

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA DIVERSIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES
PARA LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA Y SUECIA**

**María Dolores Puga González (1), Mayte Sancho Castiello (2), María Ángeles Tortosa Chuliá (3),
Bo Malmberg (4) y Gerdt Sundström (4).**

- (1) Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.
(2) Instituto Gerontológico Matía (INGEMA), Madrid.
(3) Departamento Economía Aplicada. Universidad de Valencia
(4) Institute of Gerontology. School of Health Sciences. Jönköping University and Asociación Nacional de Pensionistas de Suecia (SPF).

RESUMEN

La información sobre los servicios públicos para las personas mayores a menudo se limita a la atención residencial y a la ayuda a domicilio. Sin embargo, estos servicios básicos son en muchos países complementados o sustituidos por otros servicios de menor envergadura, como el transporte, comidas a domicilio, teleasistencia y centros de día. Esta diversificación partió de un racionamiento de los servicios para lograr una asignación más racional de los recursos y, si se podía, un menor gasto.

En este trabajo se utilizan diversos datos sobre estos servicios en España y Suecia. Cuando se consideran todos los cuidados, la cobertura de atención es mucho mayor que si sólo se contemplan los servicios básicos. Esto indica una mayor consolidación de los mismos.

Los datos sugieren mayor focalización en Suecia, y prestaciones fragmentadas en España, donde parece que los usuarios alcanzan lo disponible, con poca diferenciación entre sus necesidades. Cuando las tasas de cobertura son superiores, como en Suecia, hay mayor solapamiento entre el cuidado familiar y los servicios públicos. Con tasas más bajas, como en España, los cuidados familiares y los servicios públicos son sustitutos unos de otros.

Se sugiere que una mayor diversidad de servicios, básicos y secundarios, puede adaptarse mejor y de manera más eficiente a las diversas necesidades de las personas mayores que la elección entre ningún servicio, ayuda domiciliaria o atención residencial. Aunque estos servicios secundarios también puedan ser utilizados como un sustituto de bajo coste, e inferior calidad, en la atención.

Palabras clave: Asignación de recursos. Atención. Ancianos. Atención a domicilio. España. Suecia. Calidad de la atención. Personas con discapacidad. Actividades de la vida diaria.

ABSTRACT**Diversification and Strengthening of
Services for Older People in Spain and
Sweden**

Information on public services for older people is often limited to institutional care and Home Help/Home Care, be it for individuals in surveys, statistics for a specific country or for international comparisons. Yet, these two major services are in many countries supplemented – or substituted – by other, minor services. The latter include services such as transportation services, meals-on-wheels, alarm systems and day care. This diversification is the outcome of a rationing of services to achieve a more rational allocation of resources and attempts to keep down costs.

In this presentation we use various data sources to provide information on all these types of support for Spain and Sweden. When all of them are considered, service coverage is much higher than by basic services alone, indicating further consolidation of services. Data suggests a high targeting in Sweden, but fragmented delivery in Spain, where – we suspect – users get what is available, with little differentiation between needs. With higher service rates, as in Sweden, there is greater overlap between family care and public services; with lower coverage rates, as in Spain, family care and public services are more often substituted for each other.

It is suggested that a range of services, major and minor, may suit the varying needs of older people better – and more efficiently – than the choice between nothing, Home Help or institutional care, but that minor services may also be used as an inexpensive – and sometimes inferior – substitute for full support.

Keywords: Resource allocation. Aged. Home care services. Spain. Sweden. Quality. Disabled Persons. Activities of daily living.

Correspondencia:

M^a Ángeles Tortosa Chuliá

Departamento de Economía Aplicada. Facultad de Economía. Universidad de Valencia

Avda. Los Naranjos, s/n

46022 Valencia

angeles.tortosa@uv.es

INTRODUCCIÓN

Es un hecho indiscutible que las personas mayores de hoy están experimentando cambios muy significativos¹: sus necesidades varían y, por tanto, la oferta de servicios que van a utilizar en los próximos años debe adaptarse a sus preferencias y necesidades. Las personas mayores van a demandar cada vez mayor atención y cobertura de sus necesidades y riesgos, a través de respuestas singularizadas². Este tipo de respuestas están siendo introducidas por parte de los proveedores públicos y privados a través de un proceso de diversificación de los servicios sociales.

La diversificación es un concepto que a menudo se utiliza para describir los cambios en las nuevas maneras de prestar servicios. En otras ocasiones sólo se refiere a la concertación de servicios públicos con el sector privado. Pero en este trabajo entenderemos por diversificación la variedad y el aumento de los servicios. Donde antes sólo había atención residencial a unos pocos (des)afortunados mayores, hoy existe una amplia gama disponible de servicios, al menos teóricamente. El principio económico de la utilidad marginal decreciente capta la idea de por qué la diversificación es mejor que la inversión en un solo programa específico, aunque sea muy bueno en sí mismo. La mayoría de las personas mayores tienen pequeñas necesidades (que a lo largo del transcurso de su vejez serán diferentes), y la atención residencial, por tanto, podría dirigirse tan sólo a una minoría. La utilidad de este tipo de atención disminuye drásticamente cuando las tasas de cobertura exceden el 5-6%³. Esto indica que los recursos deberían desplazarse hacia diversos tipos de atención comunitaria, ya sea de forma sucesiva o, probablemente mejor, de forma simultánea.

Pero el replanteamiento de la oferta de los servicios no sólo se debe a esos cambios en las necesidades de las personas mayores y dependientes y a la presión que ejerce su creciente demanda, sino también a otro tipo de razones

de tipo económico tales como la sostenibilidad financiera y la eficiencia de los servicios⁴. En este artículo se percibe que la diversificación se abrió paso desde el racionamiento de los servicios básicos o “mayores” hacia la racionalización de los servicios, introduciendo los secundarios o “menores” y buscando la disminución del gasto. Este proceso estaría significando un paso más en la consolidación y madurez de los servicios sociales.

La diversificación es un fenómeno que se viene produciendo en varios países⁵. En este artículo se comparan los servicios de España y Suecia, dos países muy diferentes pero que utilizan estadísticas y encuestas sobre servicios para evaluar cómo se asignan y se satisfacen las necesidades de las personas mayores. España es el único país en el sur de Europa que ha puesto en marcha programas muy ambiciosos de atención a las personas mayores. Aunque la prestación de sus servicios sufre fragmentación, tensiones políticas, desigualdades regionales y locales, lenta burocracia y largas listas de espera, entre otras cosas.

Suecia, por el contrario, tiene una tradición de muchos siglos de ayuda sistemática a las personas sin recursos, con normas nacionales y gestión local. Los servicios sociales heredaron este tipo de administración. Siempre ha habido considerables variaciones locales en la disponibilidad de los servicios, aunque algunas de las diferencias pueden explicarse por variaciones en las situaciones de necesidad⁶. Los municipios suministran los servicios con alto grado de autonomía y suficiente autofinanciación (la recaudación de un impuesto municipal es diez veces superior a la de un impuesto nacional), a menudo son muy pequeños, y por lo general una única persona gestiona todo tipo de servicios en su distrito.

A pesar de la importancia del mismo, este proceso de diversificación de los servicios, es poco visible y le falta un mayor impulso por parte de los proveedores, sobre todo a nivel informativo.

En este trabajo se utilizaron datos procedentes de las últimas encuestas nacionales que incluyen información sobre servicios sociales destinados a personas mayores y dependientes, así como información procedente de diversas instituciones públicas, tanto de España como de Suecia. Para España se utilizó fundamentalmente la información de los diferentes informes sobre personas mayores elaborados por el IMSERSO desde el año 2000 hasta ahora⁷⁻¹¹. Y para Suecia se dispuso de la información procedente de los informes del gobierno sobre servicios sociales (Socialstyrelsen, SOU) desde 1970 hasta ahora^{12,13}. En ambos países se usaron, asimismo, las principales encuestas nacionales sobre los servicios disponibles para personas mayores y dependientes^{14,15}.

La información relativa a los gastos se obtuvo de los últimos estudios realizados por EUROSTAT y la OCDE¹⁶⁻¹⁹.

La revisión de la documentación mencionada pretende mostrar el proceso seguido en la introducción de los servicios sociales “menores”. Se parte de unos inicios con servicios residenciales y de ayuda a domicilio que posteriormente, ante el exceso de demanda, fueron racionados, y que se complementaron con servicios “menores” para conseguir una asignación más racional de los recursos y, si se podía, un menor gasto.

LA ATENCIÓN RESIDENCIAL Y AYUDA PÚBLICA A DOMICILIO EN ESPAÑA Y SUECIA

En España las primeras iniciativas de cuidado que se conocen se remontan al siglo XIV. Se prestaban a los más pobres por los gremios y cofradías religiosas y en los asilos e instituciones similares. En el siglo XVI ya funcionaba la beneficencia domiciliaria a los más pobres que operaba a través de las parroquias y los conventos. Hay que esperar hasta finales del siglo XVIII y mitad del XIX para que la asistencia benéfica religiosa fuera sustituida

por la beneficencia pública. Pero su pleno desarrollo como servicio público municipal no se produjo hasta la aprobación del Plan Nacional de asistencia a los ancianos de la Seguridad Social en los años de la década de 1970²⁰.

Los estudios realizados sobre la situación de las personas mayores (se entenderá a partir de ahora por personas de 65 años o más) sobre esos inicios en España, mostraban un cuadro sombrío de las condiciones en estos servicios²¹. Después de un comienzo vacilante en la década de los 70, la atención residencial y ayuda pública a domicilio se expandió rápidamente y sin planificación en la década de los 80, pero en los 90 se promovieron cambios dirigidos a un crecimiento planificado²². De hecho, la ratio de plazas residenciales por 100 personas de 65 y más años fue de un 1,5 % en 1975, un 2,2% en 1988, un 3,2% en 1999 y un 4% en 2008. Respecto a la ayuda a domicilio el índice de cobertura fue del 0,1% en 1975, un 1,8% en 1999 y en 2008 alcanzó un 5%^{23,24}, un rápido crecimiento que se debió fundamentalmente a la extensión de la idea de mejor atender en casa a los ancianos y mantener su autonomía.

Como se ha indicado, Suecia ha proporcionado durante mucho tiempo atención residencial a las personas mayores sin recursos. En la actualidad todavía es posible encontrar localidades donde las tasas de institucionalización se mantienen aproximadamente en los niveles de 1800, es decir, alrededor del 6% de los mayores de 65 años. Buena muestra de ello es que este fue el índice de cobertura nacional alcanzado en 1950, cuando ningún otro servicio estaba disponible para las personas mayores frágiles¹². Como consecuencia de los graves escándalos detectados en hogares de ancianos, una comisión gubernamental estableció nuevos principios en 1956 para el cuidado municipal de los mayores: la atención domiciliaria social y

sanitaria se configuró como alternativa prioritaria, respondiendo así a la reivindicación planteada por las organizaciones de mayores durante un largo periodo de tiempo. La ayuda a domicilio se amplió hasta cubrir el 16% de las personas mayores en 1975, al mismo tiempo, la atención residencial creció y llegó a cubrir al 9% de los mayores de 65 años¹³. A pesar de que las planificaciones gerontológicas contemplaban un incremento de la oferta de este tipo de servicios, las restricciones financieras de los municipios llevaron a una estabilización de las tasas de cobertura que a partir de entonces disminuyeron hasta las actuales del 6% para la atención residencial y el 9% para la ayuda a domicilio, respectivamente en 2009^{8,9,15}.

RACIONAMIENTO ...

Es bien sabido que el racionamiento implica una menor existencia y/o acceso a bienes o servicios y, por tanto, la necesidad de esperar para obtenerlos más adelante. Pero también, y esta es la recompensa, que se alcanzan con mayor certeza. Si los servicios están cada vez más racionados (un proceso que mucha gente piensa que describe bien la asignación de servicios) se espera que los usuarios sean más viejos y más frágiles que antes. En España, inicialmente se practicó el racionamiento como medio para asignar los escasos servicios básicos disponibles ante el rápido crecimiento de la demanda (sólo las personas mayores más enfermas, más aisladas social y familiarmente, y con menos rentas recibían atención)²⁵. En la actualidad las listas de espera y los problemas burocráticos funcionan como un mecanismo de racionamiento, que alcanza proporciones preocupantes (unas 340.000 personas esperando a ser valoradas y a recibir atención, con una espera media de 12-18 meses, según datos de diciembre 2010²⁶). Por desgracia, la información estadística sobre la edad y condiciones de las personas usuarias de los ser-

vicios a través del tiempo es incompleta y no permite efectuar un seguimiento continuado y fiable del racionamiento y sus efectos. Sin embargo, los datos disponibles en los sucesivos informes del IMSERSO y el Libro Blanco de la Dependencia^{11,27} sugieren que en un espacio corto de tiempo (2005-2008), a pesar del explícito racionamiento, se produjo un rápido incremento de la ratio de cobertura, en especial de los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia, y de la atención residencial, aunque con variaciones muy grandes entre CCAA¹¹. Y es que al mismo tiempo que creció la demanda de estos servicios, se produjo un envejecimiento de la población usuaria de los mismos¹¹. Como ejemplo señalar que los usuarios de teleasistencia de 80 y más años se incrementaron en un 27% desde 1995 a 2008, y en la atención residencial el 62% de los usuarios alcanzó ya más de 80 años en 2008¹¹.

Suecia no tiene listas de espera para los servicios, sin embargo cada vez son más estrictas las evaluaciones de las situaciones de necesidad, generando inevitables conductas de racionamiento: en 1975 el 42% de los usuarios de ayuda a domicilio tenían 80 o más años, en 2008 el 72%¹³. Esta evolución también puede ser consecuencia del retraso en la aparición de la fragilidad y del incremento de la esperanza de vida libre de discapacidad. Pero, además, las encuestas desde los años 50 hasta ahora muestran que cada vez menos suecos desean entrar en las residencias¹⁵. En la atención residencial las tasas correspondientes fueron del 65% y 81% respectivamente. En 1938 el 69% eran mayores de 65 años. En 1950 el 12% de los residentes eran menores de 67 años, el 49% tenía entre 67 y 79 años, y el 39% más de 80. En esta misma fecha el 41% de los residentes fueron evaluados como física y mentalmente sanos^{28,29}. Sin duda, estas cifras ofrecen la imagen de un perfil de usuarios de instituciones muy diferente al actual.

Los datos sobre los usuarios suecos de ayuda a domicilio también ponen de manifiesto, como cabe esperar, que el umbral se ha elevado para los nuevos, que ahora tienden a recibir menos ayuda que antes para sus necesidades³⁰. Otros datos sobre Suecia sugieren períodos cada vez más cortos de uso de la ayuda a domicilio y atención residencial¹⁵. A pesar de que en España no se dispone de información detallada al respecto, podemos inferir que la tendencia es todavía diferente, ya que es un país que continúa en proceso de construcción de su sistema de servicios sociales, especialmente en el desarrollo de servicios domiciliarios para hacer frente a lo previsto en el catálogo de prestaciones contemplado en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia (2006)³¹. De hecho, la intensidad horaria mensual de la ayuda a domicilio se mantiene con una tendencia muy pequeña al alza: 16 horas en 2004 y 17 en 2008¹¹.

Los datos disponibles en Suecia apuntan hacia la posibilidad de que una proporción creciente de personas mayores pueda beneficiarse de uno o más servicios antes de morir, lo que puede parecer paradójico, dada la imagen que prevalece de recortes en los servicios. Algunos estudios que han seguido en el tiempo a las personas mayores y su utilización de los servicios sucesivos en Suecia sugieren que, en los años 50, el 15% de las personas mayores finalizaron su vida siendo atendidos en instituciones (no existía nada más). En un estudio de los años 70 el 50% utilizaba la ayuda a domicilio y/o atención residencial antes de morir, y hoy la cifra se sitúa en torno al 90%^{13,29}. Estudios locales sugieren que casi todas las personas mayores utilizan uno o más servicios a través del tiempo o al final de la vida³². Lamentablemente, los datos comparables para España son insuficientes.

... Y LA RACIONALIZACIÓN

Una asignación racional de los servicios implica, entre otras cosas, una mejor utilización y planificación de los mismos en función de la necesidad. En España

todavía en la década de los 70 y en Suecia en la década de los 50 la atención residencial se proporcionó con poca discriminación entre las diferentes situaciones de necesidad. Muchos usuarios de las residencias, el único servicio disponible, tenían poca o ninguna discapacidad. Se ayudaba a los pobres y a los que no tenían familia en lugar de asistir a los ancianos. Cuando se introdujo la ayuda a domicilio en Suecia en la década de 1950, muchas personas mayores se mostraron reacias a utilizar este nuevo servicio y permitir que el Estado entrara en sus casas. Las encuestas realizadas en ese momento sugieren que muchos usuarios de la ayuda a domicilio no eran muy frágiles, y que los servicios fueron proporcionados en función de la edad (avanzada) y no tanto de la necesidad²⁹.

Hasta el año 2000 en España y 1975 en Suecia, existían pocas alternativas más allá de la ayuda a domicilio para las personas mayores que vivían en la comunidad, pero poco a poco se fueron implantando otro tipo de servicios: transporte, comidas a domicilio, teleasistencia, centros de día, entre otros. Con frecuencia las personas que utilizan estos servicios no utilizan la ayuda a domicilio, por lo que si no se les observa podríamos subestimar el crecimiento de los servicios españoles y asumir erróneamente que las tasas de cobertura han disminuido drásticamente en Suecia: del 25% de los mayores de 65 años en 1975 al 15% en 2009 (sumando únicamente la ayuda a domicilio y la atención residencial)^{13,15}.

Para la evaluación de las tasas de cobertura es decisivo conocer el grado de solapamiento entre los distintos tipos de servicio. Esto es lo que se trata de mostrar en la tabla 1, además de los cambios en la oferta total del servicio.

En España continúa produciéndose un notable incremento en diferentes servi-

Tabla 1
Porcentaje de personas mayores que usan los servicios sociales en España y Suecia
1975-2009

	ESPAÑA		SUECIA	
	1999	2010	1975	2009
No usan servicio	94	80	75	77
La atención residencial *	3	4	9	6
Ayuda a domicilio**	2	6	16	9
Sólo otros servicios ***	1	10	--	Estimado 8-9

*Para España ratio nº plazas/+65 años; Fuente: IMSERSO. Informe personas mayores. 2000 y IMSERSO Estadísticas residencias, 2010. Para Suecia ratio nº usuarios/+65 años. Fuente: Socialstyrelsen. Estadísticas residencias 2011.

** Fuentes: elaboración propia con datos de encuestas: Para España: IMSERSO. Encuesta personas mayores; 2010 y, INE. Encuesta de discapacidades; 1999; Para Suecia: SOU White paper 1977 y Socialstyrelsen. Estadísticas ayuda domicilio 2011.

*** Uso únicamente de servicios distintos a la ayuda a domicilio y la atención, temporal o permanente, en instituciones residenciales Fuente: Para España: IMSERSO. Encuesta personas mayores; 2010 y, INE. Encuesta de discapacidades; 1999; Para Suecia: elaboración con datos de municipios representativos.

cios, aunque persisten las grandes variaciones locales y regionales. Por ejemplo, el índice de cobertura medio del servicio de teleasistencia en España era del 1% en el año 2000 y ascendió a un 5% en 2008, aunque con grandes variaciones según Comunidades Autónomas (por ejemplo, ese mismo año en Madrid era del 12% y en Castilla-La Mancha del 9%¹¹). Mientras que la tasa de cobertura de centros de día que se alcanzó durante 2008 fue de 1%. En el caso de Suecia la tasa de cobertura de la teleasistencia es actualmente de un 4% mientras que la tasa de centros de día es ligeramente cercana al 1%¹⁵.

Para evaluar si los servicios se orientan bien hacia las necesidades de las personas mayores, podemos definir necesidad social (siguiendo a Bradshaw)³³ como “aquella percepción que manifiesta un individuo o terceros de requerimiento de compañía y/o de ayuda para una o más AVD”. (Las variaciones locales de esta necesidad social explican las diferencias notables en el uso de ayuda a domicilio en Suecia). Que las personas mayores frágiles vivan solas es proporcionalmente mucho más común en Suecia que en España y debe considerarse

cuando se comparan ambas tasas de cobertura. Este grupo parece tener peor acceso a los servicios en España: en 2006 el 21% de ellos utilizaba la ayuda a domicilio y el 16% algún otro servicio (pero no ayuda a domicilio), es decir, el 63% no obtiene/utiliza servicios públicos. En Suecia, las cifras correspondientes fueron del 54%, 23% y 23% respectivamente³⁴. La diferencia puede significar que algunos de ellos se quedan sin apoyo, pero también que más personas mayores y frágiles en España son ayudadas sólo por su familia y/o usan un apoyo(s) alternativo, como la ayuda privada. Este último tipo de ayuda casi no existe en Suecia.

En Suecia, con tasas de cobertura altas, una proporción sustancial de las personas mayores depende sólo de los servicios públicos. La información disponible³⁵ corrobora que la mayoría de las necesidades de las personas mayores están cubiertas. Muchas dependen sólo de sus familias, pero en su mayoría son personas que presentan necesidades menores. En España, con tasas de cobertura más bajas, muchas más son ayudadas sólo por la familia y/o ayuda privada. El apoyo mixto, de familia y Estado, es más común en Suecia que en

España, donde hasta el momento se mantiene la dicotomía "familia o Estado", entrando en el escenario también la ayuda privada, si se lo pueden permitir. Nuestras observaciones sugieren que a mayor necesidad, más ayuda es proporcionada por ambos, familia y Estado, un patrón de nuevo más común en Suecia³⁶ que tenderá a generalizarse en España en un futuro próximo, si se cumplen los principios de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

También se ha observado con detalle si los servicios se orientan según la necesidad de apoyo en las AVD. Es de esperar que las personas que son frágiles utilicen más servicios. Sin embargo, esto no se observa en los datos para la población española de 75 y más años, que muestran el mismo número de AVD para las que requieren ayuda, cualquiera que sea el conjunto de servicios que recibe³⁷. Pareciera que las personas mayores españolas utilizan lo que pueden conseguir o lo que le ofrecen las administraciones públicas, que siguen sin armonizar su oferta de servicios. En el caso de Suecia, la necesidad de ayuda según grado de AVD se corresponde claramente con la utilización de los servicios, y un análisis en profundidad de los usuarios de la ayuda a domicilio pone de manifiesto un claro incremento en las horas suministradas por este servicio cuando la situación de dependencia aumenta³⁰.

En cuanto a la variable edad y grado de utilización de los servicios, sucede algo parecido. Podríamos esperar que a medida que los usuarios son mayores, los servicios se utilizan más. Para ello tenemos que recurrir a los datos de un sólo municipio sueco (no hay datos de este tipo a nivel nacional). En Jönköping, las personas que sólo utilizan los servicios "menores" tienen en promedio 82,4 años de edad, los usuarios de ayuda a domicilio 84,5 años, y las personas institucionalizadas 86,3 años (cálculos realizados a partir de los datos de 5.291 usuarios de los servicios de 65 y más años, el 24% de la población de más edad en el municipio, y provistos por el municipio para noviembre de 2008). Los residentes en institu-

ciones son comprensiblemente más mayores que los usuarios de ayuda a domicilio, que a su vez son mayores que las personas que sólo tienen que utilizar, por ejemplo, los servicios de transporte. Estos servicios "menores" pueden funcionar como primeras alternativas y como "entradas" en la asistencia pública, un patrón también sugerido por los estudios locales, en los que el uso de los servicios por las personas de edad se sigue en el tiempo³². Estos datos podrían estar sugiriendo también que estos servicios menores juegan un papel preventivo.

EL GASTO EN LAS PERSONAS MAYORES Y LOS COSTES DE LOS SERVICIOS

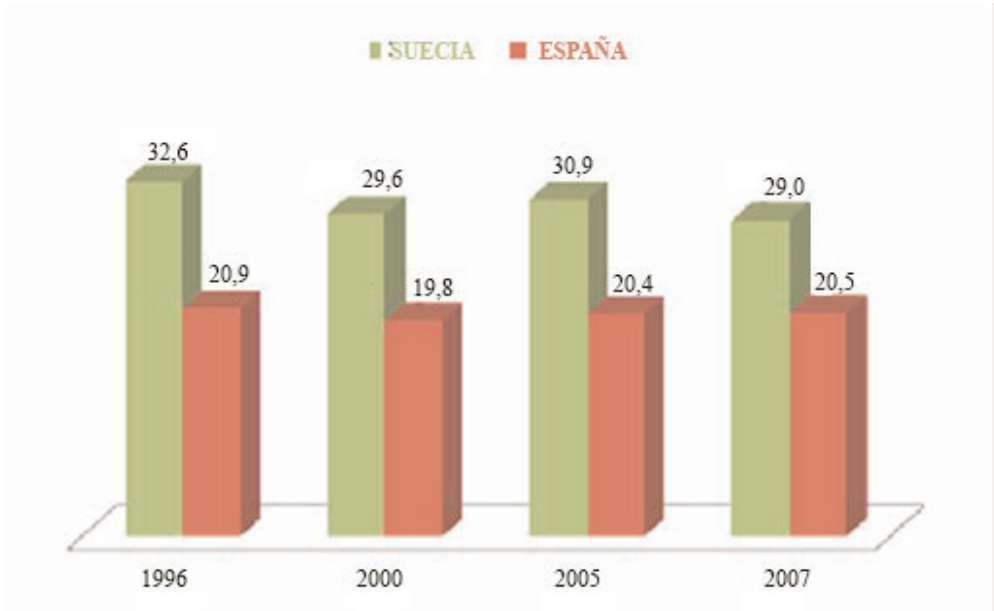
Parece una hipótesis adecuada la de que una buena diversificación de los servicios generaría el mantenimiento o la reducción de los gastos destinados a las personas mayores. Pero como comprobaremos a continuación, esta evolución sólo se está mostrando en el caso de Suecia.

Tanto en España como en Suecia, los gastos de protección social se han mantenido estables a lo largo de la última década (1996-2007), aunque lo más sobresaliente es que Suecia destinó mayor volumen de gasto que España a este ámbito (figura 1).

En ambos países entre un 30-40% del total de los gastos de protección social se dedican a la vejez y cerca de un 30% a sanidad durante el año 2007 (figuras 2 y 3). Eso supone que en España se haya venido asignando alrededor de 7% del PIB a las personas mayores mientras que en Suecia alrededor de un 11% en el 2007 (tabla 2), según datos de Eurostat^{10,16-18}.

Sin embargo, la gran mayoría de esos gastos se destinaron a las pensiones (un 75% se utilizó para las pensiones de jubilación, y un 9% para otras pensiones), aunque una fracción pequeña, pero creciente, se empleó en servicios de cuidados de larga duración destinados a las perso-

Figura 1
Gastos protección social sobre PIB en España y Suecia
1996-2007



nas mayores desde 1995-2005 (figura 4). Según los estudios de la OCDE se ha estimado que este gasto para el caso de España podría alcanzar un 1,9% del PIB en 2050, (considerando un contexto de contención de gastos)^{19,38}.

El crecimiento conseguido, y esperado, de este tipo de gasto en España se explica en parte por el esfuerzo financiero público que se está efectuando para instaurar el Sistema de Atención a la Autonomía y la Dependencia (SAAD). Desde la entrada del SAAD en 2007 y la generalización de valoraciones más rigurosas de la dependencia, se produce una menor asignación de usuarios a los servicios comunitarios frente a otras prestaciones como la ayuda económica a la familia cuidadora, que es más barata³⁹.

En cambio en Suecia el aumento se produjo de los años 50-80. Así en 1950 ya se

gastó alrededor del 5% del PIB en las personas mayores, incluyendo las pensiones y subsidios de vivienda, que suponían gran parte de esos gastos. Y siguió aumentando: un 6% en 1965, un 7% en 1970, y 10% en 1975. Ese último año, casi tres cuartas partes de los gastos fueron de pensiones y subsidios de vivienda (67% y 6% respectivamente). El resto correspondía a la atención residencial (20%) y una pequeña parte a la ayuda a domicilio y otros servicios de la comunidad⁴⁰. Es decir, por los años 70 Suecia estaba a los niveles de gasto destinado a personas mayores que actualmente tiene España. No obstante, esta tendencia de los gastos (que en su mayoría eran públicos) se estabilizó alrededor del 14% a finales de los años 80. A partir de este momento se produjo un aumento muy pequeño del coste real de los servicios para personas mayores, cerca de la mitad de lo que ahora se gasta en servicios comunitarios (38% en

Figura 2
Gastos protección social sobre PIB por funciones. Suecia 2007

DESEMPLEO SUPERVIVENCIA ENFERMEDAD VEJEZ
INVALIDEZ EXCLUSIÓN SOCIAL VIVIENDA FAMILIA

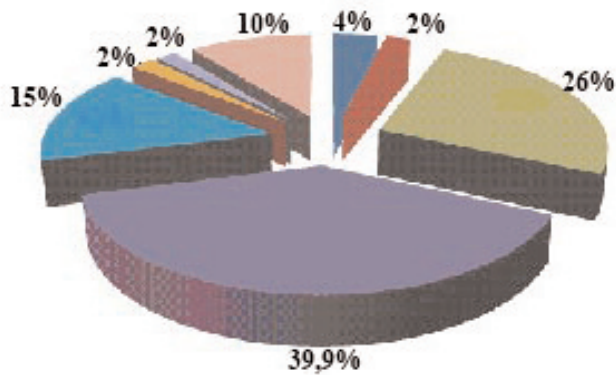


Figura 3
Gastos protección social sobre PIB por funciones. España 2007

DESEMPLEO SUPERVIVENCIA ENFERMEDAD VEJEZ
INVALIDEZ EXCLUSIÓN SOCIAL VIVIENDA FAMILIA

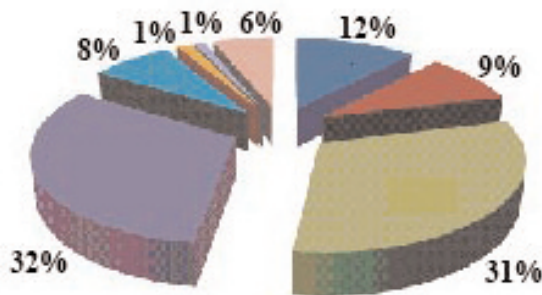
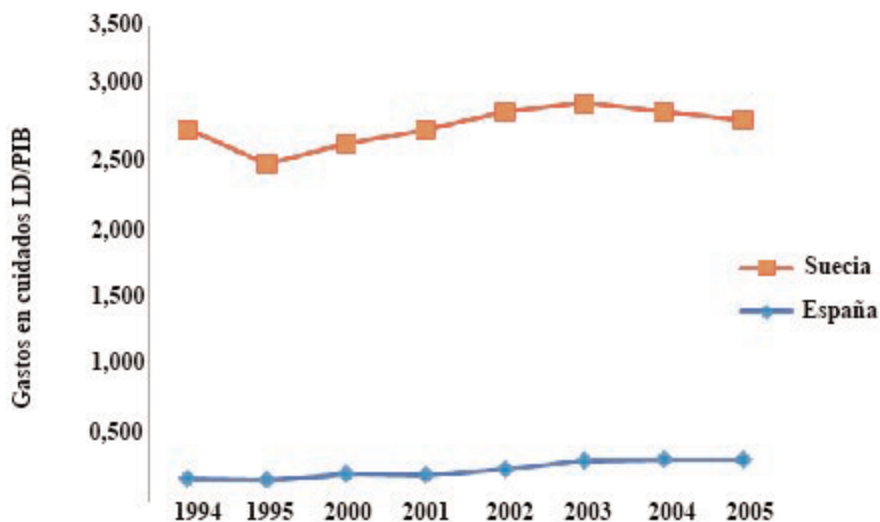


Tabla 2
Evolución de los gastos de protección social por funciones en España y Suecia
1996-2007 (%)

	SUECIA				ESPAÑA			
	2007	2005	2000	1996	2007	2005	2000	1996
Desempleo	1,1	1,9	2,1	3,4	2,4	2,5	2,3	3
Supervivencia	0,6	0,7	0,7	0,8	1,9	0,6	0,6	0,9
Enfermedad	7,6	8	8	7,2	6,4	6,3	5,8	6
Vejez	11,3	11,7	10,9	12	6,5	8	8,2	8,5
Invalidez	4,4	4,6	3,9	3,8	1,6	1,5	1,6	1,6
Exclusión social	0,6	0,6	0,7	1	0,3	0,2	0,1	0,2
Vivienda	0,5	0,5	0,6	1	0,2	0,2	0,2	0,3
Familia	3	2,9	2,7	3,5	1,2	1,2	1	0,5

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otra_Informaci_n_sobre_Protecci_n_Social/Comparaciones_Internacionales_de_Seguridad_Social/Gasto_en_protecci_n_social_en_porcentaje_del_Producto_Interior_Bruto_por_funciones/index.htm

Figura 4
Gastos en cuidados de larga duración sobre el PIB
España y Suecia, 1994-2005



Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración

2010, comunicación telefónica de Lacouture, T. SKL). El gasto se frenó debido a los elevados niveles que alcanzan los impuestos y a las limitaciones presupuestarias. Cabe destacar que una buena parte del aumento del gasto en servicios para mayores en Suecia, después de la década de 1970, fue a parar a unos mejores salarios y mejores condiciones laborales del personal, y a elevar la calidad de los servicios, en lugar de aumentar la cobertura del mismo.

COMENTARIOS

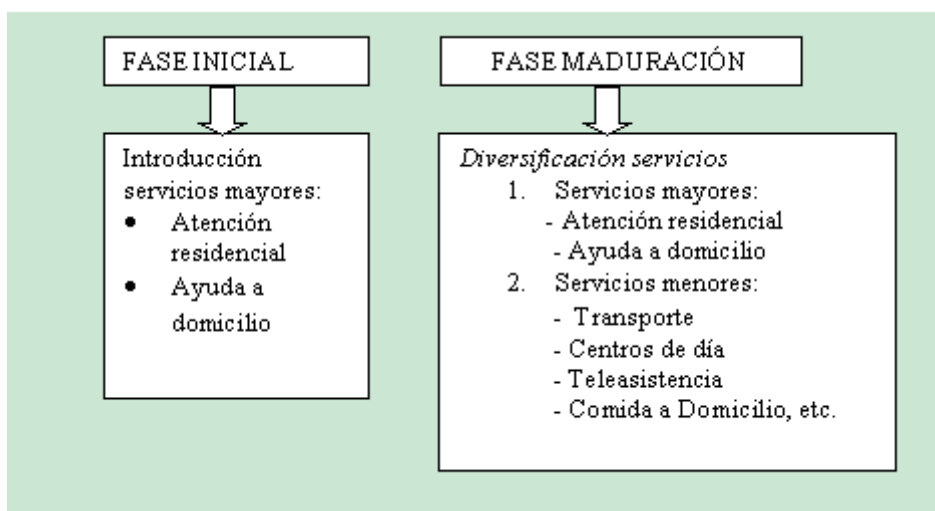
En la mayoría de los países europeos los servicios públicos para las personas mayores se han desarrollado progresivamente, comenzando por la atención residencial y continuando por la ayuda a domicilio, la atención sanitaria en el domicilio y varios servicios comunitarios. Con posterioridad ha evolucionado otro conjunto de servicios de apoyo, pero su

consolidación todavía puede necesitar algún tiempo más (figura 5).

En Suecia este proceso se llevó a cabo poco a poco después de la década de los años 70, mediante la creación de estos "pequeños" servicios emergentes que sirvan como "entradas" para utilizar el sistema y que significaron un aplazamiento del uso de una ayuda a domicilio más intensa y, sobre todo, de la atención residencial. En España la diversificación empezó más tarde, a mediados de los años 90.

En Suecia se observa un progresivo racionamiento a lo largo del tiempo, por medio de los servicios menores que "sustituyen" a la ayuda a domicilio, y la ayuda a domicilio que sustituye a la atención residencial. Este cambio es menos evidente en España, aunque los servicios aquí son racionados actualmente de un modo más directo, por los procedimientos burocráticos, trámites interminables y

Figura 5
Fases desarrollo de los servicios sociales para personas mayores y dependientes



largas listas de espera. En Suecia, por ejemplo, la ayuda a domicilio es provista inmediatamente, sin papeleo para los usuarios (las autoridades disponen de toda la información que necesitan sobre la renta, etc. en su sistema de información; en casos agudos las evaluaciones de las necesidades son efectuadas más tarde).

Los servicios "menores" suelen ser olvidados en las estadísticas sobre los servicios a personas mayores y, por tanto, en la investigación, y, en muchos casos, si se los tiene en cuenta no se muestran en coordinación con el uso de la ayuda a domicilio de manera apropiada. Servicios como el transporte, las comidas en el domicilio y centros de día, a menudo son vistos como poco importantes y con escasa capacidad de respuesta a las necesidades "reales" de las personas mayores, pero algunos estudios han indicado la importancia de "esa pequeña ayuda"⁴¹. Otros autores sugieren explícitamente que el acceso a una mayor variedad de servicios se traducirá en el uso de menos servicios, en comparación con un conjunto más restringido⁴². Y eso tal vez podría producir unos menores gastos. No obstante, la diversificación global ha contribuido a contener el incremento del gasto, como se ve en el caso de Suecia, pero no en España, pues su incorporación coincide con la implantación de un sistema universal de servicios sociales. Apenas hace algunas décadas muchas personas fueron institucionalizadas innecesariamente, y las personas que entonces utilizaron caros servicios de ayuda a domicilio podrían hoy en día estar mejor atendidas con servicios menores como, por ejemplo, servicios de transporte o teleasistencia. Eso también les proporcionaría mayor autonomía y seguridad.

Una ayuda menor puede hacer referencia tanto a estos servicios de menor importancia como a una reducida cantidad de ayuda a domicilio. Incluso una

pequeña cantidad de esta ayuda supone abrir una ventana en las vidas de las personas mayores y puede servir para obtener una señal cuando se necesiten otras ayudas o una mayor intensidad de las mismas. Un "pequeño" servicio puede ser importante; incluso puede ser más adecuado que uno mayor: un sistema de alarma para algunas personas puede proporcionar más seguridad que las visitas frecuentes de un ayudante a domicilio. Los servicios de transporte también generan autonomía, permitiendo a la gente ir cuando y donde quieran, en lugar de esperar a que un trabajador a domicilio los acompañe -si pueden caminar- a la tienda más cercana.

Probablemente es natural que los nuevos servicios y tecnologías se incorporen "poco a poco" para que sucesivamente complementen o sustituyan a la ayuda a domicilio o el cuidado de la familia. Como por ejemplo sucede con las comidas a domicilio que complementan o sustituyen la comida realizada por un trabajador o por la familia de la persona mayor, e incluso un servicio de transporte, cuando este se usa para hacer la compra o para acompañar a la persona mayor a la tienda. Los "pequeños" servicios, de este modo, pueden proporcionar más flexibilidad a los usuarios.

Estos "pequeños" servicios también pueden generar seguridad a los usuarios: cuando una persona se siente insegura normalmente pide más atención de lo que es necesario. Algunos municipios suecos, por tanto, han creado estancias especiales en las residencias, donde las personas mayores pueden - sin evaluar sus necesidades - acudir y quedarse por una semana o dos, cuando las cosas se ponen difíciles. No se utilizan mucho, pero proporcionan seguridad. Si bien, para sentirse seguro no es necesario el uso de un servicio, sino saber que lo obtendrás cuando lo necesites. Pero el uso de los servicios "menores"

también puede significar una menor calidad de la atención. Una queja común en Suecia es la calidad inferior de los servicios de comidas en el domicilio que se entregan a las personas mayores desnutridas, en vez de que un trabajador se quede en casa haciéndoles compañía, cocinando, asegurándose de que coman los alimentos, y detectando posibles problemas, como todavía se hacía en la década de los 80.

En algunos países (por ejemplo, Suecia), las administraciones de servicios sociales se esfuerzan por enfocar su atención en los usuarios de ayuda a domicilio con necesidades más graves. Las personas con menores necesidades son disuadidas del uso por medio de una evaluación estricta de sus necesidades, el aumento de los copagos y otras formas de racionamiento. Lo mismo está pasando en España desde la implementación del Sistema de atención a la dependencia. Los proveedores de servicios pueden utilizar los servicios menores como alternativa a la atención en el hogar más intensiva. Sin embargo, la eliminación total de los "pequeños" usuarios ahorra poco y pone en peligro la función preventiva de estos servicios pequeños y de bajo coste. Sólo destacar que en el futuro, tras la plena aplicación de la Ley de promoción de la autonomía, se esperan cantidades muy superiores de ayuda a domicilio. En Suecia era de 12-15 horas/mes en los años 70 y alrededor de 32 horas/mes en el año 2000 y posteriores^{30,43}.

Se ha visto que estos servicios "menores" pueden generar beneficios diversos: seguridad, flexibilidad y fomento de la autonomía, pero todavía no han logrado generar un ahorro de gasto, al menos en España. En el contexto actual de crisis económica gana más fuerza la incorporación y el desarrollo de los servicios sociales "menores" porque son más baratos. Todas las crisis abren nuevas oportunidades a cambios⁴⁴. Esto también sucede en

el ámbito sanitario y de servicios sociales⁴⁵. Actualmente se está por una integración y mejor coordinación entre servicios sanitarios y sociales, y entre los servicios sociales "menores" y los "mayores" para, entre otras cosas, crear más empleo, gestionar eficientemente los recursos y lograr el ahorro deseado.

España es un ambicioso y reciente proveedor de servicios, que se esfuerza por coordinar sus servicios y ponerlos a disposición de una manera equitativa. Cada vez es más evidente que se necesita tiempo para dinamizar estos amplios programas y para encontrar una mejor adecuación entre usuarios y servicios. La experiencia de Suecia sugiere que es posible ofertar servicios de alto nivel y aceptable orientación a un coste razonable, si los recursos se destinan principalmente a una variedad de apoyos que se presten en la comunidad y sean razonablemente asignados según la necesidad. La administración paternalista de servicios en Suecia muestra su fuerza a través de la sencilla e inmediata valoración de los solicitantes (habitualmente efectuada por un único gestor). Aunque la administración de los servicios no siempre es muy sofisticada, se enmarca en una larga tradición de responsabilidad pública sobre las personas mayores, frágiles y enfermas, en sus zonas de influencia, con trabajadores que a menudo conocen a los residentes de su área. La otra cara de esa tradición es una cierta inflexibilidad y la convicción de que las administraciones saben lo que es mejor para la gente, que en el pasado, en ocasiones, ha derivado en inversiones en programas ineficaces.

Los resultados de nuestras observaciones sugieren que lo importante en la provisión de servicios adecuados a las necesidades no es tanto la implantación de altas tasas de cobertura per se, sino la existencia de una oferta diversificada y adaptada a las necesidades de las personas, y, cómo no, un uso racional y sensato de los mismos.

Nuestra exploración tiene sus limitaciones. Observamos patrones de uso de los servicios, pero sabemos poco sobre la calidad de los mismos, tanto en España como en Suecia, aunque sabemos que son frecuentes las quejas en ambos países. Tampoco se ha tenido en cuenta la importancia de la prestación monetaria para los cuidadores, ahora vigente en España (como lo fue en Suecia en los años 60 y 70) y en qué medida puede afectar a la provisión de los servicios frente a las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puga MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer; 2002.
2. Rodríguez P. El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Madrid: Fundación Alternativas; 2006. Documento de trabajo núm. 87.
3. OECD. Long term care for older people. Chapter 2. Paris: OECD; 2005.
4. Cervera M, Herce JA, López G, Rodríguez G, Sosvilla S. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad; 2009. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/informesadgexpertos.pdf>
5. Baldock J, Everst A. Innovations and Care of the Elderly: The Cutting-edge of Change for Social Welfare Systems. Examples from Sweden, the Netherlands and the United Kingdom. *Age and Soc.* 1992; 12:289-312.
6. Davey A, Johansson J, Malmberg B, Sundström G. Unequal but equitable: An analysis of variations in old-age care in Sweden. *Eur J Ageing.* 2006; 3:34-40.
7. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2000. Madrid: IMSERSO; 2001.
8. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Madrid: IMSERSO; 2003.
9. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid: IMSERSO; 2005.
10. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2006. Madrid: IMSERSO; 2006.
11. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2008. Madrid: IMSERSO; 2009.
12. SOU. Åldringvård. (Old Age Care). Government White Paper 1. Stockholm: SOU; 1956.
13. SOU. Pensionär '75. (Pensioner '75). Government White Paper 100. Stockholm: SOU; 1977.
14. IMSERSO, CIS. Encuesta condiciones de vida de los mayores. Estudio 2647. Madrid: IMSERSO-CIS; 2006.
15. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg andra halvåret 2008. (Older Persons – Care and services second half of 2008). Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
16. Eurostat. European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS) data. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/social_protection/introduction
17. Mattonetti ML. Net expenditure on social protection benefits. Brussels: Eurostat. Statistics in focus. Population and social conditions. Eurostat. 102/2009. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-102/EN/KS-SF-09-102-EN.PDF
18. Petrasova A. Social protection in the European Union. Brussels: Eurostat. Statistics in focus. Population and social conditions. Eurostat. 46/2008. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-046/EN/KS-SF-08-046-EN.PDF
19. OECD Projecting OCDE health and long term care expenditures: What are the main drivers? Economics Department Working Papers 2006. 477. Disponible en: www.oecd.org/eco
20. Rodríguez S. La vejez: historia y actualidad. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1989.
21. Seco A, Bernardo JM. La Asistencia Social y Los Servicios Sociales En España. Madrid: BOE; 1997.
22. Sancho M, Rodríguez P. Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Rvta Intern Psicosocial.* 2002; Supl. Marzo: 1-20.
23. INFORME GAUR. La situación de los ancianos en España. Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros; 1975.

24. PricewaterhouseCoopers. Situación del Servicio de Atención residencial en España, Madrid: PricewaterhouseCoopers; 2010.
25. Sundström G, Tortosa MA. The effects of rationing Home Help services in Spain and Sweden. A comparative analysis. *Ageing soc.* 1999; 19, 3:343-362.
26. Barriga LA. Evolución gráfica de la gestión del SAAD por CCAA. Madrid: Asociación Estatal de Directores/as y gerentes de servicios sociales; 2010. Disponible en: www.directoressociales.com.
27. IMSERSO. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: IMSERSO; 2004.
28. SOU. Socialvårdskommitténs betänkande I: Statistisk undersökning angående kommunernas ålderdomshem. (Report No I from the Commission on Social Services: Statistical Survey on Municipal Old Age Homes). Government White Paper 22. Stockholm: SOU; 1940.
29. Socialstyrelsen. Ålderdomshemmen och deras vårdtagare år 1950. (The Old Age Homes and Their Residents in 1950). Stockholm: Socialstyrelsen; 1953.
30. Sundström G. Bo hemma på äldre dar. (At home in one's old days). *Äldreuppdraget* 2000:11. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. Disponible en: www.socialstyrelsen.se
31. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm 299; del 15 diciembre 2006.
32. Sundström G. Hur gick det sen? En uppföljning av 1996 års studie av hemmaboende äldre i Jönköping. (What happened afterwards? A follow-up of the 1996 study of older people living in the community in Jönköping). *Äldreuppdraget* 99:3. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
33. Bradshaw J. The concept of social need. *New Soc.* 1972; 30: 40-643.
34. Sundström G, Herlufson K, Daatland SO, Boll E, Johansson L, Malmberg B, Puga MD, Tortosa MA. Services for older people: tradeoffs between coverage, diversification and targeting. *J. Care Serv Manag.* 2011; 5, 1:35-42.
35. Shea D, Davey A, Femia E, Zarit S, Sundström G, Berg S, Smyer M. Exploring assistance in Sweden and the United States. *The Gerontol.* 2003; 43, 2:712-721.
36. Sundström G, Malmberg B, Sancho M, Del Barrio E, Castejon P, Tortosa MA, Johansson L. Family Care for Elders in Europe: Policies and Practices. En: Szinovacz M, Davey A. editors. *Caregiving Contexts. Cultural, Familial, and Societal Implications.* New York: Springer; 2008.p.235-267.
37. INE. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Madrid: INE; 2009.
38. OCDE. Help Wanted? Providing and Financing Long-term care. 2010. Disponible en: www.oecd.org/health/longtermcare
39. Observatorio estatal de la discapacidad. Los cuidadores informales de personas mayores dependientes ahorran entre 25.000 y 40.000 millones de euros a las arcas públicas cada año. *noticiasmedicas.es.* 2011 Mar 08. Disponible en: <http://www.observatoriodeladiscapacidad.es/informacion/noticias/68696>
40. SOU. Pensionärsundersökningen. (The Pensioner Report). Government White Paper 98. Stockholm: SOU; 1977.
41. Clark H, Dyer S, Horwood J. That bit of help. The high value of low level preventative services for older people. Bristol: The Policy Press and Joseph Rowntree Foundation; 1998.
42. Williams AP, Challis D, Deber R, Watkins J, Kulski K, Lum JM, Daub S. Balancing Institutional and Community-Based Care: Why Some Older Persons Can Age Successfully at Home While Others Require Residential Long-Term Care. *Healthcare Quart.* 2009;12, 2: 95-105.
43. Daatland SO, Sundström G. Gammal i Norden. Boende, omsorg och service 1965-1982. (Being Old in the Nordic Countries. Living Arrangements, Care and Services 1965-1982). Oslo: Nordic Council of Ministers; 1985.
44. Urbanos R. La salud en todas las políticas- tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010; 24(Supl):7-11.
45. Gervás J, Meneu R. Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010; 24(supl):33-36.