

Título: Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales.

Autor: M^a del Castillo Gallardo Fernández

Afiliación: UPO

Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales.

Se intenta abordar de manera descriptiva, la evolución los cuidados de larga duración. Destacando sobre todo el análisis del impacto sobre los cuidadores informales. Mediante fuentes secundarias, se muestra los datos sobre la evolución del desarrollo de las prestaciones del sistema de dependencia. Por otra parte se analiza la necesidad del abordaje de la medición de la calidad del cuidado. Así como los posibles elementos de análisis.

1. CONTEXTO: MODERNIZACIÓN REFLEXIVA. SOCIEDAD DEL RIESGO. INDIVIDUALIZACIÓN

La sociedad actual la podemos enmarcar dentro de la llamada sociedad del riesgo o sociedad líquida (Beck, 1994. Bauman, 2003). Y los nuevos riesgos sociales que emergen en las sociedades económicas postindustriales (Gosta Esping-Andersen, 2000. Moreno, 2011), los riesgos de clase, riesgos de la trayectoria vital y riesgos intergeneracionales. Y la gestión de los riesgos por los llamados Estados de Bienestar que se balancean entre la mercantilización-desmercantilización y familiarismo-desfamiliarización. Un breve panorama descriptivo sobre los nuevos riesgos sociales y el contexto social nos hace exponer que:

Las transiciones demográficas y socioeconómicas de las sociedades industriales avanzadas, han desarrollado características particulares en la pirámide de población y cambios-transformaciones en los mercados de trabajo. Esto ha generado cambios sociales importantes de los que han derivado lo que ha dado en llamar los nuevos riesgos sociales. Hay consenso en determinar que son:

Consecuencias de las transiciones demográficas: Declive de la fertilidad y el envejecimiento de la población están produciendo cambios en las estructuras de la familia. El declive de la fertilidad conduce a medio y largo plazo a un proceso de envejecimiento de la población. Unido a los avances sanitarios que favorecen el aumento de la esperanza de vida, con valores por encima de 85 años en algunos países del mundo. Con el aumento de las personas mayores aumenta la probabilidad de población con discapacidad y el aumento de las situaciones de dependencia.

Los cambios en las estructuras familiares

Se reducen las redes familiares. Se tienen menos hijos, pero aumentan las personas mayores. La familia no aumenta a lo ancho sino a lo largo. En breve con problemas de reemplazo generacional España tiene un índice de 1,3 y necesita 2,1 para mantener la tasa de reemplazo. La OCDE manifiesta que cuando una sociedad se estabiliza en una tasa inferior a los 1,4 hijos, al final del siglo su población habrá quedado reducida a un 25 por ciento. Es decir, que podríamos encontrarnos con apenas 12 millones de habitantes (Gosta, 2013)

Consecuencias sociales

El modelo tradicional de familia está cambiando y a su vez que se está favoreciendo la creación de nuevas formas de familia.

Ya no tenemos familias muy extensas que se ampliaban a lo ancho, con muchos hijos con un reparto de roles muy definidos. Están aumentando las familias nucleares, monoparentales y unipersonales, que aumentan de forma vertical, con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de hijos por mujer.

La mujer ha incrementado sus niveles formativos y su presencia en el mercado de trabajo de manera muy significativa en las últimas décadas y esto cambia los roles tradicionales, los tiempos y su reparto en las familias.

La disminución de los tiempos de cuidados a menores da la posibilidad sobre todo a la mujer de acceder a una mayor formación y a un incremento de su presencia en calidad y cantidad en el mercado de trabajo.

La familia-mujer puede decidir el momento y el nacimiento de los hijos, y por tanto una gestión del tiempo de los cuidados a menores. Pero no se puede decir lo mismo, con el aumento de los cuidados hacia personas mayores, debido a las escasas políticas y escasos recursos dedicados a las familias y a favorecer el apoyo a sus funciones de socialización y cuidado.

El no poder decidir sobre los momentos y niveles de cuidados de las personas mayores, están, por una parte, visualizando esta situación y por otra generando contradicciones en los tiempos de cuidados y su reparto familiar.

Es significativo que la mujer se ha ido incorporando al mercado de trabajo atendiendo a las demandas sociales para su reconocimiento social. Pero la sociedad no ha ido evolucionando incorporando-asimilando y por tanto reconociendo las tareas invisibles de cuidados realizadas en el entorno familiar, que al incorporarlas al mercado de trabajo, resultan muy gravosas socialmente.

Los cambios en el mercado laboral

Se han generado cambios significativos en el mercado laboral. Disminuye el empleo llamado de calidad, a tiempo completo y con amplias garantías sociales que generaban estabilidad a las personas-familias. Crecen los empleos precarios, con tiempos parciales, con bajas garantías sociales que general una alta inestabilidad, favoreciendo situaciones de vulnerabilidad o incluso de exclusión social entre aquellos trabajadores con un menor nivel educativo y con empleos de menores salarios y derechos laborales. Los jóvenes, mujeres con menor cualificación son los sectores más afectados, así como aquellos con algún tipo de dificultad en la accesibilidad.

La desregulación que afecta al mercado de laboral, también afecta a las prestaciones y servicios públicos. Provocando incertidumbre el futuro de las prestaciones y servicios, hasta ahora inherentes a las sociedades con estados de bienestar. Como son las prestaciones de los sistemas públicos de sanidad, educación y de pensiones. Poniendo en riesgo al inestable y siempre por consolidar sistema de servicios sociales, dentro de los que incluimos las prestaciones por dependencia.

Todo lo anterior genera una sociedad más plural y diversa, donde la vulnerabilidad cobra presencia. Y entran en la escena el afrontamiento de nuevas necesidades en situaciones tales como: Equilibrar-conciliar trabajo remunerado y responsabilidades familiares; Carecer de habilidades y capacitación para obtener un empleo seguro y adecuado, o disponer de un adiestramiento obsoleto sin poderlo mejorar mediante procesos continuos de formación; y Utilizar medios privados que ofrecen

servicios sociales insatisfactorios o prestaciones y servicios inseguros o inadecuados (Esping-Andersen 2013 y Moreno, 2010).

Los Estados de Bienestar, sus políticas y los servicios sociales

Hay que enmarcarlos también en afrontamiento de estos nuevos riesgos sociales. Si se habla de cambios sociales y nuevos riesgos sociales, se tendrá que hablar también de nuevas necesidades, y por tanto nuevas políticas para dar solución a las mismas. Y no cabe duda que dentro de los debates y ejes centrales de los diseños de las políticas sociales actuales tomo relevancia la individualización y sus consecuencias en las familias.

Son debates abiertos, los modelos familiares, la negociación de los tiempos, de los roles, de los proyectos vitales, de los hijos, de su modelo/s de educación, etc. Y las estrategias familiares frente a los cambios en la educación, en la formación, del mercado de trabajo y las políticas sociales, por lo general, poco adaptadas a las necesidades generadas por estos cambios.

Los procesos de individualización

Se generan dentro de los cambios en las sociedades industrializadas actuales. En éstas se desarrollan un menor control social. Esto hace que se pueda llevar una toma de decisiones más personales en todos los ámbitos de la vida y con los estilos de vida. Generándose sociedades de individuos cada vez con más autonomía pero también mayor incertidumbre. Beck-Beck-Gernsheim (2003) hablan de autonomías de biografías individuales elegidas frente a las biografías normales-estandarizadas, donde el concepto de individualización se aborda como individualismo institucionalizado. Las instituciones cardinales de la sociedad moderna –los derechos civiles, políticos y sociales básicos, pero también el empleo remunerado y la formación y la movilidad que este conlleva – están orientados hacia el individuo y no al grupo.

Estos procesos de individualización tienen repercusiones en los individuos de forma particular, pero también en las instituciones como la familia y los Estados de Bienestar.

Sobre los individuos hace que las personas tomen decisiones sobre sus proyectos vitales. Donde ya no se considera que hay que hacer ‘lo normal’, si te quedas viuda/o, lo normalizado era irse a vivir con la hija, pues si se tira de estadísticas podremos ver que hay un cambio de opciones hacia seguir viviendo en su vivienda sola/o, mientras se encuentren autónomos como así lo desarrolla Doblas (2005 y 2013) en su estudio sobre Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Expone *‘Las formas de vida que se adoptan tras enviudar reflejan la modernización social a la que tiende, de modo silencioso y quizás inadvertido, la vejez española’*. Las personas mayores están rompiendo con actitudes y con comportamientos respecto a la familia y a la sociedad que estaban sumamente arraigados en la cultura de la viudedad. Lo moderno (el deseo de ser libres, independientes y autónomas), toma el relevo de lo tradicional (la búsqueda de protección material en la familia tras desaparecer el cónyuge). Se transforman los hábitos y la mentalidad porque, en el seno de una sociedad cada vez más permisiva, la viudedad deja atrás su aspecto negativo para adoptar unas Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

pautas modernas en las que prima la voluntad de los individuos. Si en el pasado enviudar representaba para muchas personas la antesala de su propia muerte, en la actualidad se concibe como el tránsito hacia otra etapa más de la vida, que quizás se extienda durante décadas.

La opción de tener que estar casados, cada vez es una opción más, pues lo que se está incrementado, los hogares unipersonales situándose en 2013 en un 24,2 %. En 2014 había 4.412.000 hogares de los cuales 1.805.600 eran personas mayores de 65 años

Pero también estos procesos tienen relación con las trayectorias, formativas, laborales.. Detrás de los principales cambios que se han producido en la vida familiar, están el cambio en el rol social de las mujeres, la regulación de los momentos y del número de hijos. La desaparición de la familia patriarcal, la aparición de nuevas formas familiares, se habla no de una familia, sino de familias en plural. Y no desaparece la familia como institución, sino que se reestructura emergiendo la familia negociadora, que requiere más esfuerzos para su mantenimiento.

Los Estados de Bienestar también influyen en los procesos de pueden favorecer los procesos de individualización y a su han de reestructurarse para hacer frente a los nuevos cambios.

Como consecuencia de estos procesos, podrían generarse una reducción de las familias y de sus redes de apoyo individuales. Por ello se está trabajando en el análisis de este tema y apareciendo diferentes líneas para su abordaje. Que van desde la promoción del envejecimiento activo, hasta la el avance de la solidaridad inter-generacional. Estudios y líneas de trabajo actuales plantean que la solidaridad familiar está cambiando, adaptándose, se está negociando-reestructurando, puede quedar mermada no ha desaparecido. Meil (2011) sintetiza los principales puntos de estas investigaciones, donde se exponen estas nuevas estrategias de las familias para mantener las relaciones de solidaridad: 1. Los hijos emancipados y sus padres mayores viven cerca unos de otros, tienen contacto frecuente y se apoyan mutuamente a través de distintos tipos de ayuda. 2. Las transferencias financieras y las ayudas que se prestan continúan siendo frecuentes e importantes de forma inter-generacional en ambos sentidos. 3. Transferencias financieras en vida y tras la muerte con las herencias.

La sociabilidad familiar sigue siendo intensa a lo largo del ciclo familiar y, en la medida en que no pierda su importancia, la red familiar próxima seguirá funcionando como 'capital social' de reserva en casos de necesidad, si bien actuando como recurso alternativo, complementario o de última instancia allí donde no llega el mercado ni el sistema de protección social. No obstante, las personas deben invertir tiempo y esfuerzo en mantener viva la sociabilidad familiar, así como en garantizar que las relaciones que se establecen sean satisfactorias. Del mismo modo que la industrialización no ha destruido la familia, sino que se han reestructurado y redefinido la multitud de relaciones y significados que se recogen bajo el significante familia, tampoco puede afirmarse que los cambios socioeconómicos actuales resumidos en la tesis de la individualización estén destruyendo la solidaridad familiar

2. CUIDADOS

Las personas necesitan cuidados a lo largo de su ciclo vital y de forma especial en diferentes momentos o circunstancias como son la infancia, la vejez, la enfermedad-crónica, o la discapacidad. Cabe decir que es un concepto muy extenso y complejo de analizar por las diferentes variables desde las que se pueden analizar y por ello definir. En las últimas décadas está tomando un papel destacado pues incorpora una perspectiva más cualitativa y cálida que la mera atención material. El concepto de cuidado comprende todas aquellas actividades que se realizan para el bienestar físico, pero también tareas tendentes hacia el bienestar psíquico y emocional de las personas. Lo que supone medios materiales, pero también emocionales. Aspectos que hasta ahora no se percibían como elementos objeto de estudio y medición.

Con los procesos de individualización que se ha expuesto antes se empiezan a considerarlos. Cuando queda el vacío de cuidados en una familia, es cuando se evidencian las necesidades de estos y costos directos e indirectos. Los cuidados empiezan a ser considerados 'sociales' y por tanto a tenerse en cuenta a la hora de los diseños de las políticas sociales. En ese sentido lo analizan Daly, M. y Lewis, J. (1998) han elaborado el concepto de cuidado social, con el propósito de articular sus dimensiones de trabajo, responsabilidad y costes: tanto económicos como físicos y emocionales. El modelo analítico que proponen se basa en la doble perspectiva del nivel macro: instituciones y el micro: actores, personas. Con tres unidades de análisis conceptual, empírico y trayectorias de cambio, donde se analizan desde perspectivas macro y micro. A nivel macro se plantean División de la atención: Mano de obra, responsabilidad y costo para niños y personas mayores o enfermos adultos entre el Estado, el mercado, familia y comunidad. El cuidado infraestructura: Servicios y dinero en efectivo. La distribución de suministro entre los sectores. Y más o menos: Estado. Mercado. Familia. Comunidad. Y desde la perspectiva micro, División de la atención (Mano de obra, responsabilidad y costo) para niños y personas mayores o enfermos adultos entre el Estado, el mercado, familia y comunidad. ¿Quién realiza los cuidados?. ¿Quién es el destinatario de cualquier beneficio y servicios que son disponible? ¿Qué tipo de relaciones existir entre el cuidador y el receptor? ¿Bajo qué condiciones económica, social y normativa son llevados a cabo los cuidados?

La actividad económica los patrones de las mujeres de edad cuidado. Una alteración en la distribución de actividad de cuidar. Una alteración en la identidad de los cuidadores. Una alteración en el condiciones bajo que cuidar es llevado a cabo y de la naturaleza del estado de papel en ella. Una alteración en las relaciones entre cuidador y receptor

El concepto de cuidado social (Tobio, 2010) incorpora, además, una perspectiva de cambio histórico, ya que tanto en el ámbito micro como en el macro se están produciendo en los últimos años transformaciones en las modalidades de cuidado, así como en las expectativas acerca de quién debe cuidar y cómo. Este enfoque tiene, entre otros aspectos, el interés de situar la problemática del

cuidado en el centro de la discusión acerca del Estado del bienestar y los procesos de reestructuración que está experimentando en la actualidad.

3. CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La noción de cuidados de larga duración se utiliza de forma muy extensa internacionalmente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. Podríamos decir que en España equivaldría a la atención de las situaciones de dependencia.

Los cuidados de larga duración se diferencian fundamentalmente de los cuidados agudos y de las tradicionales intervenciones sanitarias en que su finalidad no es curar o sanar una enfermedad, sus objetivos se centran en favorecer la mayor calidad de vida posible. Minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico y/o mental. Favorecer que la persona dependiente alcance y mantenga un nivel de funcionamiento lo más óptimo posible. Permitir vivir lo más independientemente posible. Ayudar a las personas a completar las tareas esenciales de la vida diaria. Mantener al máximo los limitados niveles de función, salud, y bienestar mental y social.

Por cuidados de larga duración suele considerarse los cuidados que se prestan durante más de tres meses de forma continuada.

La expresión servicios de cuidados a largo plazo, se refiere a la organización y prestación de una amplia gama de servicios y asistencia a las personas que están limitados en su capacidad para funcionar de forma independiente sobre una base diaria a través de un periodo de tiempo amplio (más de tres meses).

Hay dos componentes complementarios de esta definición: el cuidado continuo durante un largo período de tiempo, y segundo el cuidado es generalmente proporcionado como un programa integrado a través de componentes de servicio. Los servicios pueden ser proporcionado en una variedad de escenarios, incluyendo institucional, residencial o la atención domiciliaria.

Cuando se habla de cuidados de larga duración se habla de dos sistemas de bienestar por un lado el sistema de salud y por otro el de servicios sociales.

La relación entre ambos depende de los desarrollos y de las culturas de bienestar que tengan los estados.

El desarrollo de este concepto está unido al aumento del envejecimiento de la población, y de los planteamientos de sostenibilidad de los Sistemas de Bienestar. En España los dos sistemas han tenido desarrollos muy desiguales, lo que está haciendo que el encuentro de los mismos se hace complejo. En el libro blanco de la Dependencia se hablaba de dos modelos de abordar el tema, uno Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

que se le denominó coordinación socio-sanitaria, donde los dos sistemas mantenían sus estructuras, y se buscan momentos y elementos de consenso para la consecución de sus objetivos. Y el otro denominado espacio socio-sanitario en el que se ve la necesidad de crear un nuevo sistema como la fusión de los dos sanitario y social. En España se optó por el primero la coordinación socio-sanitaria, pues se vio la fórmula menos compleja.

La coordinación aún está en proceso de desarrollo pues es a partir de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) cuando se plantean la definición del modelo, prestaciones, etc. Que aún no ha terminado de cerrarse. El tema se complica al tener un diseño estatal y un desarrollo autonómico. Hay que decir que si bien hay unos sistemas autonómicos muy similares también existen diferencias. Sin contar que los dos sistemas han tenido un desarrollo y tienen tradiciones diferentes. El sistema sanitario está muy valorado y muy considerado a todos los niveles incluso el presupuestario. Cosa que no se puede decir del sistema de servicios, que aún hay quien duda de la existencia de un sistema o de su supervivencia tras la situación de recortes presupuestarios.

Dentro de los cuidados de larga duración los cuidadores se contemplan como prestadores de cuidados pero también como objeto de atención, por las consecuencias derivadas de los cuidados.

También es interesante resaltar que este concepto está unido a otros, tales como la continuidad de cuidados y la atención socio-sanitaria. Este último concepto en España está definido en la ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud y se refiere a ella como aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que 'la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes'.

Aunque dicho concepto ha ido evolucionando, ha permanecido asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente dependencia y enfermedades generalmente crónicas (a veces causantes propiamente de la situación de dependencia) y que tengan necesidad de cuidados personales y sanitarios al mismo tiempo (LBCSS, 2011).

De las estadísticas de salud de la OCDE, los registros de gasto total en salud y LTC social en 17 países de la UE, que van desde el 3,7% del PIB en los Países Bajos y el 3,6% en Suecia al 0,0% del PIB en Grecia. Dinamarca, al no tener datos comparables para LTC sociales, ocupa el tercero por la OCDE, pero Finlandia ocupa el cuarto, quinto Bélgica y Francia sexto.

También han de considerarse los cuidados informales de cuidados, que conforman una parte esencial de la atención.

Cada vez más se contemplan a los cuidadores y el movimiento asociativo como elementos a tener en cuenta a la hora del análisis y de los diseños de las políticas de cuidados de larga duración.

Cuadro 1. Diferencia de los recursos sanitarios y sociales por países OCDE

| |
|----------|
| Hungary |
| Estonia |
| Portugal |
| Greece |

Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Proveedores de los cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración son proporcionados por cuidadores formales y/o informales, tema en el que profundizaremos más adelante. El término cuidador hace referencia a cualquier persona que proporciona asistencia a alguien que tiene algún grado de dependencia. Los cuidadores formales son proveedores de cuidados que reciben una retribución económica por suministrar los cuidados. Están asociados a un sistema de servicio organizado como las organizaciones gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales locales, nacionales o internacionales u organizaciones con ánimo de lucro. Tienen cualificación profesional para la práctica de la asistencia y entre ellos se encuentran los profesionales sanitarios (enfermeras y médicos) y sociales (trabajadores sociales). Proporcionan en general servicios de cuidado personal, visitas de enfermería y tareas del hogar.

Por su parte, los cuidadores informales son aquellas personas que: Dispensan cuidados sin percibir compensación económica por realizar esta tarea. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. No poseen formación formal para

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

suministrar los cuidados ni tampoco sobre las necesidades físicas y/o mentales que provocan la enfermedad/discapacidad. En los dos aspectos anteriores, tal como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), se está observando en los últimos años un aumento en la cantidad de información y formación de los cuidadores informales en determinados países y se ha procedido a implantar algunas formas de pago para este trabajo. Pertenecen al entorno próximo de la persona dependiente como son los miembros de la familia nuclear y extensa, vecinos y amigos. Se implican en actividades de cuidado y de atención a las necesidades. Ayudan de forma regular y continua a la persona dependiente, normalmente durante todo el día.

Las personas receptoras de los Cuidados de Larga Duración

Se puede decir que son aquellas personas que tienen alguna limitación para el desarrollo de una vida normalizada. Pero la concreción de las personas objeto de cuidados pasa por la definición de los modelos, y de las definiciones de cada sistema y de las coordinaciones entre sistemas.

Como punto de partida, pues aún no está cerrado ni concluso, el Libro Blanco de la Coordinación Socio-Sanitaria expone que los perfiles del paciente socio-sanitario, son: 1) Anciano frágil con pluripatología o enfermedad crónica que desarrolla una incapacidad funcional temporal o definitiva. 2) Personas adultas, que tras un episodio clínico agudo, presentan disminución de las capacidades funcionales y precisan tratamiento de rehabilitación, con enfermedad crónica avanzada o, con descompensación de la misma, que precisan convalecencia con el fin de alcanzar la estabilización clínica. 3) Personas con enfermedades en situación clínica de enfermedad terminal que precisan cuidados paliativos. 4) personas con trastornos cognitivos sobrevenidos o degenerativos que precisan atención para la recuperación total o parcial de su déficit cognitivo o para retrasar el deterioro irreversible. Y especial atención las personas mayores, por reunir características específicas y poseer una serie de particularidades en el modo de enfermar y en sus necesidades de asistencia sanitaria y social.

En general entre una de cada tres y una de cada cuatro familias españolas está afectada por el problema de la dependencia; siendo la causa más frecuente de esta la edad-vejez acompañada de enfermedades físicas o psíquicas.

En nuestro país, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios). Un 40% de las consultas las realiza la población mayor de edad, que además es la que necesita mayores cuidados continuados y más recursos sociales. El 50% de las camas de nuestra red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico supone casi el 50% del gasto total.

Las personas con enfermedades crónicas, las personas con discapacidad (LBCSS, 2011).

En el LBCSS no se hace referencia a las dependencias a sustancias, grupos excluidos, etc.

Los CLD van a depender del grado o extensión de los cuidados, la situación de la vivienda, sus ingresos económicos, si lo prestan mujeres u hombres, si estos trabajan o no, si viven en una zona urbana o rural..

Tipología de cuidados de Larga Duración

Implican una amplia gama de servicios, tanto sanitarios como sociales. En la actualidad nos puede servir como referencia los servicios desarrollados en el catalogo de servicios del sistema de dependencia, donde se prevén tanto servicios como prestaciones económicas de distinto tipo vinculadas al servicio, para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, y de asistencia personal. Estos son:

Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal

Teleasistencia

Ayuda a domicilio:

Atención de las necesidades del hogar.

Cuidados personales

Centros de día y de noche con distintas modalidades:

Centro de día para mayores

Centro de día para menores de 65 años

Centro de día de atención especializada

Centro de noche

Atención residencial:

Residencia de personas mayores en situación de dependencia

Centro de atención a personas en situación de dependencia, según los distintos tipos de discapacidad

Estos servicios se prestan través de la red de servicios sociales que está formada por:

Centros públicos de comunidades autónomas y entidades locales

Centros estatales de promoción de la autonomía personal y atención de las situaciones de dependencia

Centros privados concertados debidamente acreditados

Pero también se pueden ofrecer desde la red pública de servicios sociales, servicios de apoyo a las familias, servicios de mediación, ayudas técnicas, transporte, adaptaciones para el hogar...

4. EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACION

Se siguen los datos publicados del Sistema de atención a la dependencia SAAD, se analizan dos momentos 2011 y 2015. Estableciendo pautas de cambios.

Con datos de prestaciones del SAAD 2011 de este año la prestación más desarrollada fue la prestación económica por cuidados familiares, que se da a los familiares que cuidan en casa a la persona dependiente como se muestra en el cuadro siguiente y que fueron 384.985 personas perceptoras (48%). Seguido de la atención residencial con un 15% y un 11% la ayuda a domicilio. Y si observamos los datos en 2015 se que efectivamente sigue siendo la prestación más desarrollada y que en este caso ha disminuido, pues a primeros de noviembre fueron 358.886 (36,21%), pero se han incrementado, teleasistencia, la ayuda a domicilio siendo un total de 146.556 (14,79%) y la atención en centros de día. Pero también la atención residencial que supone un 15,01% (148.781). Por comunidades autónomas con un mayor ratio fue Cataluña con 1,44 y la menor Islas baleares con 1,01.

Cuadro 2. Datos de prestaciones del SAAD 2011

| |
|------------------------|
| Comunitat Valenciana |
| Extremadura |
| Galicia |
| Madrid (Comunidad de) |
| Murcia (Región de) |
| Navarra (Comunidad de) |
| País Vasco |
| La Rioja |
| Ceuta y Melilla |
| TOTAL |

<http://www.dependencia.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/acuerdo2011010.pdf>

Cuadro 3: Prestaciones del SAAD noviembre 2015

http://www.dependencia.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/im_101843.pdf

Por lo que podemos ver hay una tendencia hacia la atención de cuidados en el hogar.

Es una tendencia que ocurre en otros países europeos como se puede ver en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Receptores de CLD en el hogar todas las edades

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| Germany | 1 524 112 | 1 635 480 | 1 677 253 | 1 703 833 | 1 772 866 | 1 853 895 | .. |
| Norway | 140 962 | 146 571 | 146 422 | 150 437 | 153 090 | 154 089 | |
| Portugal | .. | 3 551 | 5 331 | 9 231 | 10 076 | 13 804 | 15 761 |
| Spain | .. | 379 564 | 520 521 | 570 321 | 578 613 | 567 351 | 742 461 |

Cuadro 5. Receptores de LTC en el hogar de 80 y más años de edad

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Germany | 703 816 | 747 149 | 770 889 | 812 313 | 849 917 | 890 936 | |
| Norway | 59 504 | 60 651 | 60 975 | 62 169 | 62 155 | 62 254 | |
| Portugal | .. | 1 592 | 2 112 | 3 564 | 4 820 | 6 137 | 7 709 |
| Spain | .. | 203 928 | 278 859 | 299 696 | 306 253 | 296 775 | 396 547 |

OCDE: Estadísticas 2013 <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-data.htm>

Y en relación a los porcentajes de los cuidados prestados por instituciones y los recibidos en casa, se puede apreciar en el siguiente cuadro que la proporción de los cuidados en casa es muy significativa en todos los países representados de la OCDE

Cuadro 6. Población de 65 años y más que reciben atención a largo plazo, 2011

| |
|----------|
| Italy |
| Ireland |
| Slovak R |
| Poland |

OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Repercusiones sobre los cuidados informales

El aumento de los cuidados en el ámbito del hogar, puede explicarse, bien por el contexto coyuntura de crisis, que ha hecho que muchos mayores acojan a los hijos para que les cuiden y les proporcionan ingresos básicos para vivir. Y por otra por las características de las personas mayores y de los recursos ofertados. Las personas mayores prefieren los cuidados en casa realizados en un entorno para ellos cálido, y proporcionados por personas que conocen.

La solidaridad familiar se está transformando como ya expreso anteriormente, pero se mantiene. Lo que si se ponía de manifiesto es que las familias necesitaban apoyo. Este apoyo viene para desarrollar estas tareas de cuidado sin sobrecargas. Dado que esta recae sobre la salud del cuidador, generando a su necesidades de atención fundamentalmente sanitaria, pero también psicológica y social. Elemento también a tener en cuenta.

Se hace necesario un mayor conocimiento de los cuidadores y la valoración de estos, un desarrollo extenso lo hace Yanguas (2007).

El contexto coyuntural de crisis profunda que hemos pasado, y que a día de hoy no sabemos, cuanto le queda. Y por otra el incremento del envejecimiento de la población en Europa. Está haciendo a nivel europeo se den recomendaciones para afrontar los crecientes retos en relación a las personas en situación de dependencia y los CLD.

En un informe de la UE 2014, hace referencia a diferentes elementos que han de tener en cuenta los diferentes países miembros. Entre otras hace referencia a la perspectiva de género, en tanto que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, que la mayoría de los receptores de cuidados de larga duración son mujeres. Pero también que la gran mayoría de ambos cuidadores formales e informales son mujeres. Si se formalizan los CLD pueden ser una oportunidad de trabajo, pero también un coste de oportunidad para las mujeres en edad laboral.

En el contexto del método abierto de coordinación, la UE plantea los siguientes objetivos comunes:

Garantizar el acceso de todos a la atención de la salud y de largo plazo adecuado y asegurarse de que la necesidad de cuidados no conduzca a la pobreza y la dependencia financiera. Abordar las injusticias en el acceso a la atención y en los resultados de salud.

Promover la calidad en el cuidado de la salud y de largo plazo y adaptar la atención a las necesidades y preferencias de la sociedad y los individuos que cambian, en particular mediante el establecimiento de normas de calidad que reflejen las mejores prácticas internacionales y reforzando la responsabilidad de los profesionales sanitarios y de los pacientes y los beneficiarios de los cuidados.

Asegúrese de que la salud adecuados y de calidad y la atención a largo plazo sigue siendo asequible y sostenible mediante la promoción de estilos de vida saludables y activos, buenos recursos humanos para el sector asistencial y un uso racional de los recursos, especialmente a través de incentivos apropiados para usuarios y proveedores, el buen gobierno y la coordinación entre los sistemas y las instituciones de atención.

Y también se sugiere prioridades: evitar que las personas se conviertan en dependientes de la atención de los demás, mediante la promoción de estilos de vida saludables y la lucha contra las principales causas de la dependencia. Mejorar la comprensión y el conocimiento de la vía desde la salud a la fragilidad y la discapacidad, y la identificación de factores de riesgo en una fase temprana. Mejorar la atención para la rehabilitación de personas cuya salud y fitness están deteriorados. Utilizar la tecnología para eliminar los obstáculos a la vida independiente. La creación de entornos más amigables con los mayores para facilitar la vida independiente de las personas con problemas de salud; y la mejora de la eficiencia de los servicios de atención a largo plazo, mediante una mayor coordinación de la atención, el aumento de la productividad de los servicios, la mejora de la contratación y retención de la fuerza de trabajo de atención a largo plazo, mejorar el apoyo a los cuidadores familiares y lo que es más fácil para ellos para conciliar familia y cuidar responsabilidades.

Bibliografía:

Bauman, Zygmunt (2003) *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Beck Ulrich (1994), *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós

Beck–Beck-Gernsheim (2003) *La individualización*. Barcelona: Paidós

Constanza Tobío, M.^a Silveria Agulló Tomás, M.^a Victoria Gómez y M.^a Teresa Martín Palomo(2010) *2010El cuidado de las personas Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación la Caixa

Daly, M. y Lewis, J. (1998): «Introduction: conceptualising social care in the context of welfare state restructuring in Europe», en J. LEWIS (ed.): *Gender social care and welfare state restructuring in Europe*, Ashgate: Aldershot.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

Daly, M. y Lewis, J. (2000) *British Journal of Sociology* Vol. No. 51 Edición N° 2 (junio de 2000) pp. 281-298

Esping-Andersen, G. (2000) *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel

(coordinador) (2013) *El déficit de natalidad en Europa La singularidad del caso español*. Colección Estudios Social. Núm. 36. Barcelona: Fundación La Caixa. Recuperado de https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol36_es.pdf

IMSERSO (2004) *Cuidados de larga duración a cargo de la familia. el apoyo informal*. Capítulo III del libro *Blanco de la dependencia* Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

(2011) *Libro Blanco de la Coordinación Socio-sanitaria*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

(2016) *Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos*. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>

INE (2014) *boletín informativo nacional de estadísticas cifras-INE 7-2-14*

López Doblas, J. (2005) *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: Imsero

(2013) *La modernización social de la vejez*. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol.71, n° 1, Enero-Abril, 65-89, 2013. DOI:10.3989/ris.2011.04.26 RIS Recuperado de <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/483/504>

Meil, G. (2011) *Individualización y solidaridad familiar* *Obra Social La Caixa*. Recuperado en : http://www.publicacionestecnicas.com/lacaixa/individualizacion/files/32_es/descargas/32_es.pdf

Moreno, L.(2010). *Reformas de las Políticas de bienestar: Contexto y nuevos Riesgos sociales*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP), CCHS-CSIC, Documento de trabajo, Número 19. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10261/28912>

OECD (2013) *Health Statistics 2013*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

OMS (2000) *Informe de un Grupo de Estudio de la OMS Organización Mundial de la Salud* Ginebra 2000 Biblioteca de la OMS Catalogación en la Publicación de Datos OMS Grupo de Estudio sobre basado en los cuidados en el hogar.

OCDE: *Estadísticas 2013* <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-data.htm>

Tobío, C.; Agulló, M. S.; Gómez, M. V. Y Martín Palomo, M. T. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. *Obra Social, Fundación La Caixa, Colección Estudios Sociales*, n° 28.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

UE (2014) Documento de trabajo. Preface by the working group on age of the social protection committee dealing with long-term care UE 2014 Recuperado de

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf

UE(2014) Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the

European Commission services. Recuperado de

http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev_20140618_co04_en.pdf

Yanguas, J.J. (2007) Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. IMSERSO.

Recuperado de

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/21011alzheimer.pdf>