pagar a un cuidador⁴, ya

³ Eurofocus, nº 36/99, 8-15 noviembre de 1999.

⁴ En función del parentesco con la persona de referencia en el hogar, según datos del IV trimestre de 2000

GRÁFICO 8. TASA DE ACTIVIDAD EN ESPAÑA EN FUNCIÓN DEL GÉNEROS



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Población Activa, INE, abril 2002.

que los principales proveedores de estos cuidados son entidades privadas, y los servicios de las administraciones central y autonómica son insuficientes. El resultado es una imposibilidad de atención directa y una incapacidad económica para cubrir los gastos de cuidados a los precios de mercado, situación que puede definirse como *quiebra de la solidaridad familiar*. Ante esta situación, la familia se inhibe de la responsabilidad de los cuidados de las personas dependientes y la cede a la Administración.

CONCLUSIONES

Los datos aportados por diversas fuentes suponen para el sistema de bienestar español varias amenazas a su mantenimiento, calidad y universalidad. Tres son los ejes de análisis que queremos ahora resumir y relacionar entre sí: las consecuencias del envejecimiento de la población, las consecuencias del

de la Encuesta de Población Activa del INE, se estima que la tasa de paro es del 6.6% para la persona principal, más de tres veces inferior a la de los hijos (21%) y a considerable distancia de la que afecta a los cónyuges (16.2%). De los 13.032.000 hogares existentes en el último trimestre de 2000, según la EPA, hay 7.433.300 hogares en los que todos sus activos están ocupados, en 9.388.700 hogares hay al menos un miembro trabajando, y en 528.9000 hogares están parados todos los activos.

aumento de personas dependientes, y las consecuencias de la crisis del apoyo informal en el seno de las familias.

El envejecimiento progresivo de la población supone un aumento de la tasa de dependencia económica (número de pensionistas jubilados / número de trabajadores activos) que implica un progresivo aumento de la carga económica sobre el Sistema de Seguridad Social, aun considerando los procesos inmigratorios permitidos por las políticas actuales. Además, el periodo de soporte económico de una persona jubilada es cada vez mayor, dada la disminución de las tasas de mortalidad con el consiguiente aumento de la esperanza de vida en la población.

Pero la disminución de la mortalidad y el alargamiento de la vida se ha visto acompañado por un aumento de la morbilidad. Es decir, cada vez hay más personas enfermas que alcanzan edades avanzadas. Muchas patologías antes terminales se han convertido en enfermedades crónicas por el avance de los tratamientos médicos. El resultado es que, tanto entre los ancianos, como entre los jóvenes, se detecta un aumento progresivo de personas que requieren cuidados de larga duración debido a procesos cronificados que suelen acabar en estados clínicos complejos y pluripatológicos. La consecuencia obvia de todo ello es el aumento de la demanda de cuidados sociosanitarios.

Esta demanda debe ser atendida en todo Estado de bienestar, y de hecho así es en la mayoría de países de nuestro entorno europeo. Sin embargo, las diferencias de índole histórico, económico, político, cultural y demográfico entre estados producen resultados y previsiones muy diversas.

En España, al igual que en otros de la Europa mediterránea, el pilar del bienestar ha sido tradicionalmente la familia, que ha provisto los cuidados y atenciones a las personas dependientes, en especial, aquellas que caen dentro del ámbito no sanitario. Los elevados costes de los servicios de cuidados privados y el cambio acelerado que se registra en la estructura familiar en los últimos 20 años, con una rápida disminución del número de cuidadoras potenciales en el seno de la familia, no se ha visto acompañado por un gran pacto político que permita la construcción y consolidación de un sistema de bienestar que evolucione a la par que lo hace la demanda de servicios.

La mayoría de familias que buscan ayuda pública en el sistema de servicios sociales choca, como se señala en el Informe del Defensor del Pueblo (1999), con el «muro de los baremos». Éstos suelen establecer requisitos muy rigurosos para poder acceder a los servicios públicos, pero que nada tienen que ver con la circunstancia objetiva de necesitar ayuda para desarrollar las actividades de la vida diaria⁵, lo que provoca que el destino final de las solicitudes en muchos casos sea una lista de espera. De esta forma, las actuales políticas sociales han despreciado la contribución socioeconómica al bienestar de las familias, que han proporcionado cuidados y atención a las personas dependientes y que no han supuesto coste alguno para el erario público.

⁵ Se suele penalizar la existencia de un familiar que está asumiendo el cuidado de la persona dependiente y alcanzar un determinado (escaso) nivel de renta suele ser motivo de exclusión.

Por tanto, el aumento de la demanda de cuidados de larga duración, que hemos tratado antes, y la crisis del apoyo informal, supone una demanda creciente a las Administraciones Públicas de servicios de atención socio-sanitaria que implican una carga económica para el Estado.

A esta situación debemos sumar el gasto cada vez mayor en servicios sanitarios, cuyos presupuestos son aproximadamente 10 veces mayores que los dedicados a los servicios sociales. Recordemos que en nuestro país, la atención sanitaria es un derecho subjetivo y gratuito, es un servicio que se prescribe, a diferencia de los servicios sociales que deben ser solicitados y financiados, al menos en parte, por el demandante. De este modo, ante una necesidad de cuidados, el usuario opta preferentemente por la vía sanitaria y no por la vía social mucho más económica. Por tanto, la ausencia de un sistema jurídico equilibrado que contemple la necesidad de cuidados tanto sociales como sanitarios como derechos irrenunciables del Estado de Bienestar, supone también un incremento acelerado de los gastos sanitarios y una gran sobrecarga para la Seguridad Social.

Así pues, el aumento del gasto público asociado con los servicios de bienestar en España tiene varias fuentes:

- El envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de la ratio de pensionistas.
- El aumento de la esperanza de vida, que alarga el tiempo de percepción de las pensiones.
- El aumento de la demanda de cuidados de larga duración para enfermos crónicos, muchas veces con cuadros pluripatológicos de cierta complejidad clínica.
- El uso exagerado de servicios sanitarios muy onerosos que son gratuitos para el demandante.

- La ruptura de la solidaridad familiar debido a la incorporación de la mujer al mundo laboral, a cambios en la estructura familiar y a los elevados costes de servicios privados que conducen a una demanda de cuidados a las administraciones públicas.

Mantener el Estado del bienestar en España requiere una política social que diseñe y planifique a medio y largo plazo una oferta de servicios sociosanitarios con corresponsabilidad de la sociedad y el mercado. El nuevo sistema debe ser capaz de aliviar la sobrecarga asistencial y financiera del sistema sanitario, racionalizando y optimizando el sistema de servicios sociales, y ofertando una nueva cartera de servicios sociosanitarios basada en recursos domiciliarios y ambulatorios esencialmente. La viabilidad del nuevo sistema pasa por la utilización de la metodología de gestión de casos, que permitirá actuaciones integrales e integradas entre ambos sistemas. Un sistema sociosanitario como el que proponemos debe estar basado en nuevos principios axiológicos, jurídicos y financieros que lo hagan sostenible, y posibiliten cambios reales en la cultura de la protección social en España.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIGLINO, L. (Dir.) (1999): *Encuesta Nacional de Salud 1997*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- COMISIÓN EUROPEA (2000): «Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad», COM (2000) 284 final, Bruselas.
- DURÁN, M^a A. (2000): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBV, Bilbao.
- DEFENSOR DEL PUEBLO, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA Y ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA (1999): *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid.
- GARCÉS, J. (2000): *La nueva sostenibilidad social*, Ariel, Barcelona.
- GARCÉS, J.; MEGÍA, M^a, J.; RÓDENAS, F. y ZAFRA, E. (2002): Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana 2000-2001, Generalitat Valenciana, Valencia.
- GUDEX, C. & LAFORTUNE, G. (2000): «An Inventory of Health and Disability-Related Surveys in OECD Countries», in OECD, *Labour Market and Social Policy*, Occasional Papers, 44, Paris.
- INE (2000): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*, INE, Madrid.
- (2002): *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*, INE, Madrid.
- IMSERSO (1999): *La protección social de la dependencia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- (2001): *Las personas mayores en España: Informe 2000*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- JACOBZONE, S. (1999): «Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives», in OECD: *Labour Market and Social Policy*, Occasional Papers, 38, Paris.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2001): *Guía de Ayudas Sociales para las Familias*, Madrid.
- NAKANO, E. (2000): «Creating a Caring Society», in *Contemporary Sociology*, 29 (1), pp. 84-94.
- OCDE (1998a): «The Caring World: An Analysis», in *DEELSA/ELSA/MIN (98) 3*, Paris.
- (1998b): «Long term care services to older people, a perspective on future needs: The impact of an improving health of older persons», in *Ageing Working Papers*, 4.2. Paris.
- ONU (1999): *Salud y mortalidad: Informe conciso*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Nueva York.
- OMS (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra.
- PEÑALVER, R. (2000): «De los servicios sociales y de la salud a la atención sociosanitaria. Líneas de actuación en la Comunidad Valenciana», ponencia presentada en *I Jornadas sobre Atención Sociosanitaria*, Escuela Valenciana de Estudios en Salud Pública, 14 y 15 de diciembre, Valencia.

RESUMEN: Los gobiernos de los países con modelos de bienestar meridionales se enfrentan al aumento de la ratio de pensionistas y al incremento de la demanda de cuidados de larga duración, ambos asociados con el envejecimiento de la población europea y el aumento de la dependencia, que significan una carga creciente sobre los sistemas públicos sanitario, social y de pensiones. Además, en estos países concurre otro fenómeno que afecta directamente a la provisión del bienestar, como es la incorporación de la mujer al mundo laboral que corre pareja a una progresiva desfamilización de la sociedad. Ante la ruptura de la solidaridad familiar que ello conlleva –crisis de apoyo informal–, aparece un incremento de la demanda de cuidados hacia el estado que grava aún más el gasto público. En este artículo, se aportan datos y proyecciones que, tomados de forma conjunta, ponen de manifiesto que estos problemas amenazan la sostenibilidad de las estructuras del bienestar.