

PANORAMA SOCIAL

2

DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA PERSONAL: DILEMAS Y COMPROMISOS



8

A DEBATE

El cuidado social en Europa. La dependencia y el estado del bienestar en España. Los cuidados a ancianos y enfermos terminales

VOCES A CONTRACORRIENTE

El Foro de Vida Independiente

98

102

ACTUALIDAD SOCIAL

La inmigración desde la perspectiva de los inmigrantes

NOTICIAS DEL TERCER SECTOR

Cruz Roja Española: nuevas tecnologías y autonomía personal

144

150

CAJAS DE AHORROS

El apoyo a las personas dependientes y la inclusión social y financiera de los inmigrantes. Nuevas iniciativas de obra social



FUNCAS

SEGUNDO SEMESTRE. 2005

PANORAMA SOCIAL

2

DEPENDENCIA Y
AUTONOMIA PERSONAL:
DILEMAS Y COMPROMISOS



FUNCAS



FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

PATRONATO

JUAN R. QUINTÁS SEOANE (*Presidente*)
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN (*Secretario*)
JOSÉ MARÍA BUENO LIDÓN
JULIO FERNÁNDEZ GAYOSO
ALEIX GIMBERNAT MARTÍ
ROBERTO LÓPEZ ABAD
ANTONIO MARTÍN JIMÉNEZ
JESÚS MEDINA OCAÑA
PERE RIFÀ PUJOL
ATILANO SOTO RÁBANOS

PRESIDENTE DE HONOR

ENRIQUE FUENTES QUINTANA

PANORAMA SOCIAL

Número 2. Segundo semestre. 2005

CONSEJO DE REDACCIÓN

VICTORIO VALLE (*Director*)
ELISA CHULIÁ RODRIGO (*Secretaria*)
FRANCISCO ALVIRA MARTÍN
JOSÉ ANTONIO ANTÓN PÉREZ
CARLOS BALADO GARCÍA
JOSÉ GARCÍA LÓPEZ
FERNANDO GONZÁLEZ OLIVARES
VÍCTOR PÉREZ-DÍAZ

PEDIDOS E INFORMACIÓN

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.
Teléfono: 91 596 54 81
Fax: 91 596 57 96
Correo electrónico: suscrip@funcas.es

Printed in Spain

Edita: FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS (FUNCAS)
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.

© FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, offset o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISSN: 1699-6852

Depósito legal: M-23-401-2005

Diseño de Portada: BRAVO LOFISH DISEÑO GRÁFICO

Preimpresión: VERSAL COMPOSICIÓN, S.L.

Imprime: RAIZ TÉCNICAS GRÁFICAS, S.L.

Índice

5 | PRESENTACIÓN

A DEBATE

8 | Hacia un mayor cuidado público: cambios en las relaciones y las políticas públicas de cuidado a las personas dependientes
ANNELI ANTTONEN

21 | La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado del bienestar en España
GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO

34 | La atención a las personas en situación de dependencia en España: una aproximación crítica al *Libro Blanco de la Dependencia*
MARGARITA LEÓN

45 | Mayores y dependencia en una sociedad muy envejecida: el caso de Asturias
JOSÉ MARÍA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL ARENAS, MARÍA TERESA BAZO, MANUEL FONSECA Y ANA MARTA GUILLÉN

63 | Nuevas iniciativas en la provisión de cuidados a las personas mayores
El cheque asistencial de la Comunidad Autónoma de Galicia
CARLA RODRÍGUEZ GARCÍA

72 | La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares
RICARDO CUBEDO

86 | El cuidado de ancianos: un vínculo entre la inmigración y el envejecimiento
RAQUEL MARTÍNEZ BUJÁN

VOCES A CONTRACORRIENTE

98 | Javier Romañach y el Foro de Vida Independiente

LA INMIGRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INMIGRANTES

102 | ¿Qué ofrece España a los inmigrantes? Factores de atracción de la inmigración
CARMEN GONZÁLEZ ENRÍQUEZ

-
- 112 | La situación laboral de los inmigrantes: ¿una nueva paradoja de la satisfacción?
SEBASTIÁN RINKEN
-
- 129 | La religiosidad de los inmigrantes musulmanes
Marroquíes en Madrid, turcos en Berlín y bengalíes en Londres
BERTA ÁLVAREZ-MIRANDA
-
- NOTICIAS DEL TERCER SECTOR
-
- 144 | El apoyo de Cruz Roja a las personas dependientes y las familias cuidadoras
La utilización de las nuevas tecnologías en beneficio de la autonomía personal
CARLOS CAPATAZ GORDILLO
-
- LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LAS CAJAS DE AHORROS
-
- 150 | Las personas en situación de dependencia. La visión desde Bilbao Bizkaia Kutxa
XABIER DE IRALA ESTÉVEZ
-
- 151 | Las cajas de ahorros ante la inmigración
CARLOS EGEA KRAUEL
-
- 161 | *Tú eliges, tú decides*: una iniciativa de Caja Navarra que hace protagonistas a los clientes
ENRIQUE GOÑI BELTRÁN DE GARIZUETA

Presentación

LA Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS) comparte con otras instituciones privadas y públicas españolas el interés por poner de relieve y discutir las cuestiones que plantea –o quizá mejor replantea– el creciente peso de la vejez en nuestro país y muchos otros de su entorno. Se ha señalado con acierto que, en la medida en que este fenómeno demográfico implica el aumento de la esperanza de vida, merece ser celebrado. Pero, como todo éxito, también éste sitúa a sus protagonistas, en este caso a las sociedades y los estados, ante nuevas exigencias. Entre ellas, una de las más destacables se deriva del incremento de las personas que precisan cuidados de otros para el desarrollo de su vida cotidiana. Aunque la dependencia no afecta sólo a los ancianos, el hecho de que el grueso de las personas dependientes se localice en los grupos de edad más avanzada confiere a esta cuestión una particular significación y urgencia.

Ayudar a sus miembros dependientes ha representado tradicionalmente una de las principales responsabilidades de la familia. Sin embargo, tanto por las dimensiones que está adquiriendo, y va adquiriendo, el colectivo de personas con necesidades de cuidado, como por los cambios en las pautas familiares que se vienen desarrollando desde hace unas décadas, las capacidades de las familias para asumir esta responsabilidad con la dedicación acostumbrada y deseada decrecen. Ante esta contingencia, los gobiernos se enfrentan al dilema de mejorar las prestaciones de cuidado a los dependientes y reforzar este “cuarto pilar del estado del bienestar” (junto a los otros tres, constituidos por las pensiones, la sanidad y la educación) en un contexto en el que la buena marcha de la economía y

los compromisos europeos exigen la contención del gasto público y el equilibrio de las cuentas del estado. En España, el gobierno ha expresado su voluntad de presentar, antes de concluir el año 2005, un proyecto de ley de autonomía personal que introduzca nuevas medidas de apoyo a quienes se encuentran en situación de dependencia y a quienes les cuidan. Como base para la elaboración de esta norma, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales publicó en diciembre de 2004 el *Libro Blanco de la Dependencia*.

La dependencia y la protección social que ella requiere es el tema principal de este nuevo número de la revista *Panorama Social*, de FUNCAS. Con el propósito de ofrecer una perspectiva amplia y variada se ha invitado a reconocidos expertos a exponer distintas dimensiones y enfoques sobre esta cuestión.

Así, **Anneli Anttonen** analiza en su artículo el proceso por el cual la cuestión de prestar cuidados a las personas que los precisan, especialmente niños y ancianos, se ha ido emancipando de su tradicional ámbito privado hasta transformarse en un tema público. Aun cuando los estados están diseñando y aplicando medidas diversas en respuesta a las demandas de mayor protección a los dependientes, la autora observa una tendencia generalizada a la combinación de recursos públicos y privados que consolida un modelo de economía mixta del cuidado social. Para los estados del bienestar nórdicos, con una tradición de servicios públicos de aplicación universal, ello supone reconducir parcialmente la oferta mediante iniciativas de privatización; en cambio, para los de Europa del Sur, cuyos esquemas de protección pública a la dependencia se hallan escasamente desarrollados,

ello significa una mayor intervención estatal en la provisión de servicios de cuidado que, no obstante, no desplace la prestación privada de éstos.

Cómo organizar el campo de protección a la dependencia en España es una de las preguntas que se plantea **Gregorio Rodríguez Cabrero**. Su artículo aporta mucha información sobre el variado grupo de las personas en situación de dependencia, los diferentes modelos de protección que se han ido fraguando en Europa y la gestión y financiación de un sistema nacional de dependencia como el que propone el *Libro Blanco*. Sobre este documento aporta **Margarita León** un comentario crítico en el que, tras analizar el protagonismo que está adquiriendo la protección a la dependencia en los procesos de reforma de los estados del bienestar, subraya el encaje que tiene la propuesta incluida en este informe técnico con la tradición del estado del bienestar español.

La importancia de contar con datos precisos sobre las personas dependientes y, por tanto, potencialmente beneficiarias de prestaciones sociales, y la complejidad que entraña recoger esa información quedan bien claras en el artículo de **José María García, José Miguel Arenas, María Teresa Bazo, Manuel Fonseca y Ana Guillén**. En él exponen con detalle la situación de los mayores en Asturias, una comunidad autónoma con una de las poblaciones más envejecidas de toda España. Una vez más, este artículo subraya el escaso apoyo público que reciben los mayores dependientes y la carga que asumen sus familias, especialmente las mujeres, en su cuidado.

Con todo, la escasez no es el único rasgo característico de la protección que el estado español presta a sus ciudadanos físicamente más vulnerables. A él hay que añadir el de la desigualdad territorial. En efecto, el grado de apoyo de las instituciones públicas depende, en última instancia, de la comunidad autónoma en la que residan los afectados por los problemas de dependencia. Las comunidades autónomas, cuya competencia en materia de servicios sociales reconoce la Constitución Española, han diseñado diferentes programas de ayuda y destinado distintas cantidades de recursos para la protección de la dependencia. Sucede así que, en función del lugar de residencia, un ciudadano español tiene acceso a más o menos prestaciones, o a servicios de uno u otro tipo. **Carla Rodríguez** presenta en su artículo uno de estos programas específicos de apoyo a las personas dependientes y sus familias: el cheque asistencial lanzado recientemente en Galicia.

El protagonismo de las familias, y en especial de las mujeres, la combinación de recursos institucionales privados y públicos en la oferta de servicios de cuidado a las personas en situación de dependencia, y las asimetrías territoriales destacan, de nuevo, en el artículo de **Ricardo Cubedo**. El autor centra su atención en un grupo muy concreto de personas dependientes, el de los enfermos terminales, y analiza los datos de la experiencia del área sanitaria 6 de Madrid, resaltando la insuficiente cobertura de los servicios de cuidados paliativos y la creciente demanda que se está generando en este ámbito.

El artículo de **Raquel Martínez Buján** establece el vínculo entre el tema de la dependencia y el de la inmigración, al que también este número de *Panorama Social* presta especial atención. La autora explica cómo el cuidado de los ancianos se ha convertido en un yacimiento de empleo para los inmigrantes, especialmente para las mujeres iberoamericanas, de tal forma que el modo en el que muchas familias españolas están resolviendo el problema del cuidado a sus miembros dependientes refuerza el particular modelo de migración español que se ha ido configurando en estos años.

Antes de concluir el apartado dedicado a la dependencia y pasar al de la inmigración, el lector podrá encontrar una entrevista que inaugura una nueva sección de la revista. La sección "Voces a contracorriente" pretende recoger, a partir de este número, los puntos de vista de personas que lideran grupos u organizaciones con visiones distintas de las predominantes en el debate público. En este caso, la sección recoge una entrevista con **Javier Romañach**, miembro fundador del Foro de Vida Independiente, que, desde una situación habitualmente definida como de discapacidad, pero que él prefiere denominar de "diversidad funcional", propone un planteamiento que hace hincapié en la autonomía y las capacidades de las personas, en lugar de en sus limitaciones.

El interés de los artículos sobre inmigración que incluye este número de *Panorama Social* reside en que introducen en la discusión una perspectiva que no ha sido la más común en los estudios sobre este tema: la de los propios inmigrantes. En efecto, los tres artículos se han elaborado sobre datos cualitativos y cuantitativos provistos por inmigrantes. Mientras que **Carmen González** reflexiona sobre lo que a los inmigrantes les atrae de España, **Sebastián Rinken** expone sus opiniones sobre el trabajo que llevan a cabo en nuestro país y el grado de satisfacción que éste les procura.

Finalmente, **Berta Álvarez-Miranda** ofrece una descripción pormenorizada de la religiosidad de los inmigrantes musulmanes en tres sociedades europeas, utilizando datos de sendas encuestas representativas a inmigrantes realizadas en Madrid, Londres y Berlín. Si no disponíamos ya de suficientes razones para conocer los deseos, las inquietudes y preocupaciones, los hábitos y las prácticas de conducta de los inmigrantes, la gravedad de las recientes revueltas sociales en Francia, en las que la falta de integración y el hastío de los inmigrantes jóvenes se vislumbran como motivos importantes, sugiere el interés y el valor de analizar la inmigración no sólo desde el punto de vista de las sociedades de acogida, sino también desde el de los inmigrantes.

Para dar mayor consistencia temática a este número de *Panorama Social*, se ha querido que los temas de la dependencia y la inmigración estén también presentes en la mayor parte de las contribuciones de las secciones "Noticias del tercer sector" y "La dimensión social de las cajas de ahorros". En la primera, **Carlos Capataz**, de Cruz Roja Española, muestra cómo ésta hace uso de las nuevas tecnologías para atender a la población en situación de dependencia, especialmente, a los mayores. En la segunda, **Xabier de Irala**, presidente de Bilbao Bizkaia Kutxa, además de esbozar las iniciativas de protección a la dependencia que BBK viene desarrollando, presenta su visión sobre este ámbito de actuación de la obra social de las cajas de ahorros, haciendo hincapié en un aspecto de indudable importancia: la dimensión moral del problema. Cómo resolvamos la cuestión del trato a nuestros miembros más frágiles reflejará y marcará, al mismo tiempo, los valores básicos que hacemos prevalecer en nuestra sociedad, y en definitiva, el tipo de comunidad que construimos. Por su parte, CAJAMURCIA –en un artículo de su director general, **Carlos Egea**– aborda el fenómeno de la inmigración y describe la variedad de ayudas y servicios que ponen las cajas de ahorros, y en particular ella misma, a disposición de los inmigrantes y que, en definitiva, promueven su inclusión social y financiera.

En el último artículo de este número, **Enrique Goñi**, director general de Caja Navarra, refiere una experiencia innovadora que ha puesto en marcha esta Caja para profundizar en la dimensión social de las cajas de ahorros. Se trata del programa "Tú eliges, tú decides", mediante el cual Caja Navarra pretende que sus clientes decidan personalmente a qué área de la obra social destinan los beneficios que generan sus operaciones. De algu-

na manera, este artículo final condensa dos conceptos clave del debate al que FUNCAS ha querido hacer una nueva aportación con este segundo número de *Panorama Social*: responsabilidad social y capacidad de decisión individual.



Hacia un mayor cuidado público: cambios en las relaciones y las políticas públicas de cuidado a las personas dependientes

ANNELI ANTTONEN*

RESUMEN

A medida que el cuidado a los ciudadanos que padecen una mayor vulnerabilidad física ha dejado de ser una cuestión predominantemente privada para adquirir dimensión pública, la prestación de cuidados se ha convertido en un desafío para todos los estados del bienestar europeos. A pesar de que los modelos de prestación de cuidados que se han ido consolidando en las sociedades europeas difieren considerablemente, la tendencia de las políticas públicas apunta hacia un mayor equilibrio en la combinación de recursos públicos y privados, de cuidado formal e informal. Tal vez donde con mayor claridad se aprecie esta tendencia sea en los estados del bienestar escandinavos, que se encuentran en un proceso de transición y reconsideración de un principio que inspiró su desarrollo en los años 50, 60 y 70 del siglo XX: la masiva intervención estatal no sólo en la provisión, sino también en la prestación de los servicios sociales.

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado a las personas en situación de dependencia constituye una preocupación creciente de los estados del bienestar europeos. Todas las sociedades postindustriales se están planteando cómo apoyar y motivar a las familias y las personas cuidadoras, y cómo organizar los servicios asistenciales para aquellos que precisan de ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Los tradi-

* Catedrática de Sociología de la Universidad de Tampere (Finlandia).

Traducción de DIORKI, revisada por la redacción de *Panorama Social*.

cionales esquemas de prestación de cuidados informales a personas dependientes se están viendo sometidos a rápidas modificaciones como consecuencia de cambios económicos y sociales significativos. En particular, las familias han dejado de ser en muchos países las proveedoras de asistencia del modo en que solían serlo. Cada vez es más común que la gente mayor viva sola. La expansión del trabajo femenino fuera del hogar ha cambiado la división del trabajo entre los sexos. El trabajo no remunerado realizado por las mujeres en el hogar y en la comunidad local ya no puede ser manejado como un recurso del que se puede hacer uso libremente.

El propósito de este artículo consiste en analizar la transformación del cuidado en un asunto público, con el fin de entender mejor las funciones de los estados del bienestar modernos. En la primera parte del artículo se estudia desde diferentes ángulos teóricos el fenómeno de esta transformación del cuidado. En la segunda parte se lleva a cabo un repaso de los distintos modelos de cuidado (o "regímenes de cuidado") en Europa, que permiten compendiar un gran *corpus* de información acerca de las políticas de cuidado en diversos países sin tener que prestar atención a cada país específicamente. Finalmente, se analizará brevemente la evolución reciente en el campo de las políticas de cuidado, teniendo en cuenta que todos los gobiernos europeos están buscando soluciones para satisfacer las crecientes necesidades de asistencia por parte de la población de mayor edad.

A lo largo del artículo, prestaré especial atención a las *políticas públicas de cuidados*. El término "cuidado social" facilita la distinción entre las *políticas públicas de cuidados* y el *cuidado informal*, esto es, el cuidado ofrecido fundamentalmente por la

familia en el hogar. La utilización de los conceptos de "cuidado social" y "servicios de cuidado social" remite al papel de los gobiernos estatales y locales, así como de otros proveedores de servicios formales. Aunque en el artículo enfoco la atención predominantemente en los proveedores de cuidados formales, presto también importancia al deslizamiento de las fronteras entre las responsabilidades privadas y públicas. Como es obvio, el concepto de "cuidado" comprende la prestación de asistencia tanto en ámbitos informales como formales (Daly y Lewis, 2000).

2. LA TRANSFORMACIÓN PÚBLICA DEL CUIDADO

La expresión *reproduction going public* (la transformación pública de la reproducción) fue acuñada por Helga Maria Hernes (1987) hace ya cerca de veinte años. Mediante este eslogan daba a entender que la división del trabajo reproductivo entre la familia y el resto de la sociedad había cambiado radicalmente a lo largo del siglo XX. En este artículo sustituiré el concepto de "reproducción social o humana" por el de "cuidado" o "cuidado social". El cuidado constituye uno de los elementos más importantes de la reproducción social, por medio del cual las sociedades no sólo se reproducen, sino que también fijan estándares y normas para actividades reproductivas, como la consideración de los niños y los mayores. Muchos de estos estándares y normas son marcadamente sexistas, como las investigaciones de impronta feminista han mostrado. Son las mujeres, todavía a comienzos del siglo XXI, quienes asumen la principal responsabilidad en el trabajo asistencial.

En algunos países, el cuidado "se ha hecho público" en muy escasa medida, mientras que en otros el estado y/u otras instituciones formales, tales como las organizaciones benéficas, han asumido una amplia responsabilidad en las actividades asistenciales. Aun así, parece indudable que en todas las sociedades hay una necesidad de expandir los servicios y las prestaciones vinculados al cuidado de las personas dependientes. Varias son las razones de tal evolución.

– *Los cambios en el mercado laboral*: las economías de mercado actuales precisan de mano de obra asequible, es decir, requieren la presencia de la mujer en el mercado de trabajo; los empleadores carecen de incentivos para pagar "sueldos familiares" a los hombres; la movilidad laboral

separa a unas generaciones de otras. Todos estos factores intensifican sus efectos en un mercado laboral global.

– *Los cambios en la demografía*: los niños son menos numerosos que antes, y su cuidado no ata durante décadas a la mujer al hogar y a las labores de cuidadoras; las personas mayores aumentan en términos absolutos y relativos, y los servicios que requieren no pueden ser organizados sin intervención de la sociedad, especialmente cuando la gente mayor tiene cada vez menos hijos y el divorcio tiende a disolver las obligaciones intergeneracionales.

– *Los cambios en la democracia*: las mujeres participan más activamente en la política, impulsando cuestiones que les importan, tales como la política familiar y de cuidados.

– *Los cambios en el consumo*: el valor del trabajo doméstico está decayendo; el capitalismo crea permanentemente nuevas necesidades cuya satisfacción requiere un aumento de la renta, de tal modo que las economías familiares con dos perceptores de ingresos resultan cada vez más comunes.

– *Los cambios de valores y normas*: el énfasis en el individualismo tiende a desplazar al "familismo"; el crecimiento de la igualdad de género y del empleo remunerado femenino está reduciendo los recursos de asistencia informal. Todos estos cambios implican que las obligaciones familiares e intergeneracionales en el campo de la prestación de cuidados se estén debilitando.

En la medida en que la asistencia se ha "hecho pública", los esquemas de prestación de cuidados basados en la familia han tenido que ceder paso a otro tipo de medios. Ello no significa que las familias ya no constituyan el cimiento sobre el que se levanta el modo de vida y de reproducción social en nuestras sociedades. Parece claro que la reproducción social ha de tener lugar hasta un cierto punto crítico en el seno del hogar (o en ámbitos informales), pero el hecho de que los esquemas de cuidados basados en la familia hayan perdido terreno en muchas sociedades significa que la reproducción social y la asistencia ya no se dejan exclusivamente en manos de las familias. El apoyo a la prestación de cuidados requiere de servicios producidos fuera del hogar y, al menos para parte de la población, de ayuda económica. Si los servicios y la ayuda económica no satisfacen las demandas de las familias, éstas tienen que recurrir a otro tipo de soluciones. Por ejemplo, en los países de Europa del Sur el número de trabajadores inmigrantes

en el sector de la asistencia doméstica, tanto regularizados como sin papeles, ha crecido rápidamente en las dos últimas décadas (Hillmann, 2005).

La aceptación de la idea de que la responsabilidad del cuidado de los niños y ancianos dependientes pueda incumbir a otras personas que no sean los miembros de la propia familia, y en particular las mujeres que la integran, sólo se ha desarrollado muy lentamente. En ocasiones, la provisión de un servicio estatal o público y el cuidado familiar se contemplan como opciones alternativas, incluso enfrentadas. Se piensa a menudo que, a medida que el estado u otras instituciones formales amplíen su intervención, las familias se retirarán y los servicios reemplazarán a las obligaciones familiares. Así, tal como Daatland (2001: 18) ha apuntado, la provisión de un servicio público se percibe con frecuencia como un riesgo moral para la sociedad.

El cuidado es una cuestión de política social que levanta pasiones morales y políticas. La opinión pública tiende a oscilar entre dos posturas extremas: una que enfatiza la responsabilidad de los individuos y de las familias en su propio bienestar, y otra que espera que la sociedad en su conjunto asuma la responsabilidad en, al menos, algunos aspectos de la asistencia. En las sociedades escandinavas, la opinión pública ha respaldado decisivamente la segunda postura desde que la idea del estado del bienestar universal comenzó a institucionalizarse gradualmente. "Universalismo" significa que los servicios de bienestar, como la educación y la asistencia sanitaria y social, se ofrecen a todas las personas en lugar de sólo a quienes tienen una mayor necesidad, y que los ciudadanos pueden hacer uso de ellos sin estigma alguno. El universalismo también incluye la idea de servicios gratuitos o fuertemente subsidiados por los gobiernos centrales o locales.

Los esquemas de cuidados constituyen una parte integral de un orden o una estructura social más amplia. Las normas y los supuestos que rigen la política de cuidados son producto de pautas de género, políticas, culturales y religiosas. De ahí que el grado en que la familia asume responsabilidades de cuidado de sus miembros varíe considerablemente de un país a otro, y que la provisión de servicios asistenciales cambie tanto, incluso dentro de Europa occidental (Anttonen, Baldock y Sipilä, 2003; Bettio y Plantenga, 2004). En un extremo se sitúan países como los de Europa del Sur, en los que las familias han adquirido hasta el momento presente una amplia responsabilidad en el ámbito asistencial.

En el otro extremo se encuentran países como los escandinavos, donde las autoridades públicas han contraído una responsabilidad muy amplia en el cuidado tanto de los niños pequeños como de la población adulta necesitada de asistencia y apoyo social.

En algunos países, el proceso de "transformación pública" del cuidado ya casi ha alcanzado sus límites. En efecto, en muchos de los estados del bienestar occidentales, las persistentes demandas de contención del gasto público se han traducido en recortes de las prestaciones del estado del bienestar. En países en los que la asistencia se ha "hecho pública" en un mayor grado, como, por ejemplo, en Finlandia y Suecia, los gobiernos han llevado a cabo reformas que han reducido el alcance de la provisión del servicio público y han limitado el acceso de los ciudadanos a algunos servicios asistenciales, al hacer más rigurosas las reglas de elegibilidad y/o elevar las tarifas de servicios que anteriormente solían ser nominales. Todo ello significa que tanto los precursores como los últimos en llegar a la política pública de cuidados están afrontando el mismo problema: cómo ofrecer asistencia en una situación en la que ni los cuidados basados en la familia ni la provisión estatal de las prestaciones de cuidados pueden representar la principal solución.

3. CÓMO DEFINIR EL CUIDADO SOCIAL

Qué duda cabe que el "cuidado social" es algo diferente de la asistencia sanitaria profesional. Según Knijn y Kremer (1997: 328-330), "incluye la provisión de atención diaria social, psicológica, emocional y física a las personas" que necesitan cuidados: la necesidad de ser asistido puede ser temporal o permanente. Knijn y Kremer prosiguen señalando que "el cuidado puede ser aportado mediante trabajo remunerado o no, sobre la base de un acuerdo o voluntariamente, y puede ser proporcionado profesionalmente o por un sentido de obligación moral".

Daly y Lewis (1998: 6-7) sugieren un enfoque similar, pero buscan definiciones que permitan la utilización del concepto de cuidado social como una herramienta de análisis para la comprensión del estado del bienestar. Según estas autoras, cabe entender el cuidado como un concepto multidimensional con tres aspectos que merecen una particular atención. El primero es el cuidado como *trabajo*. Poner de relieve el aspecto laboral enfatiza la

connotación de “cuidar” como verbo que expresa una acción, y la de los “cuidadores” como actores. La segunda dimensión del concepto sitúa el cuidado dentro del marco normativo de las *obligaciones* y *responsabilidades*. El cuidado se distingue de cualquier otro trabajo o aportación de mano de obra porque, con frecuencia, se emprende y se provee bajo condiciones de responsabilidad social y/o familiar. En su tercera dimensión, se contempla la asistencia como una *actividad con costes*, tanto económicos como emocionales, que se extiende más allá de las fronteras entre lo privado y lo público.

Una definición mucho más amplia es la que ofrece Tronto (1994: 103): “En un plano más general, sugerimos que las labores de cuidado sean contempladas como una especie de actividad que incluye todo lo que hacemos para mantener, dar continuidad y reparar nuestro “mundo”, de modo que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras identidades y nuestro medio ambiente, todo lo cual intentamos entretener en una compleja red sustentadora de la vida.” El cuidado es, de acuerdo con Tronto (1994: 104), tanto una práctica como una actitud; y consta de cuatro fases interconectadas: “preocuparse por” (*caring about*), “responsabilizarse de” (*taking care of*), “cuidar a” (*care-giving*) y “recibir cuidado de” (*care-receiving*). “Preocuparse por” supone reconocer, en primer lugar, que la asistencia es necesaria. Esta actitud es importante para que en una sociedad se desarrollen políticas públicas de cuidado. “Responsabilizarse de” implica asumir algún compromiso con las necesidades de cuidado de otros, mientras que “cuidar a” conlleva la satisfacción directa de las necesidades de cuidado. Finalmente, “recibir cuidado de” significa que la persona cuidada responde a la prestación de cuidado.

La definición proporcionada por Tronto permite comprobar que la asistencia es más que trabajo, y más que una relación entre la persona que cuida y la persona que es cuidada. “Preocuparse por” y “responsabilizarse de” reflejan representaciones de nuestros valores morales. No obstante, el cuidado está devaluado tanto en la teoría social como en las políticas públicas. Su baja consideración se debe, al menos parcialmente, al hecho de que el trabajo de cuidar ha sido tradicionalmente definido como una obligación femenina enmarcada en la esfera privada de la familia. Las políticas públicas de cuidado social han surgido principalmente de la tradición de asistencia a los pobres, y todavía acarrean probablemente algunos rasgos de las leyes para pobres, como la comprobación de medios y de ingresos como requisito para acceder

a una prestación pública. El cuidado social ha tardado mucho tiempo en convertirse en una dimensión “actual” o “moderna” de las políticas del estado del bienestar.

4. LA MODERNIZACIÓN DEL CUIDADO SOCIAL

El bienestar en la vejez y, en particular, el cuidado a los mayores, hunden sus raíces en las prácticas de las leyes de pobres surgidas durante el período de la industrialización. Las administraciones locales eran originariamente responsables de las medidas de alivio de la pobreza; por ejemplo, tenían que disponer alojamiento para quienes no eran sostenidos ni por sus familiares ni por sus patrones. Las instituciones residenciales demostraron ser un medio importante para dar respuesta a las necesidades de estas personas; su creación responde a la idea de que cantidades relativamente pequeñas de “cuidadores” se encarguen de cantidades relativamente grandes de necesitados. Los sistemas de alivio de la pobreza administrados localmente experimentaron un proceso de diferenciación a partir del siglo XIX, con la creación de diferentes categorías de pobres. Los niños, los delincuentes y las personas discapacitadas fueron remitidos a instituciones separadas. Finalmente, sólo se dejó a los ancianos en el hogar de pobres, que evolucionó con el tiempo hacia la institución tipificada como residencia de mayores.

Todavía en la actualidad las administraciones de muchos países valoran individualmente a los usuarios de los servicios de cuidado social; los derechos a estas prestaciones se basan en una comprobación de las necesidades, y las pruebas de medios (renta) se emplean con frecuencia. También es habitual que la producción de los servicios de cuidado social permanezca en el ámbito local, sin una clara regulación nacional. Así se observa específicamente en el caso de los servicios de cuidado para los mayores.

Cabe apreciar, no obstante, grandes diferencias en la evolución de las políticas públicas desde las antiguas leyes de pobres a los servicios modernos de cuidado social. El cometido de un servicio moderno y actualizado de cuidado social no consiste en ayudar a la gente situada en las escalas inferiores de la sociedad a solucionar sus problemas individuales, sino en cumplir *una función positiva de la que se puede beneficiar cualquier miembro de la sociedad*. Contra este telón de fondo, el cuidado diario de los niños parece, por su naturaleza,

un tipo muy especial de cuidado social; los gobiernos y los grupos de interés ven, por lo general, en la crianza de los niños un objetivo nacional; al fin y al cabo, ellos se convertirán en la fuerza laboral del mañana y son, por tanto, una inversión de futuro. Una instrumentalidad semejante no se aplica, sin embargo, a los servicios de cuidado social para las personas mayores.

Así pues, mientras que algunos servicios de cuidado social merecen una evaluación muy positiva y se recurre ampliamente a ellos en caso de necesidad, otros son contemplados más bien de forma negativa y sólo se usan cuando otros recursos de ayuda faltan. Esta diferencia refleja la existencia de servicios de primer y último recurso. Los servicios públicos de cuidado social no son siempre de último recurso, aunque en muchos países carguen incluso hoy día la etiqueta del estigma y la vergüenza. Importa conocer si tales servicios son más bien versiones modernas de cuidado social, basadas en las antiguas y selectivas "leyes de pobres", o servicios orientados hacia la "clase media", antes provistos por el mercado, que se hacen públicos y universales.

Hoy, la mayoría de las sociedades europeas quiere promover la participación femenina en el mercado laboral, por lo que los productos del cuidado social resultan muy valiosos. En el caso de los niños, el cuidado social tiene que ver con la reproducción de la propia sociedad. En el caso de las personas mayores, el beneficio material para el conjunto de la sociedad es más difícil de discernir. Aunque los servicios de cuidado social permanecen, en buena medida, en el nivel local, y su desarrollo se ha caracterizado por la desgana y la lentitud, algunos de estos servicios han alcanzado una posición legítima y estable en la totalidad del estado del bienestar. No obstante, en tiempos de grandes cambios sociales y políticos, los programas de cuidado pueden figurar entre los primeros aspectos de la provisión de bienestar susceptibles de cuestionamiento y reforma.

Ninguna sociedad industrializada presta el cuidado a sus mayores única y exclusivamente en el ámbito informal. Hay siempre individuos que no pueden acudir a miembros de la familia o parientes cuando necesitan cuidado o asistencia por una u otra razón. Y, como se ha dicho antes, los recursos de cuidado informal no pueden satisfacer todas las necesidades asistenciales en una situación en la que el familismo tradicional pierde terreno en muchas sociedades. Partiendo, antes o después, de esta situación, los países han asumido diferentes responsabilidades públicas ante la necesidad de cuidado de las personas dependientes. Aplican, ade-

más, diferentes intervenciones políticas. Daly (2001: 39) ha elaborado una tipología basada en un modelo con cuatro dimensiones de intervención:

a) medidas relativas a prestaciones monetarias y de seguridad social, tales como los pagos en metálico o los beneficios fiscales;

b) medidas relativas al desempeño laboral, tales como permisos pagados y no pagados, desahucios para el cuidador, indemnización por despido, flexibilidad horaria, reducción del tiempo de trabajo;

c) servicios o prestaciones provistos en especie, tales como las ayudas domiciliarias y otros apoyos basados en la comunidad, plazas en residencias para adultos y ancianos;

d) incentivos a la creación de empleo o la provisión de servicios por el mercado, tales como cheques (*vouchers*) para pagar las contribuciones a la seguridad social, exenciones a las contribuciones a la seguridad social y reducciones fiscales para la contratación de asistentes domésticos.

Algunas de estas medidas entroncan con la tradición de las leyes de pobres. En particular, el cuidado a las personas mayores en instituciones tiene una larga historia. Otras medidas, como los servicios de ayuda domiciliaria, representan modalidades más modernas de intervención pública, destinadas a incrementar la autonomía de los usuarios del servicio. En casi todos los lugares del mundo occidental se advierte una tendencia desde la asistencia institucional hacia la comunitaria, de modo que las personas mayores puedan permanecer el mayor tiempo posible en sus propias casas.

5. LOS GASTOS EN CUIDADO SOCIAL DESDE UNA PERSPECTIVA COMPARADA: LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS PAÍSES DE LA OCDE

Las comparaciones internacionales han mostrado que existen diferencias nacionales sorprendentemente significativas en la escala, el alcance y el destino de los servicios de cuidado social, así como en las prácticas operativas y las justificaciones empleadas (Anttonen, Baldock y Sipilä, 2003; Bettio y Plantenga, 2004). Con el término "prácticas operativas" me refiero al modelo de cuatro dimensiones presentado antes. Por ejemplo, a las

CUADRO 1

GASTO EN SERVICIOS SOCIALES EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LA OCDE, EN PORCENTAJE DEL PIB (1998)

País	Servicios sociales como porcentaje del PIB	País	Servicios sociales como porcentaje del PIB
Australia	1,2	Luxemburgo	0,9
Austria	2,0	México	0,3
Bélgica	0,3	Holanda	1,7
Dinamarca	5,2	Nueva Zelanda	0,1
Finlandia	3,0	Noruega	4,7
Francia	1,9	Portugal	0,6
Alemania	1,5	Eslovaquia	0,5
Grecia	1,0	España	0,4
Islandia	3,2	Suecia	5,4
Irlanda	0,5	Suiza	0,8
Italia	0,5	Turquía	0,2
Japón	0,6	Reino Unido	1,3
Corea	0,3	EEUU	0,3

Nota: Por gasto en servicios sociales se entiende el gasto público agregado en servicios para las personas mayores y discapacitadas, así como en servicios familiares.

Fuente: OCDE (2002).

personas que prestan los cuidados y a las que los reciben se les puede ofrecer beneficios en metálico o beneficios fiscales en lugar de servicios. Alternativamente, todo un sistema puede confiar en gran medida en el cuidado social provisto por parientes, miembros de la familia, amigos y vecinos, apoyados y alentados por políticas estatales en diferentes grados y de diversas formas.

Los actuales patrones globalizadores que prevalecen en la política, la economía y la cultura, así como los crecientes flujos de personas entre países, han aumentado la importancia de las comparaciones, un campo que ya tiene una larga historia en el análisis de la política social. Inicialmente, la investigación comparativa en el área del estado del bienestar se limitaba, en gran medida, a explicar las diferencias en el desarrollo de los sistemas públicos de protección social buscando correlaciones entre el conjunto del gasto social y variables estructurales y políticas. El objetivo consistía en avanzar hacia una "gran teoría" del desarrollo del estado del bienestar. Más recientemente, la investigación comparativa ha empezado también, según Clasen (1999: 2-3), a indagar en "las causas de los cambios de políticas que conciernen a componentes o programas de la política social, tales como la asistencia sanitaria, las pensiones o los arreglos de cuidado social".

A pesar del creciente interés en el conocimiento comparado de la política social, todavía son pocos los estudios comparativos acerca del cuidado social. Varias razones explican esta circunstancia.

En primer lugar, no existe aún acuerdo en el debate comparativo sobre los estados del bienestar acerca de qué incluyen los servicios de cuidado social (Anttonen y Sipilä, 1996). Ello tiene que ver con los conceptos y las denominaciones. El mismo servicio cae, en países diferentes, bajo distintas áreas de gestión administrativa, y la línea divisoria entre la asistencia sanitaria y los servicios de cuidado social, así como entre los servicios educativos y los sociales, no está siempre clara. En segundo lugar, los principios de medición estadística varían en ausencia de una estandarización amplia de los servicios de cuidado social. Un tercer problema surge del hecho de que, en algunos países, el acceso es contemplado como un derecho social, mientras que en otros el uso del mismo servicio abruma y estigmatiza. Resulta, sin embargo, de gran interés comparar los modelos nacionales de cuidado social e intentar hallar respuestas a la pregunta de por qué se dan esas diferencias internacionales tan significativas en la provisión de servicios de cuidado social. El cuadro 1 refleja las diferencias en la financiación de los servicios sociales en diferentes países de la OCDE.

Todos los países y todo tipo de estados del bienestar utilizan más dinero en las transferencias de renta que en la prestación de servicios sociales. Ahora bien, algunos países asignan una cantidad considerable de fondos públicos a los servicios sociales. Las cifras muestran una asignación relativamente elevada en los países nórdicos (Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia e Islandia) y, en un segundo nivel, también en algunos países de Centroeuropa (Francia, Holanda y Alemania). Las cifras más bajas corresponden a Nueva Zelanda, Turquía, Bélgica, Corea, México y EEUU (seguidos muy de cerca por España). La escasa asignación de fondos públicos a servicios sociales se localiza obviamente en los países cuyos gastos sociales son generalmente bajos, y también en aquellos en los que el cuidado es considerado predominantemente un asunto privado de las familias y los individuos. Debido a las discrepancias en cuanto a lo que debe contar como cuidado social, es posible que las estadísticas internacionales no recojan siempre de forma consistente los gastos en esta partida.

del mismo sistema municipal. En los países escandinavos, los gobiernos locales desempeñan un papel clave en la financiación y planificación de la producción de servicios de cuidado social, pero las organizaciones de voluntarios y los cuidadores familiares también se implican por el lado productivo. Los servicios prestados por el mercado eran, a mediados de los años 90, prácticamente inexistentes, pero su contribución e importancia se han incrementado con fuerza desde entonces. Es preciso señalar, en cualquier caso, que incluso en los países escandinavos la mayor parte del cuidado es ofrecido por cuidadores informales.

En segundo lugar, hemos defendido que tiene sentido distinguir un modelo de cuidado familiar propio de Italia, España, Portugal y Grecia. En estos países, con una oferta muy limitada de servicios de cuidado social, la mayor parte de la asistencia se produce en el mercado informal, mientras que los sectores sociales más acomodados utilizan servicios privados. También las empresas ofrecen ocasionalmente servicios para su personal. En conjunto, las autoridades públicas intervienen de forma bastante modesta, pero a este respecto se aprecia también una significativa variación entre países y regiones. En estos países, la proporción de mujeres en el mercado laboral era, en el momento en el que definimos estos cuatro modelos de cuidado social, baja, pero la mayoría de quienes contaban con un empleo remunerado tenían trabajos a tiempo completo.

6. MODELOS EUROPEOS DE CUIDADO SOCIAL

Junto con Sipilä, me cuento entre los primeros estudiosos que argumentan la existencia de diferentes modelos o regímenes de cuidado social en Europa y la falta de correspondencia exacta entre esos modelos y los identificados por Esping-Andersen (1990) en su famoso estudio sobre los tres mundos del bienestar. Nosotros hemos identificado cuatro modelos diferentes (Anttonen y Sipilä, 1996). También hemos puesto de manifiesto que la participación de las mujeres en el mercado laboral es una variable estrechamente asociada a estos cuatro diferentes modelos de cuidado social.

Los otros dos regímenes de cuidado resultaban menos particulares. Cabe argumentar la existencia de un modelo británico basado en la comprobación de medios materiales, en el que el estado asume la responsabilidad de la provisión de servicios de cuidado social, pero, al mismo tiempo, busca activamente minimizar sus responsabilidades y la cantidad de servicios públicos. Aun cuando el papel central del sector público era bastante similar al del modelo escandinavo, desde los años 80 el Reino Unido comenzó a moverse hacia el "residualismo", mientras que los países escandinavos siguieron avanzando hacia el "universalismo". En el Reino Unido, los servicios públicos de cuidado social están concebidos exclusivamente para ciudadanos pobres, con medios muy limitados. Se espera que los ciudadanos económicamente autosuficientes se proporcionen de manera independiente sus propios servicios; la oferta de servicios privados adquiere notable visibilidad. Irlanda se sitúa bastante cerca del modelo británico, pero, por otra parte, se aproxima también al modelo de asistencia familiar del sur de Europa.

En primer lugar, nos referimos a un modelo de cuidado social nórdico, basado en el modelo escandinavo de provisión pública de servicios sociales. Mostramos que, en todos los países escandinavos, los servicios tanto para niños como para personas mayores en situación de dependencia están ampliamente disponibles, mientras que la participación de las mujeres en el trabajo remunerado extradoméstico registra tasas más elevadas que en cualquier otro lugar de Europa. La amplia disponibilidad de los servicios es coherente con el principio de universalismo, lo que significa que hay un estándar uniforme de servicios y que los ciudadanos obtienen los servicios que demandan a través

Asimismo, en lo que se refiere al cuidado a las personas mayores, es posible distinguir un modelo de subsidiariedad centroeuropeo, representado típicamente por Holanda y Alemania y, en buena medida, por Bélgica y Francia. En este modelo, la responsabilidad primaria del cuidado de las personas mayores radica, al menos formalmente, en la familia. Las organizaciones religiosas y sociopolíticas son importantes productoras de servicios, mientras que el sector público asume la principal responsabilidad en la financiación. El seguro sanitario ha adquirido un papel central en la financiación de los servicios. En estos países, el volumen de servicios de cuidado social para las personas mayores se encuentra en un nivel intermedio, aunque ha sido particularmente elevado en Holanda. Sin embargo, en cuanto a los servicios de cuidado para niños, Bélgica y Francia difícilmente podrían ser más diferentes de Alemania y Holanda. El considerable énfasis que Bélgica y Francia conceden a la política familiar se evidencia en el amplio sistema de cuidado diario y preescolar, el más completo de toda Europa occidental. En estos dos países, las tasas de actividad femenina en el mercado laboral son más altas que en Alemania y en Holanda. Así pues, en Europa central podemos identificar uno o dos modelos, dependiendo de si adoptamos el punto de vista de los servicios de cuidado social para los niños o el correspondiente a los ancianos.

Cabe, por tanto, concluir que en Europa existen diferentes modelos de cuidado social. Más importante todavía, el cuidado de los niños y el de las personas mayores puede trazar diferentes sendas de modernización dentro de una misma sociedad. Hay países que invierten más en el cuidado a los niños que a las personas mayores, y viceversa. Sin embargo, es importante recordar que existen muchas dificultades para el estudio de los patrones nacionales de cuidado social. Como se ha señalado antes, hay problemas conceptuales, problemas de datos y problemas relacionados con la equivalencia funcional. Pese a estos problemas, muchos estudiosos han realizado un valioso trabajo de clasificación de las políticas europeas de cuidado social.

Mary Daly (2001: 45) llegó en su modelización a agrupaciones de países ligeramente diferentes de las presentadas por Sipilä y por mí. Agrupó a los países europeos en cuatro grupos diferentes: el de los "estados cuidadores" (*caring states*), el de los "estados cuidadores pro-familia" (*pro-family caring states*), el de los "estados mixtos" (*hot and cold states*) y el de los "estados no asistenciales" (*non-caring states*).

Dentro del primer grupo figuran los países escandinavos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia). En estos países, el sector público ha asumido una amplia responsabilidad en la financiación y producción de servicios de cuidado para sus residentes. El cuidado, concebido principalmente como el derecho a recibirlo, representa un componente de la ciudadanía social. El segundo grupo, el de los estados cuidadores pro-familia, consta de algunos de los principales países de la Europa continental (Austria, Bélgica, Alemania, Francia, Luxemburgo y Holanda): en ellos el estado asume una responsabilidad limitada en las actividades de cuidado y delega la prestación de éste en la familia. Ciertamente, en los últimos años, los gobiernos de estos países se han visto forzados a repensar sus políticas pro-familia. En Alemania, por ejemplo, el cuidado de los niños pequeños se encuentra todavía, en gran medida, en manos de las madres, mientras que la consideración del cuidado a los mayores ha cambiado radicalmente con la introducción, en 1995, de un seguro de cuidados de larga duración.

El tercer grupo identificado por Daly reúne a Irlanda, Italia y el Reino Unido, y está caracterizado por la inacción en algunos frentes, pero la considerable provisión pública en otros. En particular, los servicios de cuidado para los niños pequeños están escasamente desarrollados, mientras que se han emprendido más esfuerzos para desplegar servicios de cuidado a personas adultas dependientes. El último grupo, el de los denominados "estados no cuidadores", incluye a España, Grecia y Portugal. Aquí vemos de nuevo que los países del sur de Europa conforman su propio modelo. En estos países, el cuidado pertenece a la esfera de responsabilidad de las familias (extensas), y las intervenciones estatales son muy limitadas.

Por otra parte, Bettio y Plantenga (2004) han comparado los modelos de cuidado en Europa, prestando atención a la combinación público-privada en la provisión de cuidado social. Observan, en primer lugar, la provisión de cuidado informal aproximándose a los datos sobre cómo se emplea el tiempo en la vida cotidiana. Según su estimación, los países del Mediterráneo –Italia, Grecia y España– e Irlanda engrosan el grupo de los que más intensamente se apoyan en el cuidado informal. Más sorprendente resulta que también Reino Unido y Holanda dependen fuertemente de los cuidados informales. En el otro extremo están los países nórdicos, acompañados de Francia y Portugal. Como cabía anticipar, el reparto intergeneracional del cuidado es mayor en los países en los que se espera que las familias adopten una amplia res-

ponsabilidad en el desempeño de las actividades asistenciales, y menor en los países en los que el sector público ha asumido una mayor responsabilidad en la prestación de servicios de asistencia. En todos los países, las mujeres representan la mayoría de los cuidadores informales (Bettio y Plantenga 2004, p. 87-90).

Bettio y Plantenga comparan también la provisión de asistencia formal teniendo en cuenta los servicios para los niños pequeños y las personas mayores. Toman en consideración un amplio abanico de prestaciones que cubren permisos para cuidar a familiares dependientes, reducción de las horas de trabajo, subvenciones familiares, beneficios fiscales, ayudas a la contratación de servicios domésticos, servicios de asistencia domiciliaria para las personas mayores, guarderías para los niños, etc. Sus principales hallazgos coinciden, en líneas generales, con los ya expuestos sobre los modelos de cuidado.

El primer grupo incluye a los países que parecen delegar toda la gestión del cuidado en la familia: Italia, Grecia y España representan los casos más paradigmáticos. En estos países, el cuidado familiar es una norma muy arraigada y el reparto intergeneracional del cuidado es muy amplio. Portugal e Irlanda destacan como casos atípicos dentro de este grupo. Portugal registra una baja provisión de servicios de cuidado formal, aunque la asistencia informal también parece hallarse en un nivel bajo. Irlanda, de nuevo, difiere de otros países englobados en este grupo porque cuenta con una cierta provisión de servicios de cuidado formal para las personas mayores.

Reino Unido y Holanda forman el segundo grupo. También en estos países el cuidado informal constituye un recurso asistencial importante. Los servicios de cuidados para las personas mayores están bastante bien desarrollados, mientras que el cuidado de los niños pequeños ha permanecido como una responsabilidad de las madres. Un tercer grupo incluye a Austria y Alemania, que responden a un modelo en el que predominan los cuidados informales y privados facilitados públicamente. Se aplican diferentes incentivos para motivar a los cuidadores informales en su trabajo, tales como los pagos por la prestación de cuidados. Estos incentivos tienden a fomentar el cuidado familiar y el papel de las mujeres como cuidadoras informales. El cuarto grupo comprende a Bélgica y Francia, países en los que las estrategias de cuidado formal, tanto para niños como para personas mayores, están bastante bien desarrolladas, aunque se ha dado tradicionalmente

prioridad a las políticas públicas de cuidado de los niños. El último grupo incluye a los países nórdicos, que brindan un moderado o alto nivel de servicios a todas las personas necesitadas de cuidados.

En definitiva, existe cierto consenso en cuanto a que es posible identificar diferentes modelos de prestación de cuidados en Europa. El modelo de cuidado social nórdico y el modelo de cuidado familiar de Europa del Sur parecen ser los más distintivos. Entre estos dos modelos cabe distinguir otros que presentan mayor o menor similitud con el modelo de cuidado familiar o con el modelo de cuidado social (público), dependiendo de la extensión de los arreglos de cuidado formal.

En cuanto al punto de partida de este artículo, es fácil argumentar que el cuidado se ha convertido progresivamente en una cuestión pública en todos los países de Europa, en el sentido de que su provisión y producción se desplazan del ámbito informal y doméstico del hogar y de la familia hacia fuera. La gestión y prestación del cuidado se aborda cada vez de manera más pública por organizaciones de bienestar sin ánimo de lucro y actores que operan en el mercado o el estado.

7. EL MODELO DE CUIDADO SOCIAL NÓRDICO: NUEVAS TENDENCIAS Y TENSIONES

Las democracias nórdicas difieren de la mayoría de las sociedades del bienestar postindustriales en el grado en que el cuidado informal ha sido transformado de un asunto privado de las familias en un asunto público del estado. En el campo de los servicios de cuidado social se aprecian realmente muchas similitudes entre Finlandia, Suecia, Noruega y Dinamarca. En todos los países nórdicos (con la excepción de Islandia), el acceso a los servicios de cuidado social es muy amplio tanto para los niños como para las personas adultas que precisan ayuda. Por lo demás, el sistema de prestación de servicios responde muy específicamente a los intereses de las mujeres. Asimismo, las clases media y alta se encuentran entre los usuarios de los servicios sociales públicos. Todo ello justifica hablar de un "régimen o modelo de cuidado social nórdico".

Mientras que otros países con un elevado nivel de gasto social se concentran más en las transferencias de renta, los estados del bienestar escandinavos asignan muchos recursos al consumo públi-

co. Habida cuenta de su especial énfasis en el cuidado social, han sido caracterizados como estados de “servicios sociales” o “cuidadores”. El principio del universalismo, contrapuesto al selectivismo y particularismo, se erige en la referencia a la hora de describir el modelo de cuidado social nórdico.

Pero, ¿qué significa exactamente “universalismo” en la asistencia social? El concepto se usa convencionalmente, pero a menudo de manera imprecisa, sin especificar sus diferentes significados e interpretaciones. Aquí, al desarrollar una definición formulada originalmente por Sainsbury (1998), sugiero que, en el marco de la provisión de servicios de cuidado social, el universalismo puede referirse a nueve dimensiones diferentes:

- Un *sistema público* provee servicios de cuidado social.

- Los servicios están disponibles para *todos los ciudadanos*, con independencia de su estatus económico, sexo o procedencia étnica: todos los ciudadanos tienen acceso al mismo sistema de servicios.

- *Las clases media y alta* se encuentran entre los usuarios de los servicios sociales (de cuidados) públicos.

- El sistema de prestaciones responde, en general, a los *intereses de las mujeres* (igualdad de género).

- El sistema ofrece *servicios uniformes* a lo largo y ancho del país (igualdad regional).

- Los servicios son prestados por *cuidadores profesionales*.

- Los ciudadanos tienen *derechos* reconocidos a los servicios de cuidado social.

- Los servicios son prestados *gratuitamente* o se subsidian intensamente por los gobiernos local o central.

- Las *municipalidades* son responsables de la provisión y financiación de los servicios.

Se entiende mejor la distinta naturaleza del modelo de cuidado social nórdico si se tiene en cuenta que los municipios son mucho más que unidades administrativas. Aunque el estado fija el marco de actuaciones a través de su poder legislativo, sobre los municipios recae la principal responsabilidad del funcionamiento de servicios sociales tales

como la educación, la sanidad y la asistencia social. Los municipios son instituciones democráticas y autónomas, en el sentido de que sus representantes son elegidos en elecciones municipales y tienen la facultad de imponer gravámenes. La financiación mediante impuestos generales es, de hecho, una de las piedras angulares del modelo de cuidado social nórdico. Todos los países con provisión extensiva y universal de servicios sociales se basan principalmente en los ingresos fiscales como medio de financiación.

En general, el universalismo ha constituido una meta de las políticas sociales en los países nórdicos, forjando la gran idea de la ciudadanía social. Sin embargo, importa subrayar que incluso en Escandinavia el universalismo no es completo. Es más un “tipo ideal” o un objetivo nunca alcanzado y, en la práctica, el estado del bienestar nórdico –con el universalismo como su seña de identidad– no cumple con todas sus premisas universalistas. Por ejemplo, la oferta de servicios disponible para las personas mayores en situación de dependencia, ya sean servicios institucionales o de ayuda domiciliaria, no siempre satisface la actual demanda. Asimismo, a pesar de la fuerza de la idea de servicios iguales para pobres y ricos, siempre ha existido una producción de servicios privados en paralelo a la de los servicios municipales.

En Finlandia y Suecia, los principios universalistas en el campo del cuidado social se toparon con problemas adicionales durante la recesión económica de principios de los años 90. Una de las principales víctimas de la contención del gasto fue el subsidio estatal al gobierno local, lo que supuso un duro golpe para los servicios sociales municipales. La recesión económica y el auge de la ideología liberal condujeron a una profunda reestructuración de la política de cuidado social. Inicialmente, se dibujó una tendencia hacia la reducción de los costes de cuidado institucional, y ahora parece consolidarse una tendencia a incrementar el selectivismo y el autopago. El principio del universalismo se ha debilitado en el campo de los servicios de cuidado social para las personas mayores, mientras que se ha fortalecido en el ámbito del servicio de cuidado a los niños (Anttonen, 2001).

El modelo de cuidado social nórdico ha promovido intensamente la participación de las mujeres en el mercado laboral y la igualdad de género (Anttonen, 2005). Sin embargo, también en los países en los que la provisión de servicios públicos de cuidado social es limitada, las mujeres se han desplazado masivamente hacia el trabajo remunera-

do. Por ejemplo, en Estados Unidos la participación de las mujeres en el mercado laboral se encuentra hoy en un nivel muy alto, en tanto que la provisión de servicios públicos de cuidado se sitúa en un nivel muy bajo. Por tanto, la participación de las mujeres en el mercado laboral puede aumentar sin ninguna intervención masiva del estado en la provisión de cuidados.

¿Cómo se puede, pues, valorar el modelo de cuidado social nórdico? ¿Representa un modelo hacia el que otros países europeos se están encaminando o está ya perdiendo su poder emancipador? Sabemos que el modelo está en transición. Especialmente en Finlandia y Suecia, el papel de las autoridades públicas en la provisión de cuidado se ha visto limitado. El proceso de privatización marca la nueva situación (Blomqvist, 2004; Szebehely, 2005).

Pero "privatización" es un concepto multidimensional que recoge una variedad de acepciones. Según Szebehely (2005), privatización significa incrementar la mercantilización de los servicios, de modo que en la actualidad hay más proveedores de servicios privados en el campo del cuidado social que antes. Privatización significa también que la provisión pública de cuidado social está cambiando. En primer lugar, las tarifas de los servicios se han incrementado, lo cual conduce a una gradual privatización de su financiación. Si las tarifas de los servicios aumentan sustancialmente, cabe preguntarse si los ciudadanos tienen aún un derecho universal a los servicios. En segundo lugar, los municipios compran ahora servicios a compañías privadas y organizaciones asistenciales, lo que, de nuevo, cambia el modo de producción de la provisión pública. En tercer lugar, en el sector público penetran modelos organizacionales inspirados en el mercado, lo que puede ser visto como una privatización de la organización del trabajo. La privatización supone, en consecuencia, un enorme reto para el modelo de cuidado social nórdico.

De hecho, la informalización de los cuidados ha avanzado en los países nórdicos. Este fenómeno se percibe especialmente en el caso del cuidado a las personas mayores. Hoy día hay menos gente mayor recibiendo, por ejemplo, servicios de ayuda domiciliaria y de enfermería en el hogar que hace una década o dos (Szebehely, 2005). Además, servicios tales como la enfermería y la ayuda domiciliaria a los ancianos se dirigen hoy de manera mucho más estricta a aquellos con necesidades de cuidado más amplias. Cuando la provisión del servicio público disminuye, otros recursos asistencia-

les tienen que ser empleados. Tanto en Finlandia como en Suecia se ha registrado en los últimos años un incremento en los servicios privados de cuidado. La gente más acomodada recurre a las compañías privadas para comprar servicios. Esto, de nuevo, podría debilitar la política de universalismo y de decidido apoyo a las políticas sociales en los países nórdicos. La informalización del cuidado significa que, al menos en Suecia y Finlandia, la familia y los parientes cercanos han asumido en las últimas dos décadas una mayor responsabilidad que antes en la prestación de cuidados.

La prestación de cuidados informales se incentiva económicamente. En muchos países europeos, los gobiernos han empezado a abonar subvenciones asistenciales para fomentar la implicación de personas no expertas y de miembros de la familia en el cuidado informal. En Finlandia, algunas comunidades comenzaron a pagar a finales de los años 70 ayudas a los familiares que asumían el cuidado de sus ancianos. En 1984, los pagos por la prestación de cuidados se integraron en la Ley de Bienestar Social, junto con servicios tales como la ayuda domiciliaria municipal, el alojamiento, los servicios residenciales, etc. Se autorizó, aunque no se obligó, a los municipios a abonar subsidios a familiares y otras personas no expertas. A finales de los años 80 y comienzos de los 90, el sistema finlandés de subvenciones al cuidado en el hogar para los cuidadores de los mayores destacaba como uno de los más completos de Europa. Se han diseñado, además, nuevos planes para extender los pagos por la prestación de cuidados informales.

Cambios similares están teniendo lugar también en otros regímenes de cuidado social. Behning (2005) ha comparado seis países que representan diferentes modelos. Argumenta que, aunque los diferentes regímenes partieron de distintos puntos, a finales de los años 90 la combinación de cuidado formal e informal basado en el hogar constituía el patrón dominante en la provisión de cuidados en los países industrializados. Todos los países estudiados (Reino Unido, Canadá, Austria, Alemania, Suecia, Dinamarca) han experimentado una des-institucionalización del cuidado formal, y todos los países se han movido hacia las subvenciones al cuidado informal. En algunos países se ha respondido a la nueva situación apoyándose decididamente en la contribución de cuidadores inmigrantes.

Esta clase de trabajo asistencial no aparece fácilmente en las estadísticas u otros documentos oficiales. Una considerable (y creciente) cantidad del trabajo de cuidar se realiza por trabajadores con

bajos sueldos, a menudo mujeres inmigrantes, en hogares privados. Hochschild (2000) introdujo el término de *cadena de cuidado global* para describir el fenómeno relacionado con la globalización del cuidado. Por una parte, hay personas pobres en tiempo y ricas en dinero que necesitan a alguien para cuidar a sus hijos o familiares adultos mientras trabajan. Por otra parte, hay un montón de mujeres en los países pobres que necesitan dinero con urgencia para mantener a su familia y criar a sus hijos. Estas mujeres se desplazan a los países ricos para trabajar, con papeles o sin ellos, como empleadas domésticas o niñeras. La prestación de cuidados en hogares privados por parte de inmigrantes está particularmente extendida en los países que integran el modelo de cuidado familiar, es decir, en los países del sur de Europa.

Desde el punto de vista de los individuos, lo más importante es que existan recursos asistenciales disponibles para ser utilizados cuando se requieran, y que el acceso a ellos no implique una pérdida de autonomía personal y económica. En una sociedad y un estado del bienestar modernos, una persona debería poder hacer valer su derecho a ser asistido si precisa ayuda: el cuidado debería ser una parte inseparable de nuestro bienestar personal. Ciertamente, hay diferentes rutas de modernización y de transformación pública del cuidado social. Ahora bien, las seguidas en los países escandinavos, aun con todas las reformas emprendidas, han incrementado efectivamente la autonomía, tanto económica como social, de las mujeres y de las personas dependientes.

BIBLIOGRAFÍA

ANTTONEN, A. (2001), "The politics of social care in Finland: Child and elder care in transition", en DALY, M. (ed.), *Care Work. The Quest for Security*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo: 143-158.

– (2005), "Empowering social policy: The role of social care services in modern welfare states", en KANGAS, O. y PALME, J. (eds.), *Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries*, Houndmills, Palgrave MacMillan: 88-117.

ANTTONEN, A.; BALDOCK, J. y J. SIPILÄ (eds.) (2003), *The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Societies*, Cheltenham, Edward Elgar.

ANTTONEN, A. y J. SIPILÄ (1996), "European social care services: Is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, 6 (2): 87-100.

BEHNING, U. (2005), "Changing long-term care regimes: A six-country comparison of directions and effects", en PFAU-EFFINGER, B. y B. GEISSLER (eds.), *Care and Social Integration in European Societies*, Bristol, The Policy Press: 73-92.

BETTIO, F. y J. PLANTENGA (2004), "Comparing care regimes in Europe", *Feminist Economics*, 10 (1): 85-113.

BLOMQVIST, P. (2004), "The choice of revolution: Privatization of Swedish welfare services in the 1990s", *Social Policy & Administration*, 38 (2): 139-155.

CLASEN, J. (1999), "Introduction", en CLASEN, J. (ed.), *Comparative Social Policy: Concepts, Theories and Methods*, Oxford, Blackwell: 1-12.

DAATLAND, S. O. (2001), "Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (1): 16-20.

DALY, M. (2001), "Care policies in Western Europe", en DALY, M. (ed.), *Care Work. The Quest for Security*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo: 33-55.

DALY, M. y J. LEWIS (1998), "Introduction: Conceptualising social care in the context of welfare state restructuring", en LEWIS, J. (ed.), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate: 1-24.

– (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, 51 (2): 281-298.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press. [Hay traducción al castellano: *Los tres mundos del estado de bienestar*, Valencia, Alfons El Magnànim (1993)].

HERNES, H. M. (1987), *Welfare States and Woman Power. Essays in State Feminism*, Oslo, Norwegian University Press.

HILLMANN, F. (2005), "Migrants' care work in private households, or the strength of bilocal and transnational ties as a last(ing) resource in global migration", en PFAU-EFFINGER, B. y GEISSLER, B. (eds.), *Care and Social Integration in European Societies*, Bristol, The Policy Press: 93-114.

HOCHSCHILD, A. R. (2000), "The nanny chain", *The American Prospect*, 11 (4): 32-36.

KNIJN, T. y M. KREMER (1997), "Gender and the caring dimension of welfare states. Toward inclusive citizenship", *Social Politics*, 4 (3): 328-361.

OCDE (2002), *Online Social Expenditure Database 1980-1998*, París, OCDE.

SIPILÄ, J. et al. (1997), "A Multitude of Universal, Public Services. How and Why Did Four Scandinavian Countries Get their Social Service Model?", en SIPILÄ, J. (ed.), *Social Care Services: the Key to the Scandinavian Welfare Model*, Aldershot, Avebury: 27-50.

SAINSBURY, D. (1998), "The Scandinavian model and women's interests. The issues of universalism and corporatism", *Scandinavian Political Studies*, 11 (4): 337-346.

SZEBEHLY, M. (2005), "Care as employment and welfare provision. Child care and elder care in Sweden at the dawn of the 21st Century", en DAHL, H. y R. T. ERIKSEN (eds.), *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*, Ashgate, Aldershot: 80-100.

TRONTO, J. (1994), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Nueva York, Routledge.

La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado del bienestar en España

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO*

RESUMEN

La publicación en diciembre de 2004 del *Libro Blanco de la Dependencia* por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha supuesto el inicio de la primera fase del debate social y político que debe concluir, a lo largo de 2006, en una ley de protección social a la dependencia o de apoyo a la autonomía personal. Cómo cristalizará finalmente una norma de tanta importancia social y política, que implica necesariamente un desarrollo del estado del bienestar en España, va a depender del grado de consenso que se logre entre las fuerzas políticas y las organizaciones sociales en torno a cuestiones como el alcance de la ley o su cobertura, el coste de ésta, su fórmula de financiación, la intensidad protectora y el modo de gestión. En este trabajo se abordan de manera sintética algunas de dichas cuestiones a partir de los principales interrogantes que plantea el debate sobre la dependencia: a quiénes hay que proteger, bajo qué modelo, a qué coste y con qué financiación, y quién debe gestionar el sistema.

1. A QUIÉNES PROTEGER: LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como "aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria". En la definición de la dependencia

* Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares.

no entran, por tanto, todas las discapacidades que se pueden padecer, sino aquellas que se enmarcan dentro de las "actividades de la vida diaria" (es decir, las actividades relativas al cuidado personal, la movilidad en el hogar y fuera de él, la realización de tareas domésticas y el cuidado de los demás miembros de la familia).

Por tanto, el volumen de la población dependiente resultará, en última instancia, de las discapacidades que se elijan y del peso que se conceda a cada una, cuestiones abiertas inevitablemente a discusión. En todo caso, la población que sufre dependencias básicas (necesidad de cuidado personal en sus diversas modalidades y problemas de movilidad en el hogar) representa aproximadamente dos terceras partes del total de las personas en situación de dependencia. No por ello hay que prestar, sin embargo, menos atención a las necesidades de ayuda instrumental para otras actividades de la vida diaria. En cuanto a la magnitud de la población dependiente, también es preciso señalar que, aunque la dependencia afecta a todas las edades, el proceso de envejecimiento de la población española incrementará en los años venideros la incidencia de estas situaciones. Es cierto, no obstante, que los avances terapéuticos, las mejoras en la calidad de vida y las nuevas formas de apoyo informal emergentes pueden compensar relativamente dicho efecto en mejoras de la esperanza de vida libre de discapacidad.

La estimación del volumen y de la estructura de la población dependiente se basa en el análisis de encuestas de autopercepción realizadas a domicilio. Ello supone que en las estimaciones no suelen incluirse las personas con dependencia que viven en residencias o las personas sin hogar fue-

ra del alcance de los entrevistadores. Por otra parte, se trata de una evaluación subjetiva del propio entrevistado, y no de una evaluación técnica realizada por un equipo multidisciplinar en función de un baremo de medida específico. De ahí que las diferentes estimaciones deban ser tomadas como aproximaciones a la realidad, nunca como datos que la reflejan genuinamente. La consideración por una política pública de quién se encuentra en situación de dependencia (umbral de entrada) y la adopción de los baremos para establecer el nivel de gravedad de la dependencia determinarán, en última instancia, el volumen de población que debe ser protegida, que no tiene necesariamente que coincidir con la población dependiente.

Según la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud* (EDDES) de 1999, que excluye a la población que vive en residencias y a la que carece de hogar, un total de 2.215.393 personas de seis y más años presentan alguna discapacidad respecto de las actividades de la vida diaria: 793.748 varones y 1.421.645 mujeres. De este colectivo, la población de 65 y más años con problemas de dependencia asciende a 1.423.962 personas (casi dos tercios del total de la población dependiente), de las cuales 997.190 son mujeres y 426.772 hombres.

La población española mayor de seis años que sufre algún tipo de discapacidad relacionada con la realización de actividades de la vida cotidiana representa aproximadamente el 6% de la población total, si bien se aprecia un crecimiento exponencial de ese porcentaje a partir de los 65 años: 11% en el grupo de edad de 65 a 69, 16% en el de 70 a 74 años, 25% en el de 75 a 79 años de edad, 34% en el de 80 a 84, y 54% en el de 85 y más años.

Conviene aclarar que la EDDES no es la única fuente de estimación de la población dependiente, ya que también se han utilizado encuestas de salud para calcular las personas de 65 y más años que se encuentran en esta situación. La aplicación de diversas metodologías se traduce en la obtención de distintos tamaños de población (por ejemplo, Morán, 1999; Casado y López Casasnovas, 2001; Abellán y Puga, 2002; IMSERSO, 2004). El cuadro 1 recoge las estimaciones cuantitativas realizadas en los últimos años sobre personas mayores dependientes. Los datos ponen de relieve las amplias diferencias existentes entre las estimaciones. Las de Abellán y Puga (2004) y Rodríguez Cabrero (2004), efectuadas sobre la base de la

EDDES 1999, son relativamente coincidentes, si bien difieren en lo que se refiere a la cuantificación de los distintos niveles de dependencia.

Entre la población mayor dependiente, el *Libro Blanco de la Dependencia* (IMSERSO, 2004) distingue a quienes presentan dependencia severa o total para la realización de actividades de cuidado personal y quienes presentan dependencia para la realización de actividades de tipo instrumental o doméstico, sin elaborar un índice sintético que integre ambas. Estrictamente protegibles serían las primeras, mientras que las segundas serían objeto de una protección no especificada. De acuerdo con esta clasificación, la población dependiente de 65 y más años con discapacidad severa o total para actividades de tipo personal se sitúa en 826.551 personas; la población mayor con discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria (ABVD) y para alguna actividad instrumental de la vida diaria (AIVD) asciende a 1.061.404 personas en 2005.

En cambio, las dos estimaciones de la población dependiente que recoge el cuadro 2 para el año 2000 han sido elaboradas a partir de indicadores sintéticos relativamente próximos que combinan las discapacidades de la vida cotidiana, personales (ABVD) e instrumentales (AIVD), y sus niveles de gravedad respectivos. Los datos incluyen la población mayor de seis años en situación de dependencia que vive en domicilio y en residencia.

La primera estimación arroja una cifra de 1.648.907 personas, de las cuales el 90,2% vive en su domicilio y el 9,8% en residencias. Quienes viven en residencias constituyen el 4,8% de la población dependiente de menos de 65 años y el 11,9% de la población dependiente de 65 y más años. Por otra parte, se calcula que la población dependiente moderada representa el 45,3% del total de población dependiente; la población dependiente grave, el 35,3%; y la población con dependencia severa, el 19,4%. De acuerdo con la segunda estimación, la población en situación de dependencia se eleva a 1.957.891 personas, de las que el 8,2% vive en residencias (de estas últimas, la población de 65 y más años representa el 68,2%). La población dependiente moderada se sitúa en el 57,7%; el 24% se hallaría en situación de dependencia grave, y el 18% en situación de dependencia muy grave o severa. Ambas estimaciones, aplicando un método relativamente semejante (toda vez que utilizan un indicador sintético de ABVD y de AIVD), supondrían una suerte de hipótesis mínima y máxima de la población dependiente.

CUADRO 1

ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR CON DEPENDENCIA

<i>Autor/es</i>	<i>Fuente utilizada para la estimación</i>	<i>Población mayor dependiente</i>	<i>Observaciones</i>
Pérez Díaz [1986]	Encuesta de discapacidades (1996)	1.077.989	Personas con alguna minusvalía
Morán Aláez (en Rodríguez Cabrero, 1999)	Encuesta Nacional de Salud (1993)	1.943.373	El 67,9% son dependientes graves (641.120 personas)
Defensor del Pueblo (2000)	Estudio 2072, CIS (1993)	1.500.000	
UNESPA [2000]	1998	954.167/1.267.953	
Casado y López (2001)	Encuesta Soledad, CIS (1998)	2.100.000/2.300.000	34,2% de los mayores sufren "dependencia amplia"
Abellán y Puga (2002)	Encuesta Nacional de Salud (1997)	2.099.884	Personas con problemas en las actividades de la vida diaria
INE (2001)	EDDES (1999)	1.423.962	Personas con problemas en las actividades de la vida diaria
Puga [2002]	Encuesta Nacional de Salud (1997)	1.691.799	26% de los mayores (12,4% es dependiente moderado-grave)
Jiménez Lara y Huete García (2003)	EDDES (1999)	1.464.815	Todos los grados de severidad
Fundació Institut Català de l'Envel·liment [2004]	EDDES (1999)	1.585.844	Selección de actividades de la vida diaria
Abellán y Puga (2004)	EDDES (1999)	1.115.257	Dependencia muy grave (ayuda continuada): 359.281; dependencia grave: 337.748; dependencia moderada: 418.228
Rodríguez Cabrero (2004)	EDDES (1999)	1.017.104	Dependencia muy grave o severa: 206.441; dependencia grave: 380.908; dependencia moderada: 429.755
<i>Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004)</i>	EDDES (2005)	826.551 personas con discapacidad severa o total para alguna actividad básica de la vida diaria y 1.061.404 con dependencia moderada o necesidad de ayuda instrumental	Se diferencia entre un grupo de personas con dependencia severa en actividades de tipo personal y otro grupo más mayoritario de personas que necesitan ayuda para actividades instrumentales

CUADRO 1 (continuación)

ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR CON DEPENDENCIA

Autor/es	Fuente utilizada para la estimación	Población mayor dependiente	Observaciones
Morán y Rodríguez Cabrero (2005)	EDDES (2005)	Hipótesis máxima de 1.583.234 e hipótesis mínima de 1.444.750 personas de 65 y más años	Indicador sintético de ABVD (actividad básica para la vida diaria) y AIVD (actividad instrumental para la vida diaria)

Fuente: Abellán y Puga (2004), IMSERSO (2004) y elaboración propia.

Si ésas son las cifras estimadas del año 2000, para el año 2005 la población dependiente de 65 años y más años (incluida la que vive en residencias) se calcula entre un máximo de 1.583.234 y un mínimo de 1.444.750 personas. La investigación de la que se desprende este dato, efectuada también a partir de la EDDES 1999, aplica un indicador sintético de ABVD y AIVD, asumiendo en la estimación del número de dependientes dos hipótesis alternativas: 1) que las proporciones de dependientes en los grupos quinquenales de edad permanecen constantes en el

nivel que registra la EDDES; 2) que se produce una ganancia de un año de vida libre de discapacidad cada cinco años (Morán y Rodríguez Cabrero, 2005). En la estimación máxima (hipótesis 1), y circunscribiéndonos únicamente a la población mayor con dependencia severa y grave (la que considera el *Libro Blanco*), las diferencias para el año 2005 entre los valores que proporcionan el *Libro Blanco* (826.551) y esta investigación (764.212) no resultan muy significativas, ni tampoco para el año 2015 (1.046.410 en el *Libro Blanco* frente a 1.037.262).

CUADRO 2

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN DOMICILIO Y EN RESIDENCIAS EN ESPAÑA (2000)

	Moderados	Graves	Severos	Total
Estimación 1				
Población 6-64	265.297	163.967	65.082	494.346
Población 65 y más años	481.095	418.302	255.164	1.154.561
Total población dependiente	746.392	582.269	320.246	1.648.907
Porcentaje de cada nivel de gravedad	45,3	35,3	19,4	100
Estimación 2				
Población 6-64	419.211	123.197	79.803	622.211
Población 65 y más años	711.343	344.899	279.438	1.335.680
Total población dependiente	1.130.554	468.096	359.241	1.957.891
Porcentaje de cada nivel de gravedad	57,7	23,9	18,4	100

Fuente: Elaboración propia basada en EDDES 1999 (INE). Estimación 1: Rodríguez Cabrero (2004); estimación 2: Morán y Rodríguez Cabrero (2005).

Dos son los aspectos referentes a las estimaciones de la población en situación de dependencia que cabe destacar. En primer lugar, como ya se advirtió antes, las estimaciones actuales se basan en encuestas de autovaloración, y no en valoraciones técnicas de tipo social y sanitario. Los baremos que se apliquen en la futura ley para acceder a las prestaciones sociales condicionarán, por tanto, el volumen y la estructura de la población dependiente protegida. En segundo lugar, las estimaciones dependen de los criterios de medida que se diseñen en el análisis de las encuestas (además de la propia diversidad de los cuestionarios, que condiciona inevitablemente la información resultante), lo que da lugar a estimaciones dispares, que deben ser consideradas como tentativas para aproximarnos a la realidad y servir de base para la planificación social.

En todo caso, las diferentes estimaciones vienen a coincidir en dos hechos: 1) el colectivo de personas dependientes de 65 y más años representa aproximadamente dos tercios del total; 2) la población en situación de dependencia grave y severa constituye cerca de la mitad de la población dependiente según las diferentes estimaciones, en tanto que el colectivo de personas dependientes de 80 y más años ronda el 40% del total de personas dependientes de todas las edades.

2. UN MODELO DUAL DE PROTECCIÓN SOCIAL: PROTAGONISMO DE LA FAMILIA (DE LA MUJER) Y ASISTENCIA SOCIAL

En España, el sistema de cuidados de las personas en situación de dependencia se caracteriza por ser mayoritariamente informal y subsidiariamente asistencial, basándose en el trabajo no remunerado de los cuidadores (por lo general, mujeres) y en la atención pública a la población sin recursos o que no supera ciertos límites de renta. No obstante, el crecimiento de la oferta pública y privada está permitiendo el acceso mediante copago de grupos de población con niveles de ingresos superiores a los que marcan los baremos asistenciales.

Este sistema, que ha prevalecido históricamente en nuestro país hasta la actualidad, ha sido clasificado como un caso específico del régimen mediterráneo o latino de bienestar: "asistencial" en

lo que se refiere a la naturaleza de la acción pública, ya que son las personas en situación de dependencia sin recursos las que tienen acceso a la red de prestaciones sociales existentes, lo cual supone la exclusión de amplios grupos de renta media y baja; y, sobre todo, "familístico", puesto que la familia (organizada en una red informal cuyo nodo suele residir en la mujer, que ejerce la labor de cuidadora principal) constituye la estructura social fundamental de cuidados personales; una estructura basada en la centralidad del trabajo no remunerado de la mujer, que hasta no hace mucho desempeñaba mayoritariamente el trabajo de ama de casa, pero ahora ha decidido aumentar su presencia en el mercado laboral.

Se trata, pues, de un modelo híbrido y descompensado, debido a que la carga material y moral de los cuidados recae primordialmente sobre las mujeres, que únicamente en los últimos años se están viendo relativamente aliviadas por el crecimiento de la oferta de servicios sociales (pública y privada). Se observa el lento concurso de la participación subsidiaria del hombre como cuidador mayoritariamente secundario y el empleo como cuidadoras de las mujeres inmigrantes, sobre todo latinoamericanas. El modelo que se ha ido configurando pivota, por tanto, sobre dos ejes: por una parte, la familia, más específicamente la mujer, asume casi en solitario la carga más importante de los cuidados en forma de tiempo no remunerado y con elevados costes de oportunidad; por otra parte, el sector público presta recursos para la protección de la dependencia que, además de insuficientes para hacer frente a las nuevas necesidades de cuidados personales, son excluyentes de la mayoría de la población y adolecen de una falta de coordinación integral en el conjunto del estado como consecuencia de la distribución actual de competencias en materia de servicios sociales.

El modelo de cuidados personales de las personas dependientes es altamente intensivo (en horas de cuidados a la semana) y extenso en el tiempo (en número de años de cuidados). A partir de un análisis de la EDDDES 1999 se ha estimado que casi el 45% de las personas dependientes recibe más de 40 horas de cuidados a la semana por parte del cuidador principal. Los dependientes severos absorben muchas más horas de cuidados que el resto: el 73,8% de este colectivo, más de 40 horas de ayuda personal a la semana. El 62,2% de los dependientes severos, el 34,8% de los dependientes graves y el 25,1% de los dependientes moderados reciben más de 60 horas de cuidados semanales (Rodríguez Cabrero, 2004). Encuestas recientes con-

firman la validez de estos datos en lo referente a la intensidad del cuidado de las personas mayores (IMSERSO, 2005)¹.

Los cuidados son, además de intensos, de larga duración, ya que casi el 42% de las personas dependientes los han recibido durante más de ocho años. El porcentaje se eleva hasta el 62% si se considera a quienes han recibido cuidados durante más de cuatro años. La duración media en años de cuidados (6,15) es muy elevada; mayor en el varón (6,58 años) que en la mujer (5,94), y también en la población menor de 65 años (7,13 frente a 5,71 años), como es lógico. Además, la media en número de años bajo el cuidado de cuidadores familiares (6,49) casi duplica la media en número de años bajo el cuidado de los servicios sociales (3,4) o de empleados domésticos (3,68).

La familia, y más concretamente la mujer, asume este sistema de cuidados personales sin compensación económica alguna en su inmensa mayoría. El 78% de los cuidadores familiares no percibe ninguna remuneración; el 10% ocasionalmente, y sólo el 12% de manera regular.

El modelo de solidaridad familiar en el que se asienta el esquema de protección social a las personas dependientes en España ha entrado en un proceso de transformación profunda debido a cambios coincidentes en el tiempo, entre los que cabe destacar: a) el declive del potencial de cuidadores familiares a causa de la reducción del número de mujeres cuidadoras y el aumento del número de ancianos que precisan cuidados de larga duración; b) el debilitamiento del modelo tradicional de familia, debido al aumento de la tasa de divorcios y de las familias monoparentales, así como de la permanencia de los hijos en el hogar hasta edades próximas a los 30 años; c) los cambios en la posición social de la mujer asociados a su incorporación creciente al mercado laboral, que reducen su potencial cuidador, sobre todo teniendo en cuenta la intensidad de los horarios que requiere el cuidado de larga duración, y d) la demanda creciente en favor de políticas de apoyo a los cuidadores, especialmente por parte de las mujeres y también de las personas mayores que ejercen las funciones de cuidadoras (una quinta parte del total).

¹ Véase también el capítulo tercero del *Libro Blanco de la Dependencia*. Cualquier ejercicio realizado con precios-sombra para valorar monetariamente el tiempo informal de cuidados de larga duración nos da una medida de su importancia social y económica (véase, en este sentido, Rodríguez Cabrero y Montserrat, 2002).

Así pues, si bien no es probable que la solidaridad familiar se reduzca sustantivamente, los factores señalados permiten afirmar que el modelo de cuidados hasta ahora dominante va a experimentar transformaciones significativas en los años venideros; transformaciones aceleradas por el propio proceso de envejecimiento, la integración laboral de la mujer y los cambios culturales e ideológicos sobre los cuidados familiares. Ello va a suponer que la solidaridad colectiva –es decir, los sistemas públicos de protección social– esté llamada a tener un papel más determinante que hasta ahora en la cobertura del riesgo de la dependencia y en el desarrollo de políticas sociales de apoyo a las personas dependientes y a la población cuidadora.

Hasta el momento, el sistema protector español de las situaciones de dependencia se ha caracterizado por su débil extensión, su baja intensidad y su descoordinación. En realidad, existen distintos subsistemas dirigidos a solventar problemas diferentes, desde varias administraciones públicas, y con orígenes históricos y efectos diversos. Como consecuencia de los cambios sociodemográficos y culturales ya mencionados, se está produciendo, sin embargo, una demanda creciente de servicios y prestaciones sociales de apoyo a la población dependiente y a los cuidadores. La solidaridad familiar tradicional requiere el complemento de servicios formales comunitarios y residenciales. Es precisamente aquí donde hay que destacar la situación real de los servicios de larga duración existentes. Se distinguen éstos por el bajo nivel de la oferta, así como por su desigualdad en la distribución territorial y en las condiciones de acceso. Llama, en concreto, la atención el desequilibrio entre un sistema sanitario universal y gratuito y un sistema de servicios sociales asistencial, al que accede sólo una parte de la población.

En la actualidad, sólo están protegidas algunas situaciones de dependencia de manera obligatoria, como consecuencia de accidentes en la actividad laboral o imposibilidad de trabajar por discapacidad. Sin embargo, en ningún caso se contempla la situación de dependencia derivada de la edad o de determinadas enfermedades, excepto cuando concurre la falta de recursos, es decir, cuando se aporta la prueba de ausencia de medios. Sucede así que grupos de población con rentas medias y bajas quedan excluidos tanto del sistema público, al que acceden en primer lugar las personas dependientes sin recursos, como del sistema privado, cuyo coste pueden asumir sólo parcialmente.

Por su parte, la protección sanitaria es universal en cuanto a cobertura, si bien incompleta en lo referente a la atención de muchas personas en situación de dependencia. De ahí que el déficit en la protección de la dependencia resida fundamentalmente en la oferta de servicios sociales y en el limitado y descoordinado impacto de las prestaciones monetarias por dependencia. En efecto, la cobertura de servicios sociales comunitarios es baja en términos comparativos con otros países de la Unión Europea (UE) a pesar de su fuerte crecimiento en los últimos años, tal como señala el *Libro Blanco de la Dependencia*: 3,14% de las personas de 65 y más años reciben ayuda a domicilio; 2,05% disponen de teleasistencia y 0,46% son atendidos en centros de día. Se observa asimismo una oferta creciente de residencias privadas, que tiende a la subocupación a medio plazo.

Así pues, mientras el derecho a la protección sanitaria es efectivo, aunque limitado en prestaciones para situaciones de dependencia, no sucede lo mismo con el derecho a los servicios sociales, un derecho "debilitado", de naturaleza asistencial. Los servicios sociales han sido desarrollados por cada comunidad autónoma, toda vez que a ellas corresponde la competencia en esta materia. Se ha generado así una creciente desigualdad entre regiones en cuanto a cobertura e intensidad protectora, a pesar del esfuerzo nivelador, aunque insuficiente, del Plan Concertado de Servicios Sociales Municipales.

El cuadro 3 recoge los distintos recursos y dispositivos protectores actualmente existentes para cubrir situaciones de dependencia: los servicios sociales, las prestaciones económicas, las ayudas fiscales y las ayudas al cuidador. No se entra aquí en el análisis pormenorizado de estos recursos, remi-

CUADRO 3

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SERVICIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA

<i>Servicios sociales</i>	<i>Prestaciones económicas de la seguridad social y comunidades autónomas</i>	<i>Desgravaciones fiscales Ley 40/ 1998, IRPF</i>	<i>Conciliación de la Vida Familiar y el Trabajo (Ley 39/ 1999)</i>
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y Teleasistencia	Ayuda de tercera persona por gran invalidez	Mínimo personal: desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	Reducción de jornada
Centros de día	Complemento por invalidez no contributivo 75% discapacidad	Mínimo familiar: desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	Excedencia por cuidados hasta un año
Residencias asistidas	SATP (LISMI) Prestación por hijo a cargo con grado de discapacidad superior al 75%		
Pisos protegidos y servicios de respiro	Ayudas puntuales de las comunidades autónomas y los ayuntamientos		

Fuente: Elaboración propia.

tiendo al lector interesado al capítulo octavo del *Libro Blanco de la Dependencia*.

Las estimaciones del gasto en protección a la dependencia han tenido un cierto desarrollo durante los últimos años (por ejemplo, Montserrat, 2003, 2005; Rodríguez Cabrero, 1999). El *Libro Blanco* cifra un gasto en 2003 de 2.357 millones de euros (el 84% en servicios y el 16% en prestaciones monetarias). Ello viene a suponer aproximadamente el 0,32% del PIB. En términos comparados, España realiza todavía en la actualidad un esfuerzo muy limitado de gasto público en protección a la dependencia. Como término de referencia, téngase en cuenta que el gasto público en cuidados de larga duración, sin incluir el gasto sanitario, representaba en el año 2000 un 3% del PIB en Dinamarca o un 2,8% del PIB en Suecia, y en otros países con una tradición de protección social menos universal –por ejemplo, en Reino Unido, Austria, Francia e Irlanda– en torno al 0,7% (Comisión y Consejo de la Unión Europea, 2003; Rodríguez Cabrero, 2005).

En suma, los factores que condicionan las políticas de protección social a la dependencia en España son el creciente número de personas dependientes mayores de 65 años, la crisis inevitable del sistema tradicional de ayuda informal de la familia y la oferta limitada de prestaciones y servicios sociales públicos; todo ello en un contexto de ausencia de un modelo público coordinado de atención a las personas en situación de dependencia. Estos factores han puesto de manifiesto los límites del actual modelo de cuidados en España y la necesidad de establecer una política pública integral de largo alcance. El impacto del envejecimiento de la población requiere una política a largo plazo, semejante a la que está teniendo lugar progresivamente en la política de pensiones. Por lo demás, aun siendo cierto que la población mayor de 65 años constituye el grupo más numeroso de la población en situación de dependencia, no cabe olvidar que ésta recorre toda la estructura de edades de la población española. Si bien los niveles protectores del colectivo menor de 65 años han sido crecientes durante las dos últimas décadas, todavía existen lagunas importantes que no cabe olvidar en el diseño de la nueva política pública y que inciden, sobre todo, en el apoyo a las ABVD de los discapacitados ocupados.

La iniciativa conjunta de la Comisión y el Consejo europeos en marzo de 2003 plantea una estrategia de universalización de la atención social a la dependencia, prestación de asistencia de un alto nivel de calidad y sostenibilidad de los sistemas

de asistencia. Esta estrategia parte de la coexistencia de cuatro diferentes modelos nacionales de protección social –liberal, continental o de seguridad social, nórdico y latino– que, sin duda, suponen ciertos límites al desarrollo de estrategias comunes.

En general, los diferentes modelos pueden dividirse, no sin cierto esquematismo, en modelos de naturaleza universal (a su vez, de dos tipos: universales y de seguro público) y en modelos de carácter asistencial (Jacobzone, *et al.*, 1998; Jenson y Jacobzone, 2000). La tendencia general dominante en los países de la UE respecto de la protección social a la dependencia se orienta hacia los modelos de naturaleza universal (en sus dos versiones). Se trata, en cualquier caso, de modelos *topados*, cuyos servicios o prestaciones monetarias cubren una parte del coste de los cuidados de larga duración y que, en mayor o menor medida, contemplan el copago. El asistencialismo parece estar en cierto retroceso, mientras que se abre camino la política de universalización del derecho social a la protección de las situaciones diversas de dependencia, lo que supone que la accesibilidad no dependa tanto de los recursos del beneficiario, sino de la necesidad social. Éste es el esquema u opción política del *Libro Blanco de la Dependencia*: un modelo universal que reconozca una serie de prestaciones básicas o *topadas* según el grado de dependencia y, por tanto, abiertas al copago.

Esta “tendencia general” de los sistemas nacionales de protección social que forman parte del modelo social europeo plantea dos preguntas a las que, de manera tentativa y esquemática, se va a intentar dar respuesta en los siguientes apartados: en primer lugar, qué modelo protector puede ser más efectivo en España en términos de igualdad y eficiencia; en segundo lugar, cuál es el coste de un modelo universal y cómo financiarlo. Ambas preguntas son inevitables en un contexto marcado por la necesidad de desarrollar una política integral de protección social a la dependencia (reforzada por las tendencias protectoras de los países de la UE) y, al mismo tiempo, por la tendencia a la contención del gasto social público. Su adecuada respuesta en el debate científico y político condicionará la efectividad de la acción protectora en el futuro.

3. MODELOS DE PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA

La extensión actual de la dependencia y, sobre todo, la intensidad que va a cobrar en los

años venideros estimula la creación de un sistema de protección social que, idealmente, debe ser universal, coordinado, equilibrado territorialmente y sostenible a largo plazo. Tal como indican la experiencia internacional y la literatura científica, los modelos de protección social –descartado el modelo asistencial actualmente existente en España– pueden ser de tres tipos: financiado con impuestos generales (países nórdicos), financiado con cotizaciones a la seguridad social (como, por ejemplo, en Alemania, Austria y Luxemburgo) o mixto, en el que una parte del coste se subviene mediante cotizaciones sociales y otra parte mediante impuestos generales (Pacolet *et al.*, 1998; Montserrat, 2005). Todos ellos tienen, teóricamente, sus ventajas e inconvenientes. En la práctica concreta de cada país pueden variar en función del modelo de estado del bienestar y del sistema de competencias. Teniendo ambas variables en cuenta, posiblemente un modelo mixto sea el preferible para el caso español; un modelo en cuya financiación se impliquen las diferentes administraciones públicas y que incluya un copago razonable que no desvirtúe el principio de universalidad efectiva de la acción protectora. Ello implica ciertamente que las prestaciones básicas estén aseguradas por las administraciones centrales, es decir, por la legislación nacional y el sistema de seguridad social español.

La protección de la dependencia tiene un doble soporte constitucional. El artículo 41 de la Constitución Española (CE) permite interpretar dicha protección como derecho subjetivo en el ámbito de la extensión y el perfeccionamiento de la seguridad social “para todos los ciudadanos” que precisen “asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”. En este mismo sentido se han posicionado instituciones como el Defensor del Pueblo y diferentes organizaciones sindicales y expertos². También cabe mencionar el apoyo de los agentes sociales y económicos³ y la renovación del Pacto de Toledo en octubre de 2003, que aprueba una recomendación adicional a favor de “un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia... a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia”. Desde el punto de vista competencial, el artículo 149.1 de la CE reconoce al estado la competencia en la regulación de las

² Véase, por ejemplo, Frades (2002), Maravall (2003), Casado (2004), Rodríguez Rodríguez (1998 y 1999), Rodríguez Rodríguez y Sancho (1995).

³ Véase el “Acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social” de 3 de abril de 2001.

condiciones básicas de igualdad en el ejercicio de los derechos, mientras que el 149.17 establece su competencia en la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social.

Este marco constitucional permite materializar una cobertura universal que proteja las diferentes situaciones de dependencia, superando el restrictivo marco asistencial en el ámbito de los servicios sociales y, también, aunque en menor medida, en la atención sanitaria. Hay que recordar que la protección social de la dependencia supone garantizar cuidados de larga duración que, por su propia naturaleza, son en parte sociosanitarios. La atención sanitaria es actualmente universal y gratuita, pero incompleta, ya que no contempla de manera específica, por ejemplo, la rehabilitación, entre otras prestaciones sanitarias relacionadas con la dependencia. Es preciso, pues, fortalecer la coordinación sociosanitaria, dado que las fronteras entre lo sanitario y lo social son porosas.

La intensidad protectora de las prestaciones sociales debería depender, en primer lugar, de la gravedad de la dependencia evaluada por equipos multidisciplinares de las comunidades autónomas mediante un baremo estatal que garantice el principio de igualdad. La dependencia podría fijarse en tres grados: moderada, grave y severa, lo que no excluye gradaciones dentro de cada nivel, en función del tipo de necesidades (instrumentales, personales o mixtas). Un sistema de evaluación mixto de tipo médico-psico-social podría cumplir adecuadamente las funciones de determinación del tipo de dependencia y definir el modelo de cuidados adaptado a cada necesidad personal.

Las prestaciones pueden adquirir tres modalidades: en dinero, en servicios o mixtas. Las prestaciones en servicios (directas por el sector público, concertadas con el sector privado o mediante cheque-servicio) suelen presentarse como el ideal de prestación, ya que se genera empleo, a la vez que el recurso utilizado puede resultar más efectivo y de evaluación relativamente eficaz. Sin embargo, la prestación económica tiene la ventaja de que la persona en situación de dependencia puede utilizarla como compensación al cuidador informal o como ayuda para financiar la contratación de un cuidador en el mercado, maximizando su libertad de elección.

Ahora bien, la utilización incontrolada de la prestación económica puede ser un incentivo para que el cuidador, o más concretamente la mujer cuidadora, renuncie a buscar empleo o lo abandone,

al tiempo que podría frenar la necesaria expansión de una red de servicios sociales. Sería, por tanto, conveniente modular (sin restringir) la libertad de opción entre prestación en dinero y en servicios, estableciendo límites en función de la necesidad a proteger y el grado de dependencia. Entre el modelo japonés (que no contempla más que servicios determinados) y el modelo alemán (que permite una libertad casi absoluta de elección) pueden establecerse fórmulas intermedias (por ejemplo, el modelo luxemburgués, que restringe la libertad de elección a medida que aumenta la gravedad de la dependencia). A estas prestaciones dirigidas a proteger a la persona dependiente habría que añadir otras destinadas a proteger al cuidador o cuidadora, que también son contempladas en los sistemas de protección continental y nórdico: el apoyo directo a la persona cuidadora reconociendo el tiempo de excedencia por cuidados a efectos de la carrera laboral (o de cotización a la seguridad social), así como la oferta de servicios de respiro, información y formación para los cuidados.

decir, de si las prestaciones son predominantemente en servicios, económicas o mixtas), del tipo de servicios ofertados y de la intensidad de su utilización, del sistema de provisión y de los precios de los servicios. Ello significa que existe una amplia variabilidad en el coste público de un modelo de dependencia.

Durante los últimos años se han hecho estimaciones del coste público sobre la base de diferentes hipótesis (Montserrat 2003 y 2005; Rodríguez Cabrero y Montserrat, 2002). La más reciente toma como referencia la población dependiente estimada en el *Libro Blanco*, aplica un modelo hipotético relativamente parecido al alemán (la mitad de la población opta por servicios y la otra mitad por las prestaciones económicas), basándose en dos hipótesis de copago (del 25 y del 50% del coste real) y en un modelo de consumo de servicios que se incrementa a medida que aumenta la dependencia (Montserrat, 2005). Los resultados, resumidos en el cuadro 4, son los siguientes: con un tipo de copago por servicios del 50% (que supondría 3.498,27 millones de euros de gasto público y otra cantidad igual como copago), el coste público total ascendería a 5.340,68 millones de euros en 2005 en servicios y prestaciones monetarias; con un copago por servicios del 25% (un total de 1.749 millones de euros de copago), hipótesis que coincide con la tendencia general de aportación media del usuario en los países de la UE, el coste público se elevaría a 7.703,97 millones de euros para dicho año en servicios y prestaciones monetarias. Dado que el gasto público estimado en 2005 es del 0,36% del PIB (en torno a 3.000 millones de euros), el resultado supondría esfuerzos adicionales de gasto público entre un mínimo del 0,28% y un máximo del 0,56% del PIB para lograr una cobertura universal

4. COSTE, FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE UN SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

El coste total de un sistema de protección social a la dependencia es siempre superior al coste del seguro público, ya que el primero incorpora el copago y los costes totales (tanto en tiempo de cuidados como de oportunidad) que este segundo no comprende. Por lo demás, el coste del seguro público depende del modelo protector (es

CUADRO 4

COSTE PÚBLICO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA. GASTO ACTUAL Y ADICIONAL EN 2005 EN FUNCIÓN DE DOS HIPÓTESIS DE COPAGO

<i>Coste público de la protección social a la dependencia</i>	<i>Hipótesis alta de gasto público (copago del 25%)</i>	<i>Hipótesis baja de gasto público (copago del 50%)</i>
Coste total prestaciones en servicios y monetarias	7.703,97	5.340,68
Porcentaje del PIB	0,92	0,64
Gasto público actual (2005)	0,36	0,36
Gasto público adicional necesario	0,56	0,28

Fuente: Montserrat (2005).

completa. Cualquiera de las dos hipótesis es asumible, dado nuestro actual nivel de crecimiento económico, y exigible en todo caso para un desarrollo social que dé prioridad a la calidad de vida personal y familiar.

La financiación del seguro de dependencia depende de varios factores: la tradición de cada país (modelo continental, liberal o nórdico de seguridad social), el entorno económico y el equilibrio de las cuentas públicas, el tipo de acuerdo entre los agentes sociales y económicos y, finalmente, el tipo de copago. Conviene insistir en que la financiación de las prestaciones va dirigida a cubrir una parte importante del coste de la dependencia, pero no la totalidad. Ningún modelo europeo de protección tiene una cobertura ilimitada. La financiación de la dependencia en los diferentes modelos continentales y nórdicos se limita a garantizar unas prestaciones económicas o ayudas consideradas "básicas", o unas prestaciones en servicios, cuyo límite, en este último caso, son los precios públicos existentes o un porcentaje de éstos.

En cualquier caso, parece claro que el modelo de financiación del sistema de protección de la dependencia debe ser mixto, teniendo en cuenta la necesidad de implicación de varias administraciones públicas y del usuario, y acordado entre las administraciones públicas y los agentes sociales. Un modelo tentativo, que he propuesto para el debate, se asentaría en los siguientes puntos (Rodríguez Cabrero, 2004):

a) La seguridad social financiaría las prestaciones básicas de la población dependiente, tanto económicas como en servicios, con carreras de tipo contributivo, así como las cotizaciones de la población trabajadora en situación de excedencia por razón de cuidados a un familiar. Ambas se financiarían con una fracción de las cuotas de las cotizaciones sociales. Los incapacitados para el trabajo tendrían el mismo derecho a las prestaciones y servicios, si bien su financiación se podría hacer con cargo a los impuestos generales del estado. Por tanto, la financiación de la parte no contributiva se subvendería mediante impuestos generales, aun cuando tales recursos estarían integrados en la Tesorería General de la Seguridad Social. Se integrarían también en una única fuente de financiación aquellos gastos sociales relacionados con la dependencia y que en la actualidad están incluidos en otras partidas presupuestarias.

b) Las comunidades autónomas aportarían la red sanitaria, que está bajo su competencia, y la

red residencial o especializada financiada. A las transferencias de los servicios sanitarios ya realizadas habría que añadir la parte correspondiente de la administración central para financiar los servicios sociales y la parte adicional propia que las comunidades autónomas incorporarían para financiar el mantenimiento de la red de servicios o mejorarlos en función de sus propias políticas sociales. Por su parte, los ayuntamientos garantizarían el mantenimiento de la red de servicios comunitarios (ayuda a domicilio, centros de día, algunas residencias y servicios complementarios).

De cualquier modo, se hace preciso conciliar el principio de igualdad en todo el estado con el principio de competencia y corresponsabilidad fiscal de las comunidades autónomas. El primer principio exige universalidad e igualdad en el acceso al sistema (por tanto, igual baremo en todo el territorio español para definir los distintos niveles de dependencia) y en las prestaciones básicas, así como la garantía de éstas en el caso de incapacidad del copago de los servicios. Las comunidades autónomas tienen la competencia en materia asistencial y de servicios sociales, si bien no en exclusiva, y por tanto no sólo la responsabilidad y competencia de su gestión, sino también la de su posible mejora en función de los distintos niveles de vida. La articulación de las competencias en esta materia será crucial para evitar transferencia de costes en un sentido (de las comunidades autónomas al estado, como en parte ha sucedido recientemente en el caso de la sanidad) u otro (evitando que el modelo de prestaciones básicas del estado transfiera progresivamente el coste a las comunidades autónomas, tal como ha sucedido en Alemania, donde los *Länder* y los ayuntamientos han asumido una creciente carga financiera debido a la congelación nominal de las prestaciones básicas durante años). De ahí que el sistema de financiación deba ir enlazado con el de la articulación de las competencias de los diferentes niveles de las administraciones públicas para evitar duplicidades competenciales, fallos administrativos, desplazamientos incontrolados de costes y otros posibles fallos de coordinación que repercutan negativamente en los principios de igualdad y equidad territorial.

En definitiva, al mismo tiempo que se pone en marcha una ley de protección social a la dependencia, será necesaria una inversión pública y privada importante para extender la red de servicios sociales. Sin una red extensa de servicios sociales, la opción mayoritaria seguiría siendo durante mucho tiempo la de las prestaciones económicas, y difícilmente se lograría la eficacia protectora.

5. CONCLUSIÓN

La necesidad de protección social a las personas en situación de dependencia ha pasado al primer plano de la agenda política como consecuencia de la confluencia en el tiempo de varios factores: el envejecimiento de la población; el progresivo agotamiento del modelo familiar de cuidados informales, en buena medida, como consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo; la necesidad de apoyo personal a las personas discapacitadas que trabajan; la creciente conciencia social de que los cuidados informales no constituyen un problema exclusivamente individual y familiar, sino también social; y, no menos importante, el efecto demostración de las políticas de protección social que se han puesto en marcha durante los últimos quince años en los estados del bienestar de la Europa continental, así como de las políticas de perfeccionamiento que han acometido los países nórdicos de tradición protectora universalista.

En este artículo se ha puesto de manifiesto la problemática de la estimación de la población en situación de dependencia a partir de las encuestas existentes. Contamos con aproximaciones tentativas a una realidad que cristalizará a principios de la próxima década, una vez se consolide el modelo protector que presumiblemente aprobarán las Cortes Españolas bajo forma de ley a lo largo de 2006. La opción por la que en este artículo abogo es la de un modelo de protección de tipo universal siguiendo la senda del modelo social europeo, si bien, por nuestra tradición de cobertura social de riesgos, pudiera materializarse una alternativa de tipo mixto, a mitad de camino entre un modelo de seguridad social financiado con cotizaciones y otro de tipo universalista financiado con impuestos. Tan importante como la financiación es la resolución de problemas institucionales que afectan al reparto de competencias entre las diferentes administraciones públicas, la garantía de la igualdad en el acceso y en las prestaciones básicas en todo el estado y una intensidad protectora suficiente, que no haga recaer sobre los ciudadanos una parte creciente del coste mediante un sistema de copago desligado de su capacidad real de renta. Entre un sistema universal de baja intensidad protectora y elevado copago (excluyente) y un sistema universal de alta intensidad, de difícil financiación y muy bajo copago, caben fórmulas intermedias, tal como nos demuestra la experiencia europea.

En todo caso, la protección social de la dependencia es una política de estado que tiene su

punto de partida en la regulación y financiación de las administraciones centrales de las prestaciones básicas, y su desarrollo y gestión tanto en las comunidades autónomas, que poseen la competencia en materia de servicios sociales, como en la administración local, en cuyo ámbito se proveen los servicios comunitarios y que representa la puerta de entrada en el sistema protector. En este modelo, el sector privado, tanto mercantil como sin ánimo de lucro, tiene un papel de colaboración en la gestión de servicios sociales, públicos y privados.

A la altura de 2005, el esfuerzo de gasto público de España en protección social a la dependencia es aún muy bajo, aunque el punto de partida no sea insignificante. El coste público estimado parece asumible por un sistema de protección social que, como el español, registra un bajo nivel de gasto social total, comparado con el conjunto de los países de la UE. De ahí que, sin restar importancia a la cuestión de la financiación, lo crucial y previo es la opción por un sistema institucional universal que garantice la igualdad de acceso, esté equilibrado territorialmente y coordinado entre las diferentes administraciones, y resulte sostenible a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A. y M.^a D. PUGA (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.

ABELLÁN, A. y PUGA, M. D. (2004), "Una estimación de la dependencia en España", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14 (5).

CASADO, D. (dir.) (2004), *Propuestas a la dependencia*, Madrid, CCS.

CASADO MARÍN, D. y G. LÓPEZ CASASNOVAS (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, Barcelona, Fundación la Caixa.

CONSEJO DE EUROPA (1998), *Recomendación N.º R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros relativa a la dependencia* (extraído en noviembre de 2005 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>).

COMISIÓN Y CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2003), *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores* (extraído en noviembre de 2005 de http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2003/cev503002_es.html).

DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid, Defensor del Pueblo.

FRADES, J. (2002), "La protección de las personas dependientes", Madrid, Gabinete Técnico Confederal de UGT (mimeo).

IMSERSO (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*, Madrid, MTAS (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/libroblancodeladependencia.html>).

IMSERSO (2005), *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*, Madrid, IMSERSO.

INE (2001), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999 (EDDES)*, Madrid, INE.

JACOBZONE, S. et al. (1998), *Long Term Care Services to Older People. A Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons*, París, OCDE.

JENSON, J. y S. JACOBZONE (2000), *Care Allowances for the Frail Elderly People and their Impact on Women Care-Givers*, París, OCDE.

MARAVALL, H. (2003), "El envejecimiento en España", *Cuadernos de Información Sindical*, Madrid, Comisiones Obreras.

MONTSERRAT, J. (2003), "El coste de la dependencia", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, número 13, 4.

– (2005), "El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo", *Presupuesto y Gasto Público*, 39/2005.

MORÁN ALÁEZ, E. (1999), "Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas", en RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

MORÁN ALÁEZ, E. y RODRÍGUEZ CABRERO (2005), "La población dependiente en España en 1999 y proyecciones a 2005 y 2015", Madrid (mimeo).

PACOLET, J. et al. (1998), *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

– (2004), "Protección social de la dependencia en España", *Documento de Trabajo 44/2004*, Madrid, Fundación Alternativas.

– (2005) "Modelos de protección social a la dependencia con especial referencia al espacio europeo", en NAVARRO, V. (dir.), *La situación social en España*, Madrid, Biblioteca Nueva.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. y J. MONTSERRAT (2002), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1998), "El problema de la dependencia de las personas mayores", *Documentación Social*, 112.

– (1999), "Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria", en DEFENSOR DEL PUEBLO (2000).

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. y M. T. SANCHO CASTIELLO (1995), "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 5.

La atención a las personas en situación de dependencia en España: una aproximación crítica al *Libro Blanco de la Dependencia*

MARGARITA LEÓN*

RESUMEN

Este artículo presenta una aproximación crítica al que ya se conoce, en España y en los países de nuestro entorno, como "problema de la dependencia", enfocando la atención en el *Libro Blanco de la Dependencia*, publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en diciembre de 2004. Se analiza, en primer lugar, la perspectiva desde la cual se articula la necesidad actual de elaborar una ley de protección a la dependencia que sirva de marco para la intervención pública en este ámbito, y en segundo lugar, el modelo que va a inspirar el diseño de la nueva normativa. Tras la lectura detallada del *Libro Blanco de la Dependencia*, el presente artículo concluye que su contenido constituye, en principio, un buen punto de partida, toda vez que ofrece un panorama completo del fenómeno, tanto en lo que se refiere a las personas que se encuentran en situación de dependencia y a aquellas que les prestan cuidados, como a las políticas sociales aplicables. Quedan, sin embargo, algunos interrogantes a los que el documento no ofrece respuesta.

1. LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO SOCIAL EN LAS POLÍTICAS CONTEMPORÁNEAS DE BIENESTAR

El objetivo del *Libro Blanco de la Dependencia* (LBD, a partir de ahora) es, según puede leerse en su presentación, "ofrecer al conjunto de las Administraciones Públicas, a los agentes sociales, a los movimientos representativos de las personas mayores y de las personas con discapacidad, a la

* Profesora de Política Social de la Universidad de Kent, Reino Unido.

comunidad científica, los proveedores de servicios y a la sociedad española entera, los elementos esenciales para poder desarrollar un debate con bases y fundamentos asentados en el rigor científico que desemboque en un deseable consenso general ..." (pág. 2). El LBD se concibe como un paso previo a la creación de un sistema nacional de atención a las personas dependientes, cuyos principios legales quedarán establecidos en la futura ley básica de protección a la dependencia.

El cuidado a los dependientes se ha convertido en una parte central de los estados del bienestar contemporáneos. El aspecto "cualitativo", es decir, el bienestar y las condiciones en las que se encuentran tanto los receptores del cuidado como los que realizan esa labor, está presente en gran parte de las discusiones sobre la reforma de los sistemas de bienestar actuales como un componente progresivamente visible del desarrollo de las políticas sociales. Es, en cierta medida, un eufemismo hablar de población dependiente cuando, en realidad, no existe su contrario, ya que todos los individuos, todos los grupos sociales, necesitan, de una manera u otra y en distintos momentos de su ciclo vital, cuidados y atención por parte de otros. Estrictamente, no hay por tanto una población "independiente" que podamos oponer a la "dependiente". La delimitación de las formas y los grados de dependencia es, no obstante, imprescindible para articular propuestas de intervención dirigidas a determinados colectivos.

El protagonismo del cuidado social en los debates actuales de reforma de los sistemas de bienestar está en parte motivado por el cambio de principios y valores culturales y sociales que han ido modificando la percepción de derechos y obliga-

ciones en la esfera del cuidado. Como parte del "proyecto civilizador", relaciones en el seno de la familia se mueven hacia estructuras más igualitarias. Este proceso de democratización funcional, como lo denominó el sociólogo Norbert Elias (1988), del que los estados del bienestar modernos son en parte responsables, tiene fuertes implicaciones para el cuidado social. En las sociedades modernas, la responsabilidad hacia el cuidado está cada vez más desmarcada de la unidad familiar y progresivamente entrelazada con las responsabilidades públicas del estado. Así, cada vez más, tareas consideradas de cuidado se incluyen como "bienes públicos", incluso cuando son desarrolladas en el ámbito privado. En este sentido, el cuidado social se sitúa en la intersección de las relaciones entre el mercado, el estado y la familia (Daly y Lewis, 2000). Lo que se ha dado en llamar la economía mixta del estado del bienestar a nivel macro (la división de las responsabilidades de cuidado entre el estado, el mercado, la familia y los sectores "informales") y a nivel micro (la división de estas tareas entre los individuos de una o varias unidades familiares) está ahora en el centro de un proceso complejo y lento de reajuste de las relaciones entre hombres y mujeres, así como entre generaciones.

No seríamos capaces de entender los desafíos a los que se enfrenta el cuidado social hoy sin este trasfondo de democratización de las relaciones familiares. La "democratización" afecta tanto a los *cuidados* como a los *cuidadores*. Las referencias a los derechos al cuidado, tanto en el caso de niños como en el de enfermos y ancianos, están muy presentes en la justificación de estas políticas y han sido articuladas como carta de derechos por las distintas organizaciones internacionales. En el caso concreto del *LBD*, el derecho a la protección en casos de dependencia y vejez se articula como derecho fundamental de ciudadanía. Como puede leerse en las páginas introductorias del documento: "Nos encontramos ante el reto de atender a las personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad al precisar de apoyos para poder ejercer sus derechos de ciudadanía ..." (pág. 3).

Igual relevancia cobra el ejercicio de derechos de ciudadanía de las personas, fundamentalmente las mujeres, que vienen realizando las labores de cuidado sin prácticamente ningún tipo de reconocimiento público ni apoyo social. De acuerdo con los argumentos de las sociólogas feministas, la relación de las mujeres con el estado del bienestar se cimienta en una situación de partida desigual según la cual, por una parte, su exclusión de las relaciones formales de producción las ha relegado históricamente a

una protección social no por derecho propio, sino "derivada" a través del sustentador principal de la familia y, por otra parte, la labor que han venido realizando como cuidadoras en el ámbito familiar ha sido imprescindible para el propio funcionamiento del estado del bienestar. Tal y como señaló Pateman (1989: 183) hace más de una década: "el carácter público de la esfera de la sociedad civil y el estado se construye, y adquiere significado, a través de lo que excluye: la asociación privada de la familia".

Así pues, la visibilidad del cuidado social está directamente relacionada con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y con el debilitamiento de los roles de género en la asignación de tareas en el ámbito público y privado. El crecimiento del empleo femenino, particularmente en el sector servicios, motiva una serie de cambios que repercuten en la esfera del cuidado social. El empleo femenino en el sector servicios es, de hecho, un proceso que se refuerza a sí mismo. La economía de servicios facilita la entrada de las mujeres en el mercado de trabajo y, a su vez, el empleo femenino crea normalmente una demanda hacia los servicios proporcionados en este sector.

Por lo tanto, el empleo en el sector servicios y, en general, el aumento de las tasas de empleo femenino están alterando de forma muy significativa las fronteras entre trabajo remunerado y no remunerado. Actividades que se consideraban hasta hace relativamente poco de ámbito privado se mercantilizan transformándose en fuentes de trabajo remunerado gestionado tanto pública como privadamente. Esta "mercantilización" de muchos aspectos del cuidado social hace que la variable de género sin más, es decir, la división entre hombres y mujeres, no sea satisfactoria *per se* en el análisis de las divisiones sociales y el cuidado. Resulta cada vez más imprescindible su cruce con la posición socio-económica y laboral, ya que ésta afecta a las diferencias no sólo entre hombres y mujeres, sino también entre mujeres de distintos niveles de formación e ingresos económicos.

Pero, junto a estos procesos que otorgan legitimidad a la implantación de políticas sociales de cuidado incluso en países, como España, con poca tradición de intervención en ese ámbito, existen en paralelo, y como fuerza encontrada, discursos de contención del gasto social y sanitario. Los poderes públicos que apuestan, no obstante, por ofrecer una mayor oferta de servicios públicos ante la dependencia ponen no poco empeño en demostrar que lo que se computa como gasto social a efectos estadísticos puede también considerarse

inversión desde distintos puntos de vista. El último capítulo del *LBD* recoge la siguiente reflexión: “somos conscientes de que el debate técnico o científico sobre políticas públicas de protección social está íntimamente relacionado con el debate sobre la política de control del gasto público y de estabilidad presupuestaria y del sistema de la Seguridad Social. Sin embargo, es preciso señalar que, en materia de servicios sociales, los recursos económicos que se emplean producen un efecto multiplicador en la calidad de vida de las personas y en la generación de empleo, además de un importante ahorro en el sistema sanitario” (cap. XII, pág. 24).

Desde la perspectiva de las políticas públicas, hay que tener en cuenta que el cuidado social afecta prácticamente a todas las dimensiones del estado del bienestar. Cualquier intento de conceptualización del fenómeno tiene que considerar su multidimensionalidad. El “universo de la provisión”, como afirma Daly (2002), varía enormemente entre los distintos países. También es un concepto y un terreno de investigación ubicuo porque cruza las fronteras tradicionales entre los ámbitos público y privado, y el trabajo pagado y no pagado, e implica a distintos agentes sociales y medios institucionales (Leira y Sarraceno, 2002). Todos estos aspectos tienen importancia a la hora de definir e interpretar la prestación de cuidados en el marco de las políticas sociales concretas en un momento determinado en el tiempo. En el caso de la dependencia, los campos que intervienen fundamentalmente son la salud pública y los servicios sociales. De ahí que, en muchos países, la atención a la dependencia se considere dentro del ámbito socio-sanitario. Pero también se involucran de manera crucial otras políticas, como el sistema de pensiones y la protección social. Además, si tenemos en cuenta que una futura ley de protección a la dependencia afectará no sólo a las personas en situación de dependencia, sino también a quienes se hacen cargo de los dependientes, tanto profesionalmente como en el medio familiar, entonces esta nueva política social influye en otras áreas de interés político, como la inmigración o la conciliación entre la vida profesional y la familiar.

2. LA DEPENDENCIA, UN CONCEPTO COMPLEJO

Quizá el primer paso que es preciso dar antes de iniciar un análisis riguroso del fenómeno que aquí nos ocupa sea la aclaración de a qué nos refe-

rimos cuando hablamos del “problema de la dependencia”, y hasta qué punto nos encontramos ante un problema de reciente creación.

En primer lugar, la complejidad de la dependencia –en la medida en que recorre varios ámbitos de las políticas públicas y en que su definición, por precisa que sea, está sujeta a interpretaciones diversas y a veces contrapuestas– exige la articulación de unos criterios objetivos y contrastables que detallen no sólo qué situaciones se considerarán “dependencia” y cuáles no, sino también el establecimiento de un gradiente capaz de ordenar los distintos estados de necesidad en función del nivel de gravedad. Es decir, lo que parece a priori difícil es determinar exactamente qué situación o situaciones garantizan el acceso al derecho. Hay una fuerte dimensión social tanto en lo que entendemos por dependencia como en lo que consideramos “necesidades de la vida cotidiana”. Esta imprecisión, por llamarla de alguna manera, es intrínseca a la cuestión de la dependencia, mientras que no afecta a otros ámbitos de la política social. Así, el *LBD* dedica no poco esfuerzo a resolver este problema de conceptualización, apoyándose para este fin en la extensa bibliografía producida en las últimas décadas por parte de organismos internacionales.

En concreto, el *LBD* sigue la recomendación de 1998 del Consejo de Europa que define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. De manera más precisa, la dependencia se articula como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes con el fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (pág. 4).

El documento adopta también el esquema conceptual elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001, en el cual conceptos habitualmente relacionados con situaciones de dependencia se sustituyen por otros que pretenden reflejar de una manera más fiel las circunstancias de las personas que atraviesan esta situación. Así pues, el término “deficiencia” se sustituye por “déficit en el funcionamiento”; “discapacidad” por “limitación en la actividad”, y “minusvalía” queda considerada como “restricción en la participación”. Esta aproximación al problema parece acertada, toda vez que pretende prescindir de conceptos con cierta carga negativa (que hacen refe-

rencia, de una u otra manera, a la “anormalidad”) y subraya el carácter más relacional y flexible, esto es, el reconocimiento de que la dependencia no es siempre una circunstancia vital que afecta a la persona durante el resto de su vida, sino que, en muchos casos, existe un componente de reversibilidad. La limitación en la actividad y la restricción en la participación pueden resolverse con intervenciones como la rehabilitación, adaptaciones en la vivienda, accesibilidad de los servicios, etc. Por poner un simple ejemplo, dos personas con similares restricciones físicas a la movilidad no son igual de dependientes si la vivienda de la primera se encuentra en el quinto piso de un edificio sin ascensor y la segunda habita una planta baja con fácil acceso a la calle. Los ejemplos pueden ser innumerables, pero lo que importa subrayar es el hecho de que una adecuada intervención con una apropiada política pública puede no sólo contribuir a aliviar el problema, sino también incidir en la propia naturaleza del fenómeno.

Como bien explica el *LBD*, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población. Existe, sin embargo, un vínculo estrecho entre edad y dependencia. El número de individuos con limitaciones en su capacidad funcional es mucho mayor en los grupos de edad más elevados, particularmente a partir de los 80 años. De hecho, con demasiada frecuencia se equipara dependencia con vejez, dejando en segundo plano a todas aquellas personas con restricciones en la participación y en la actividad que se encuentran en un momento distinto de su ciclo vital. Lo cierto es que la consideración dentro de una categoría unitaria de riesgo social, como es la dependencia, de circunstancias y situaciones que son muy distintas entre sí puede llevar a confusión a la hora de delimitar necesidades y articular medidas. Los autores del *LBD* habrían hecho bien formulando diagnósticos y proponiendo intervenciones que distingan entre los distintos grupos de edad. Consciente de este flanco débil del *LBD*, y para evitar caer en el error de generalizaciones desafortunadas, en este artículo me referiré, sobre todo, a las necesidades de cuidado y las circunstancias de dependencia de la población mayor, de relevancia algunas veces, pero no siempre, para el análisis de la dependencia en personas cuyo déficit en el funcionamiento no está ligado al envejecimiento.

En cuanto a la segunda pregunta planteada al inicio de este apartado, la de la novedad de la dependencia como problema, ya se han mencionado antes algunos factores que le han otorgado protagonismo en el escenario de la actual realidad

social española. En una primera aproximación, comprobamos que, si bien, como es obvio, la dependencia no es un fenómeno nuevo, sí que ha cambiado radicalmente la escala del problema. Las estimaciones de población dependiente realizadas a partir de la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDEDES)*, de 1999, apuntan a un 2,4% del total de población española en situación de dependencia: casi dos millones y medio de personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria; por lo tanto, consideradas beneficiarias con derecho a protección con cargo al futuro sistema nacional de dependencia.

En un segundo nivel, la puesta en marcha de medidas destinadas a paliar situaciones de dependencia guarda estrecha relación con la creciente definición del problema como cuestión que ha de ser resuelta colectivamente, y no como un dilema individual que atañe únicamente a la unidad o unidades familiares correspondientes. Precedida por intervenciones ya muy consolidadas en otros países europeos, y amparada por un sólido marco normativo a escala europea e internacional, la respuesta pública a situaciones de dependencia a través de una red socio-sanitaria adecuada se considera hoy una pieza tan imprescindible del estado del bienestar como antes lo eran, casi en exclusividad, los sistemas públicos de pensiones. Así, en el primer capítulo del *LBD* se afirma que “la adecuada regulación de un sistema de protección social de las personas en situación de dependencia es, hoy por hoy, la gran asignatura pendiente de la protección social en España” (pág. 10).

Relacionado con lo anterior, los cambios en el modelo de familia y, fundamentalmente, en la posición social de las mujeres han provocado la práctica de soluciones “alternativas” a formas tradicionales de cuidado a personas dependientes. Si bien con frecuencia se vincula el déficit en el cuidado de las personas dependientes con la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral (al menos en el contexto español), una futura ley de protección a la dependencia puede plantearse la relación inversa; es decir, determinadas políticas dirigidas a la atención de las personas en situación de dependencia pueden ofrecer oportunidades de empleo que contribuyan a aliviar las dificultades que, en ocasiones, encuentran las mujeres para participar en el mercado de trabajo.

Esto explica, por ejemplo, el interés de los sindicatos en consensuar una ley nacional de protección a la dependencia cuya aplicación podría generar una demanda de empleo en el sector ser-

vicios que sería cubierta fundamentalmente con empleo femenino¹. Así, una red articulada de servicios socio-sanitarios conseguiría regular y “formalizar” una actividad que todavía queda mayoritariamente restringida al ámbito del trabajo no remunerado de las mujeres en el hogar, y que recientemente ha ido trasladándose al terreno semi-formal del trabajo de mujeres inmigrantes como cuidadoras en el hogar. Como veremos a continuación, este “cruce de fronteras” entre el empleo no remunerado y el remunerado, y entre el empleo público y el privado, es uno de los rasgos que conforman el escenario actual del cuidado social en los países europeos.

3. MODELOS Y REFERENCIAS: LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN PAÍSES DE LA UE

Como base para articular una propuesta concreta al problema de la dependencia en España, el *LBD* presenta los tres grandes modelos de cobertura de las demandas generadas por la dependencia: 1) el modelo “universalista”; 2) el modelo “de protección social”, y 3) el modelo “asistencialista”.

1) El sistema *universalista* se caracteriza por financiarse a través de impuestos y por estar fundado en el principio de ciudadanía; es decir, garantiza asistencia sanitaria y social “gratuita”, su cobertura es universal, no está sometida a prueba de recursos. Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, similar por tanto a la política educativa y sanitaria. Opta por la profesionalización del cuidado social, con un alto nivel de calidad asistencial y diferentes categorías ocupacionales ajustadas a las necesidades de los cuidados de larga duración. Se trata, por lo tanto, de empleos regulados en su mayoría por el sector público. La gestión de los servicios sociales suele ser competencia de las autoridades locales. Este sistema universalista es propio de los estados del bienestar socialdemócratas de los países escandinavos, con una fuerte tradición en garantizar derechos sociales a través

¹ De acuerdo con la investigación “La base del iceberg”, realizada por la socióloga María Ángeles Durán, el 5% de los responsables del hogar (mujeres en el 95% de los casos) dedica un promedio de al menos cinco horas diarias a cuidar a un familiar enfermo o dependiente. Según la autora, para sustituir ese tiempo por trabajo remunerado sería necesario crear en España al menos 600.000 puestos de trabajo.

de una noción de ciudadanía asentada en el principio integrador de solidaridad social.

El principal impedimento para la implantación de este sistema es su elevado nivel de gasto (entre el 2,6 y el 3% del PIB). Otros factores que posibilitan la creación y el funcionamiento de este sistema de dependencia en los países nórdicos, pero que no están presentes en países de corte más “asistencialista” (como España) son, en primer lugar, la existencia de una base fuerte de servicios socio-sanitarios, que permite la extensión de estos servicios a nuevos grupos de riesgo, y en segundo lugar, la presencia de un elevado consenso social sobre el funcionamiento de este tipo de medidas públicas y, en consecuencia, sobre la conveniencia de un elevado nivel impositivo. Aun cuando el funcionamiento de estos modelos universalistas ha sido revisado en los últimos años, sobre todo para introducir elementos de contención del gasto público, mantienen básicamente su vigencia.

2) El modelo de *protección social* es el que predomina en países como Alemania, Austria y, hasta cierto punto, Francia. En estos países, el cuidado a las personas dependientes se concibe como un seguro a la dependencia, quedando integrado en la seguridad social como una forma más de aseguramiento, equivalente a las pensiones de vejez, de invalidez o a las prestaciones por desempleo. Se financia a través de cotizaciones de trabajadores y empresarios, y no vía impuestos generales como en el caso anterior. Aunque también se proporcionan servicios directos, la dependencia se articula, sobre todo, como prestación económica, o bien directamente a la persona que necesita los cuidados, o a la familia cuidadora, o a un profesional para que realice las tareas de cuidado, muchas veces en la propia casa de la persona necesitada. Las prestaciones tienen un tope, y la situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, de los que se derivan prestaciones monetarias de diferente cantidad o servicios de distinta intensidad o duración. La gestión de las prestaciones está centralizada, pero los servicios se encuentran descentralizados en las administraciones territoriales.

3) Por último, el modelo *asistencialista*, en el que se incluye España junto con el resto de los países del sur de Europa, se caracteriza por proporcionar una cobertura limitada a aquellas personas en situación de dependencia, con insuficientes recursos económicos y, aunque no reconocido explícitamente, con carencias de apoyo familiar. En este modelo opera el principio de subsidiariedad, según el cual el estado interviene sólo cuando la familia,

entendida de manera amplia, es incapaz de proporcionar el cuidado. Es decir, se presupone la obligatoriedad de la familia de ocuparse de la persona dependiente a través de su cuidado directo, o bien pagando los servicios de atención (por ejemplo, residencias). Su limitado alcance está, en cierta medida, amortiguado por la labor de organizaciones privadas, financiadas muchas veces mediante fondos públicos. En España, por ejemplo, y según la encuesta *EDDES* de 1999, el sistema proveedor privado con fines de lucro proporciona el 55,6% del total de la cobertura; el 13% corresponde a la categoría "otro sistema privado", y el 33,5% al sector público. En el caso de las personas en situación de dependencia mayores de 80 años, la ayuda técnica por parte del sector privado con fines de lucro alcanza casi el 60% del total (cap. I, pág. 59).

A pesar de estudiar las condiciones, las ventajas y los inconvenientes de los tres sistemas, el *LBD* apuesta claramente por el modelo alemán, al que dedica más espacio que a ningún otro. Es una elección que parece haber sido tomada de antemano, y en este sentido llama la atención la ausencia de referencia a otros modelos, como por ejemplo el inglés, que llevan funcionando muchos años. Sin mucho preámbulo, el *LBD* ve en la seguridad social una vía de financiación preferente. En consecuencia, es a esta posibilidad a la que el estudio dedica una mayor atención.

¿Cuáles son las razones que empujan a los redactores del *LBD* a inclinarse por este modelo de protección social? Según se argumenta en el texto, el modelo alemán (al igual que el austriaco) es más cercano a la tradición de seguridad social española, lo que facilitaría su implantación. Además, aun cuando ambos países muestran unos niveles de gasto en protección a la dependencia muy por encima del español, son considerablemente inferiores al sistema universalista (entre el 1,2 y el 1,5% del PIB), lo cual hace su implantación más viable económicamente. Al financiarse a través de cotizaciones en lugar de impuestos directos, supone una subida *indirecta* de la carga fiscal y, por ello, quizá con menos costes electorales. Por último, representa una manera de gestionar la dependencia que no parece entrar en conflicto con la preexistente y tradicional labor familiar en este terreno, más bien pretende reconocer formalmente lo que las familias, y principalmente las mujeres, han venido haciendo informalmente y sin remuneración a lo largo del tiempo. En general, estos sistemas dan un margen amplio de elección a la persona dependiente o a sus familiares en cuanto a la manera de organizarse. Las personas afectadas tenderán a percibir la

política social concreta como un apoyo a una situación particular, más que como un cambio en sus costumbres cotidianas.

Tanto el sistema alemán como el austriaco pertenecen a un grupo cada vez más numeroso de países que, trascendiendo la tipología de los tres modelos expuesta en el *LBD*, están introduciendo (algunos han introducido hace ya más de una década) mecanismos de pago para la realización de las labores de cuidado. Tareas tradicionalmente no remuneradas, consideradas como cuidado informal, están siendo "mercantilizadas" (Ungerson, 1997), resultando en un híbrido entre formas de trabajo y cuidado que se desarrollan en distintas variantes en los diferentes países. Estos nuevos esquemas de protección adquieren denominaciones diversas: "pagos directos" en Inglaterra, "subsidios de dependencia" en Alemania y "presupuestos personales" en Holanda. Tienen como común denominador el hecho de estar alterando de manera significativa las fronteras entre lo que se consideraba trabajo informal y trabajo formal, al ofrecer remuneración —escasa en muchos casos— a la realización de tareas en el seno del hogar y, en ocasiones, efectuadas por familiares.

Las razones subyacentes a la introducción de estos sistemas de pago son varias. La opción de subvencionar el cuidado de quienes prueban necesitarlo resulta más económica que la provisión directa de servicios, porque: a) sólo cubre una parte del gasto, dependiendo de la necesidad, y b) salvo en los casos en los que es necesaria la intervención especializada, como por ejemplo en enfermedades graves, los cuidados personales se desarrollan en el hogar, y no en una institución pública. En algunos países, en particular Inglaterra, la introducción de los pagos directos a las personas en situación de dependencia ha sido también la respuesta a una reivindicación, por parte de los grupos afectados, del derecho a gestionar sus propios recursos y a elegir personalmente la forma de cuidado más adecuada. Este "empoderamiento" (*empowerment*) de los usuarios es, sin duda, un elemento nuevo presente en muchas de las actuales reformas de las políticas sociales en los países europeos.

Los mecanismos de pago, como los aquí expuestos, tienen sus ventajas e inconvenientes. Si, como se adivina de la lectura del *LBD*, éste es el modelo en el que se quiere apoyar el sistema español de dependencia, conviene prestar atención a las evaluaciones que se vienen haciendo del impacto de estas medidas en aquellos países en los que se han implantado. En primer lugar, el impacto que los sistemas de pago tienen, tanto en la población cui-

dadora como en la dependiente, varía en función de cómo se diseñe la prestación. Más concretamente, los resultados dependen sustancialmente del grado de regulación.

Austria e Italia son dos países en los que el subsidio al cuidado de larga duración está totalmente desregulado en cuanto a cómo debe el “consumidor” gastarse la prestación. Al no haber un control del destino final del dinero, los beneficiarios de la prestación buscan los servicios más baratos. En ambos casos, el subsidio se emplea ampliamente para pagar a trabajadores que operan en la economía sumergida. Si bien podemos consignar como aspecto positivo el hecho de apoyar económicamente a las personas en situación de necesidad y a las que han venido ejerciendo las tareas de cuidado sin remuneración, como es el caso de la familia, el aumento de personas trabajando en este sector sin apenas regulación, y por lo tanto sin protección social ni adecuadas condiciones laborales, consta como consecuencia negativa. En principio, cuanto mayor sea la regulación, menor es el margen para la precariedad. En Francia, por ejemplo, se dio el proceso inverso al observado en otros países, al diseñar la prestación a la dependencia específicamente para favorecer la introducción en la seguridad social y el mercado de trabajo a cuidadores que operaban en la economía sumergida (Ungerson, 2003). Holanda es otro país donde el subsidio a la dependencia está altamente regulado y centralizado en un Banco de Aseguramiento Social. Mientras la administración se asegura así de que las prestaciones sean utilizadas correctamente, el sistema ha sido acusado de burocratización excesiva.

Con el fin de explorar la idoneidad de una ley nacional de dependencia basada en el modelo de *protección social*, a continuación se detallan algunas características específicas del estado del bienestar español y se esboza el panorama de los cuidados de larga duración.

4. ¿DE QUÉ BASE PARTIMOS? LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA POR EL ESTADO DEL BIENESTAR ESPAÑOL Y EL PAPEL DESTACADO DE LA MUJER EN EL MANEJO DE LA DEPENDENCIA

Como acabamos de ver, el *LBD* clasifica a España en la actualidad dentro del sistema asistencialista, en la medida en que proporciona una cober-

tura limitada a las personas en situación de dependencia. Sin embargo, la denominación de “sistema mixto” que recoge el *Libro Verde sobre la Dependencia* de la Fundación Astrazeneca (Sánchez Fierro, 2004) parece reflejar con mayor precisión el panorama de la protección a la dependencia en nuestro país. Este sistema mixto se caracteriza, en primer lugar, por proporcionar prestaciones económicas, tanto contributivas como no contributivas de “gran invalidez” e “invalidez” para personas afectadas por problemas de discapacidad. La cuantía de estas prestaciones varía en función del grado de invalidez y de la trayectoria laboral de la persona afectada. Esto significa que la protección social española ya reconoce a través de varios esquemas de aseguramiento la invalidez y la dependencia como riesgos que precisan cobertura. El principal problema radica en que este sistema de protección no alcanza a todas las personas que se encuentran en situación de dependencia y, como veremos más adelante, muchas de estas prestaciones son de cuantía insuficiente para la autonomía económica de la persona. En cualquier caso, un posible seguro de dependencia tendría primero que armonizar los esquemas en funcionamiento para evitar una superposición de medidas que añadiría una mayor complejidad al ya de por sí complicado aseguramiento de la seguridad social.

En España, el sistema profesionalista de pensiones contributivas coexiste con una cobertura universal de determinadas prestaciones sociosanitarias, particularmente aquellas que se engloban dentro del sistema sanitario, y con una mucho más restringida oferta de servicios sociales, accesible únicamente a aquellos individuos con insuficiencia de recursos, y totalmente descentralizada en su gestión y financiación. La descentralización territorial es, de hecho, un rasgo altamente distintivo del panorama de la asistencia en España.

En el caso de las materias más directamente relacionadas con la dependencia, los niveles competenciales se estructuran en torno al ámbito estatal, el autonómico y el local. Este reparto territorial de responsabilidades y derechos, junto a la intersección de distintos ámbitos (sanidad, servicios sociales y seguridad social), complican enormemente la organización de un sistema unificado y coordinado de la dependencia. Si bien la descentralización puede verse como un factor que aumenta los desequilibrios territoriales –reflexión que aparece de forma repetida en el *LBD*–, también abre la posibilidad de la innovación política y la mayor eficiencia en la gestión de los propios recursos a escala autonómica y local. La futura ley nacional de pro-

tección a la dependencia pretende articular distintos ámbitos de actuación dependiendo del tipo de prestaciones. Así, mientras que los servicios sociales permanecerán como competencia autonómica y la administración central no podrá ir más allá de la regulación de unos mínimos y de la coordinación entre comunidades, las prestaciones económicas quedarán centralizadas en la seguridad social, aunque gestionadas desde los gobiernos autonómicos y las corporaciones locales.

Pero ¿qué rasgos presenta actualmente la población cuidadora y dependiente a la que va principalmente dirigida la ley de protección a la dependencia? Partiendo de la información ofrecida por las encuestas que el IMSERSO ha venido realizando sobre las condiciones de vida de las personas mayores en España², el *LBD* ofrece un análisis detallado tanto de las características de la población potencialmente beneficiaria del futuro sistema nacional de dependencia como de los cuidadores informales.

Comenzando por el perfil de la población cuidadora, destacan en ella las mujeres entre 45 y 65 años, en su mayoría cónyuges o hijas de la persona dependiente (23,4 y 25% respectivamente). Casi el 62% de las personas cuidadoras viven en el domicilio de las personas en situación de dependencia y son miembros del mismo hogar. En cuanto al nivel de estudios y a la situación laboral, el 60% del conjunto de cuidadores principales afirma tener un nivel bajo de estudios y el 73% carecen de actividad laboral retribuida [figuran en las categorías de "amas de casa", "jubiladas(os)" y "desempleadas(os)" (capítulo III, pág. 27)]. Existe, por lo tanto, un sesgo considerable en cuanto a los niveles de formación y autonomía económica de las personas que realizan este tipo de trabajo no remunerado. Otra información relevante en cuanto al tipo de cuidado ofrecido es su duración e intensidad. El 77% de las cuidadoras entrevistadas en 2004 definía la ayuda prestada como de carácter permanente. Según esta misma encuesta, el 80% de los cuidadores informales no recibía de forma regular una recompensa y/o ayuda económica por parte de la persona mayor a la que prestaba ayuda (cap. III, pág. 37).

Aunque la mayor parte del cuidado lo realizan mujeres con vínculo familiar dentro del hogar, cada vez es más numerosa la presencia de empleadas de hogar que llevan a cabo esta labor. Según datos recogidos en 1999, el 6% del total de cuida-

² Ioe/CIS/IMSERSO (1995), *Encuesta condiciones de vida de las personas mayores en España*. Repetida por el IMSERSO en 2004.

dores son empleados domésticos, internos y externos. En un 14% de hogares en los que existe una persona mayor que precisa cuidados permanentes, la cuidadora principal es empleada de hogar ajena a la familia (*LBD*, cap. III, pág. 25). El *LBD*, sin embargo, no proporciona más información respecto a la nacionalidad de estas empleadas de hogar encargadas de cuidar a personas dependientes. A este respecto, cabe señalar que, en 2002, el 86% de las mujeres extranjeras registradas en la seguridad social estaban empleadas en el sector servicios (CES, 2003: 112). La mitad de los permisos de trabajo otorgados en 1999 en el sector servicios correspondían a la categoría "hogares que emplean trabajadores domésticos": el 62% de las mujeres extranjeras que obtuvieron permiso de trabajo en 1999 pertenecían a esta categoría de servicio doméstico, mientras que en el caso de los hombres sólo representaba el 9,3%. No obstante, estas cifras subestiman los niveles reales, ya que, como es bien sabido, éste es un sector ocupacional con una presencia muy significativa de economía sumergida. Según el *Censo de Población de 2001*, el número "real" de mujeres extranjeras trabajando en España en este sector es probablemente alrededor de un 30% superior al registrado en la seguridad social para el mismo año (CES, 2003: 110).

Sin duda, harán falta más análisis comparativos para medir el alcance de esta redistribución global del trabajo de cuidado favorecida por flujos migratorios y de movilidad recientes. Hay, sin embargo, razones para examinar con cautela las implicaciones de esta "nueva" modalidad de cuidado y, en cualquier caso, llama poderosamente la atención que del amplio espacio dedicado al análisis del perfil de las cuidadoras informales, no haya más que una breve mención al trabajo que están realizando las mujeres de nacionalidad extranjera, presente en la práctica cotidiana de cada vez más españoles y que está rápidamente alterando la manera de gestionar las necesidades de cuidado tanto de niños pequeños como de ancianos.

Las mujeres no sólo conforman la mayoría de la población cuidadora; también constituyen el grueso de la población dependiente. Según las estimaciones de la *EDDES*, casi un 60% de la población con discapacidad es femenina, y este porcentaje aumenta conforme subimos en tramos de edad. Por motivos de movilidad, y seguramente también por problemas de recursos económicos, buena parte de las personas mayores en situación de dependencia se trasladan, ya sea temporal o permanentemente, a la vivienda del cuidador o cuidadora; en la mayor parte de los casos, a casa de la hija.

Las pensiones representan la principal fuente de ingresos de las personas en situación de dependencia. Es preciso subrayar que, además de que un porcentaje elevado de las pensiones y prestaciones monetarias son bajas en relación con la renta familiar media disponible de las familias españolas, la accesibilidad y la generosidad de las prestaciones económicas de la seguridad social repercuten de forma muy distinta en mujeres y hombres (León, 1999 y 2002). Las mujeres representan aproximadamente la mitad del total de beneficiarios del sistema público de pensiones; más de la mitad de todas las pensionistas del sistema contributivo son perceptoras de una pensión de viudedad, prestación en la que las mujeres representan más del 90% en todos los grupos de edad. En el año 2000, la pensión media de viudedad femenina representaba el 55% de una pensión media de jubilación masculina. Las cuantías son considerablemente inferiores para los tramos de edad más altos, en los cuales, dada la mayor esperanza de vida, predominan las mujeres.

Todo ello provoca una mayor vulnerabilidad femenina ante situaciones de pobreza y de dependencia. La modalidad no contributiva, creada en 1990 e integrada en el sistema de seguridad social, supone una vía de entrada al sistema de pensiones para muchas mujeres, aunque ofrece un nivel muy bajo de protección. Su impacto es moderado; en primer lugar, por el reducido número de beneficiarios; en segundo lugar, por su estrecho margen presupuestario, y en tercer lugar, porque opera un principio de subsidiariedad entre la familia y el estado (esto es, tiene que ser demostrada la imposibilidad de la familia de hacerse cargo de la persona que necesite los cuidados)³. Un futuro sistema de aseguramiento a la dependencia como el que se propone en el *LBD* tendrá que tomar como punto de partida esta enorme desigualdad actual en el acceso a las prestaciones económicas de la seguridad social. No tendría mucho sentido articular un seguro de dependencia sin antes atender a la precariedad económica en la que se encuentran muchas personas mayores, que, en sí misma, las priva de autonomía.

³ En el año 2000, el número de beneficiarios de prestaciones no contributivas no superaba el medio millón de personas, la mayoría de las cuales eran mujeres: más del 73% del total, por encima del 84% en el caso de vejez y del 62% en el caso de invalidez. Para el año 2000, las cuantías eran de 263 euros/mes para invalidez, y 233 euros/mes para jubilación. Según el RD 2350-2004, de 23 de diciembre, la revalorización de las pensiones del sistema de la seguridad social en su modalidad no contributiva queda fijada en la cuantía de 4.043,06 euros anuales.

Si bien los párrafos anteriores sólo enfocan selectivamente la atención sobre un grupo de dependientes, los mayores, dejando al margen a otros como los niños o los discapacitados, queda bien clara la necesidad de intervención pública en este ámbito. A este respecto se imponen varias observaciones. En primer lugar, la manera en la que España – y, en general, el resto de los países del sur de Europa – gestiona la dependencia no parece sostenible a medio y largo plazo. La evolución demográfica de la población está desequilibrando la relación entre personas dependientes y población cuidadora. Existe un paulatino incremento de las personas afectadas y un progresivo “vacío” de las cuidadoras de la propia familia que no siempre se puede compensar con los servicios que prestan otras personas a cambio de retribución. En segundo lugar, esta manera de gestionar el problema de la dependencia genera, a corto plazo, profundas desigualdades sociales desde diversos ángulos. Por una parte, mujeres en una franja concreta de edad, entre los 45 y 65 años, con bajos niveles de recursos y escasa formación, están asumiendo prácticamente sin apoyo externo los costes de la dependencia. Como se detalla en el *LBD*, estas mujeres sufren elevados “costes de oportunidad” relacionados con su propia independencia económica (no pueden plantearse trabajar o han abandonado su trabajo), con su salud (las personas cuidadoras se encuentran a menudo cansadas, deprimidas y piensan que las tareas que realizan están deteriorando su salud) y con su vida afectiva y relacional, al verse obligadas a condicionar sus ritmos de vida a las exigencias de la persona dependiente.

Por otra parte, las desigualdades se generan también entre la población que necesita ser atendida. Sólo aquellas personas que son capaces de probar la falta de recursos y la ausencia de apoyo familiar directo pueden aspirar a los servicios sociales de apoyo. Una gran parte de la población no puede acceder a las ayudas y los servicios públicos y, al mismo tiempo, carece del nivel adquisitivo suficiente para costearse el servicio en el ámbito privado. Buena parte de las clases medias quedan desprotegidas por el restringido criterio de acceso (prueba de rentas). En el apartado que sigue, y a modo de conclusión, se analizará la concreta realización, según la propuesta del *LBD*, del futuro sistema nacional de dependencia.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN

La economía mixta del cuidado social no permite una división clara entre el mercado, el estado

y la familia, los tres pilares que, junto con las organizaciones de asistencia sin ánimo de lucro, conforman el sistema de bienestar (Pérez-Díaz, Chuliá y Álvarez-Miranda, 1998). En el área del cuidado social, la distinción entre trabajo y ocupación no-laboral es especialmente compleja, tanto por la naturaleza de las tareas a realizar, incluyendo la organización del tiempo, como por las relaciones entre la persona que recibe y la que presta los servicios, y por el lugar en el cual se desarrolla la actividad.

Se proyecta una ley que dé respuesta al "nuevo riesgo social" de la dependencia. Sin embargo, no queda del todo clara la viabilidad de un sistema de protección a la dependencia que agrupe a todos los individuos con limitaciones en su capacidad funcional. Existen formas de dependencia que están estrechamente ligadas a la edad y, en este sentido, quizá hubiera sido más acertado dividir una categoría que no es del todo unitaria.

A la hora de plantear una política social concreta que venga a solventar el problema creciente de la dependencia, ha de tenerse muy presente el contexto en el que éste opera. La configuración específica de un sistema de bienestar y protección social condiciona enormemente las posibilidades de acción en un ámbito determinado, en este caso la dependencia. A su vez, no puede ignorarse la interacción que inevitablemente existe entre distintos ámbitos de las políticas sociales. Un futuro sistema nacional de dependencia no será independiente del vigente sistema público de pensiones, con todas sus distintas modalidades, ni de las redes de servicios sociales existentes en cada comunidad autónoma, ni de los servicios socio-sanitarios prestados por los sistemas de salud pública. En este sentido, el *LBD* da pocas pistas sobre cómo armonizar un posible subsidio al cuidado de larga duración con las existentes prestaciones destinadas a situaciones de invalidez y dependencia. Tampoco es fácil averiguar tras la lectura del *LBD* cómo y con qué medios ha de implantarse la futura ley de dependencia, algo de vital importancia para que una norma, por muy bien articulada que esté, tenga un impacto real sobre el campo en el que interviene. Asimismo, entre los flancos débiles del *LBD* hay que consignar que, aunque reconoce la complejidad de la estructura territorial del estado español, no detalla cómo exactamente se han de organizar las competencias y la financiación para los distintos programas.

De la lectura del *LBD* se desprende que la opción preferida para abordar la dependencia en España consiste en el apoyo a las familias cuida-

doras, dando prioridad a los servicios que permiten a las personas mayores permanecer en su entorno. El objetivo sería, por tanto, mantener el cuidado de y en las familias a través de distintas ayudas articuladas mediante la protección social y los servicios socio-sanitarios "desde la óptica de la convergencia y colaboración (y no de sustitución) con el apoyo informal" (cap. III, pág 68). La solución propuesta, más que modificar la forma en la cual se gestiona individualmente el problema de las personas dependientes, pretende proporcionar elementos que mejoren las (hoy día bastante insatisfactorias) condiciones en las cuales se ejerce esa labor.

La respuesta del *LBD* ante la situación de los dependientes y de sus cuidadores no es innovadora; antes bien, encaja en la tradición del sistema de bienestar que se ha ido desarrollando en España a lo largo de las últimas décadas. Ahora hay que esperar a la puesta en práctica de estas medidas para evaluar su alcance y efectividad.

BIBLIOGRAFÍA

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2003), *Segundo Informe. Situación de la mujer en la realidad socio-laboral española*, Madrid, CES.

DALY, M. y J. LEWIS (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, 51 (2): 281-298.

DALY, M. (2002), "Care as a Good for Social Policy", *Journal of Social Policy*, 31 (2): 251-270.

ELIAS, N. (1989), *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, México, Fondo de Cultura Económica.

IMSERSO (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*, Madrid, MTAS (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/libroblancodependencia/html>)

LEIRA, A. y SARACENO, C. (2002), "Care: Actors, Relationships and Contexts" en HOBSON, B.; LEWIS, J. y SIIM, B.; *Contested Concepts in Gender and Social Politics*, Cheltenham, Edward Elgar.

LEÓN, M. (2002), "Equívocos de la solidaridad", *Revista Internacional de Sociología*, 31: 137-164.

LEÓN, M. (1999), "Dimensión política de la protección social española y estructura de género", en *Informe 1999. Políticas sociales y estado de bienestar en España*, Madrid, FUHEM: 767-793.

PATEMAN, C. (1989), *The Disorder of Women: Democracy, Feminism and Political Theory*, Cambridge, Polity Press.

PÉREZ-DÍAZ, V.; CHULIÁ, E. y ÁLVAREZ-MIRANDA, B. (1998), *Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación*, Madrid, Fundación Argentaria/Visor.

SÁNCHEZ FIERRO, J. (2004) (ed.), *Libro Verde sobre la Dependencia en España*, Madrid, Fundación Astrazeneca.

UNGERSON, C. (1997), "Social politics and the commodification of care", *Social Politics*, 4 (3): 362-81.

UNGERSON, C. (2003), "Commodified Care Work in European Labour Markets", *European Societies* 5 (4): 377-396.

Mayores y dependencia en una sociedad muy envejecida: el caso de Asturias

JOSÉ MARÍA GARCÍA^A, JOSÉ MIGUEL ARENAS^B, MARÍA TERESA BAZO^C,
MANUEL FONSECA^D Y ANA MARTA GUILLÉN^E

RESUMEN

Estimar cuantitativamente la población dependiente y distinguir entre grados de dependencia es un requisito previo al diseño y a la adopción de políticas públicas de protección a las personas con necesidades de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria. Este artículo presenta los resultados de una reciente investigación cuyo objetivo principal es analizar las características personales y sociales de las personas mayores de 64 años residentes en Asturias, así como sus demandas de cuidado y el modo en que las satisfacen en la actualidad. Si bien el envejecimiento de la población afecta a la sociedad asturiana más que a otras, este estudio de caso pone de relieve la dimensión del reto al que se enfrentan los estados del bienestar desarrollados como consecuencia de la evolución demográfica predecible en la mayor parte de los países europeos.

la Unión Europea de 15 miembros (UE-15)–, y en Asturias alcanzaba el 21,9%. Esta diferencia también es patente cuando se toma como umbral de referencia los 80 años. En 2001, el porcentaje de mayores de 79 años sobre el total de la población era de un 3,88% en el conjunto de España y de un 5,22% en Asturias (la media de la UE-15 era del 3,8%). Si relacionamos estas cifras entre sí, resulta que la proporción de personas mayores de 64 años es un 29% mayor en Asturias que en el conjunto de España, mientras que en el caso de los mayores de 79 años la proporción asturiana es un 34% mayor que la española.

Más aún, en Asturias, la proporción de personas mayores en relación con la de jóvenes se ha duplicado en los últimos doce años, de manera que si en 1991 había 1,03 mayores de 64 años por cada joven menor de 15, en 2003 había 2,26. De este modo, el índice de envejecimiento de la población asturiana casi duplica en 2003 el nacional. Si además tenemos en cuenta la menor tasa de recepción de población inmigrante de Asturias y la menor fecundidad de la población asturiana en comparación con las medias nacionales, es muy probable que el proceso de envejecimiento sea más intenso aún en las próximas décadas, y alcance cotas que representen un verdadero desafío para las políticas y los servicios sociales de la comunidad autónoma. De aquí el interés del aná-

1. INTRODUCCIÓN¹

Utilizando el criterio de los 65 años como la edad de entrada a la condición sociodemográfica de persona mayor, en 2001, según los datos del último censo de población disponible previo a dicha fecha, la población con una edad igual o mayor representaba el 17% del total de la población española –ligeramente superior al 16,4% de media en

^A Catedrático de Sociología de la Universidad de Oviedo.

^B Profesor asociado de Sociología de la Universidad de Oviedo.

^C Catedrática de Sociología de la Universidad del País Vasco.

^D Profesor titular de Sociología de la Universidad de Oviedo.

^E Profesora titular de Sociología de la Universidad de Oviedo

¹ Este artículo está basado en un proyecto de investigación llevado a cabo en la Universidad de Oviedo, dentro del Plan Regional de I+D+I, 2001-2003. El proyecto fue dirigido por José María García Blanco.

lisis de las características personales y sociales de las personas mayores residentes actualmente en Asturias, así como de sus demandas y necesidades de servicios.

Este artículo se centra en el estudio de las situaciones de dependencia funcional, con estimación de sus diferentes grados y formas de atención entre las personas mayores en Asturias. Está dividido en tres partes. La primera de ellas se ocupa de la cuantificación de la dependencia en sus distintos niveles. La segunda versa sobre los tipos de atención recibida por las personas mayores dependientes en Asturias. Finalmente, la tercera incluye un diagnóstico de la situación y recomendaciones para la reforma de las políticas y los servicios públicos.

2. CUANTIFICACIÓN Y NIVELES DE DEPENDENCIA DE LOS MAYORES

La *Encuesta a la población mayor asturiana* (EPMA-02)² afronta el estudio de la discapacidad en la vida diaria aplicando una batería de preguntas con un listado de actividades básicas e instru-

² Los parámetros técnicos de esta encuesta son los siguientes:

Realización del trabajo de campo. La encuesta fue realizada por Sondemer, S.L., durante los meses de junio y julio de 2002, bajo supervisión del equipo de investigación.

Ámbito geográfico. Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Recogida de información. Mediante entrevistas personales en el domicilio de residencia de la persona encuestada.

Universo de análisis. Población mayor de 64 años residente en domicilios particulares. De acuerdo con los datos padronales disponibles a comienzos de 2002, el universo de análisis estaba formado por 221.532 personas.

Tamaño de la muestra. 822 entrevistas proporcionales. El número de entrevistas inicialmente previstas era de 788. Este número se amplió hasta 822 para poder alcanzar una cuotas mínimas de representación de los grupos cruzados por sexo y edad en las áreas menos pobladas.

Error muestral. $\pm 3,5\%$, para un margen de confianza del 95% y bajo el supuesto de la máxima indeterminación ($p = q = 50\%$).

Procedimiento de muestreo. Selección polietápica de la persona entrevistada. Unidades primarias de muestreo (localidades oficialmente registradas en el nomenclátor) seleccionadas de forma aleatoria proporcional para cada área sociosanitaria del Principado de Asturias. Unidades secundarias (hogares) seleccionadas por rutas aleatorias, y unidades últimas (individuos), según cuotas cruzadas de sexo y edad (65 a 79 años, y 80 y más).

mentales que han venido siendo utilizadas en las principales investigaciones realizadas durante el último decenio. Este conjunto de indicadores, que han conseguido establecerse como un estándar en las investigaciones sobre mayores, permite una estimación de las capacidades/discapacidades funcionales de las personas mayores en relación con las llamadas actividades básicas de la vida diaria (AVD) e instrumentales (AIVD), así como de las eventuales situaciones de dependencia.

Ahora bien, ¿de qué hablamos cuando decimos que una persona es dependiente? Una persona es dependiente cuando necesita de la ayuda de otras para realizar una o varias actividades de la vida diaria. La EPMA-02 evalúa la capacidad de las personas mayores con un listado de 18 actividades, seis de ellas básicas y doce instrumentales (cuadro 1)³.

Los resultados del análisis de la capacidad de las personas mayores en Asturias en las 18 actividades quedan recogidos en el gráfico 1.

El análisis que vamos a realizar a continuación persigue, en primer lugar, cuantificar los efectos de la discapacidad sobre la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En función de este objetivo, y aunque resulta evidente una mayor dependencia y necesidad de ayuda entre las personas con discapacidad en áreas básicas, nuestros primeros pasos de observación de los datos no establecen una diferenciación según el tipo de actividad afectada.

Las técnicas estadísticas idóneas para este momento de la investigación son el análisis factorial y de homogeneidad (*Homals*), por su especialización en la reducción de información que, como sucede en la batería de actividades, proviene de un buen número de variables. Así pues, trabajamos sobre toda la información disponible para

³ Las AVD contienen las denominadas "funciones biológicas esenciales" por su menor complejidad y temprana adquisición en el contexto del proceso de socialización primaria. Asimismo, la literatura epidemiológica consultada demuestra que éstas suelen ser las últimas que se pierden en el proceso de envejecimiento (véase Ruigómez y Alonso, 1996). Las AIVD se refieren a un conjunto de tareas más complejas, por sus exigencias de movilidad e interacción social. No obstante, es preciso advertir de las dificultades metodológicas que surgen cuando las investigaciones empíricas realizadas no presentan una estandarización clara, al variar tanto el número de actividades, como el tipo y las categorías de respuesta que gradúan la discapacidad.

CUADRO 1

ENCUESTA A LA POBLACIÓN MAYOR ASTURIANA 2002 (EPMA-02)

Preguntas sobre dependencia	Categorías de respuesta
AVD (Actividades básicas de la vida diaria) (6):	
Levantarse de la cama o acostarse	
Vestirse y desvestirse	
Cuidar de su aspecto físico	– Las realiza sin ayuda
Bañarse y/o ducharse	
Acudir al servicio	
Comer	
AIVD (Actividades instrumentales de la vida diaria) (12):	
Quedarse solo durante la noche	
Subir y bajar escaleras	
Andar por la casa	
Hacer la comida	– Las realiza sin ayuda, pero con dificultad
Hacer limpieza y tareas del hogar	– Las realiza con ayuda de otra persona
Tomar medicamentos	– No puede realizarlas, tiene que hacérselo alguien
Hacer la compra	– No las realiza porque nunca lo ha hecho
Andar, pasear	
Utilizar el teléfono	
Utilizar el transporte público	
Hacer papeleos, gestiones, bancos	
Manejo del dinero	

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

reducir su gran volumen a unos pocos factores, logrando así describir de forma más comprensible las relaciones observadas entre discapacidad y dependencia. En el cuadro 2 puede verse el resultado del análisis factorial realizado.

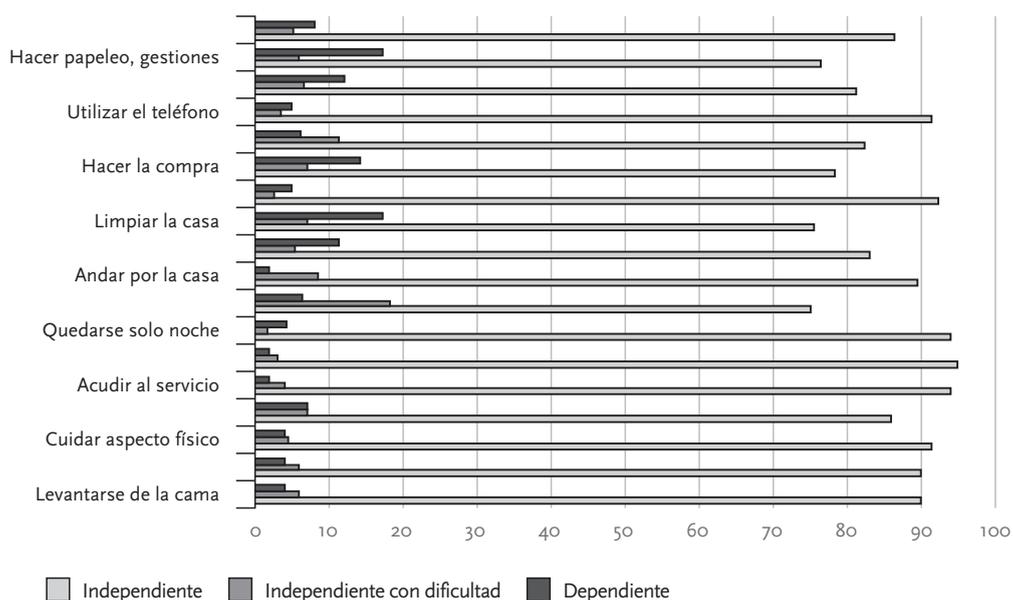
Los resultados obtenidos presentan una estructuración de actividades de la vida diaria de las personas mayores en dos grandes factores. El primero, con un porcentaje mayor de la varianza explicada (42,3%), agrupa las tareas domésticas esenciales de la vida diaria. Como puede observarse, los *items* con más peso en la constitución del factor, por orden de importancia, son: "acudir al servicio", "comer", "vestirse y desvestirse", "cuidar de su aspecto físico", "levantarse de la cama o acostarse", "andar por la casa" y "bañarse o ducharse". Éste es, por tanto, un factor que demuestra la cohesión de la variable AVD, y que sólo recoge las actividades instrumentales "andar por la casa", "tomar medicamentos", "utilizar el teléfono" y "acompañar durante la noche". El segundo factor, con un menor porcentaje de varianza explicada (30,7%), está constituido por aquellas tareas instrumentales

que exigen una mayor capacidad funcional de movilidad, así como las que presuponen habilidades de gestión y relación social. El mayor peso en el factor se concentra en las tareas cotidianas de "hacer la compra", "limpiar la casa" y "hacer la comida", al mismo tiempo que incluye las actividades de movilidad e interacción social: "hacer papeleos, gestiones, bancos", "utilizar el transporte público", "andar y pasear", "subir y bajar escaleras" y, por último, el "manejo del dinero". Este factor concentra también la dimensión cultural de la dependencia de buena parte de los varones mayores, cuando se trata de "hacer la comida", "limpiar la casa" y "hacer la compra".

El análisis factorial, por tanto, señala la necesidad de distinguir aquellas personas mayores que tienen dificultades centradas en las actividades básicas (cuya información recoge el primer factor) porque precisan de cuidados más intensos que quienes se sitúan en el segundo, con problemas en las actividades instrumentales (gráfico 2). En este sentido, un primer paso para una aproximación más detallada es el indicador global de capa-

GRÁFICO 1

CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES, RESIDENTES EN ASTURIAS, SEGÚN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES (%)



Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

cidad funcional de todas las actividades de la vida diaria, independientemente de su adscripción a básicas o instrumentales, elaborado por Casado y López (2001).

El indicador aplicado a la *Encuesta sobre la soledad en las personas mayores*, del Centro de Investigaciones Sociológicas (1998), contiene tres actividades de cuidado personal (AVD) y nueve instrumentales (AIVD). Del análisis comparativo de los resultados de este último estudio con los que arroja nuestra investigación se desprende una imagen de mayor independencia y autonomía funcional en las personas mayores asturianas que en el conjunto nacional (+7,7%). Un denominador común entre ambos se encuentra en el hecho de que las personas con problemas en AIVD son más numerosas que quienes precisan de ayuda tanto en AVD como en AIVD. En nuestro estudio, ambos grupos reúnen a un 26,3% de la población mayor asturiana con necesidad de ayuda en, al menos, una de las 18 actividades listadas (gráfico 2).

Otra cuestión de interés radica en la menor incidencia de situaciones de discapacidad en los datos de Asturias, tanto entre quienes son dependientes sólo en AIVD (-1,7%) como entre aquellos que necesitan ayuda en AVD y AIVD (-6,1%). Este último dato es especialmente destacable, puesto que se da en el grupo con mayores restricciones y que, evidentemente, debería centrar el trabajo asistencial.

Conviene tener en cuenta que el mencionado indicador global de capacidad funcional adopta como punto de partida una definición extensiva de la dependencia. Oculta, por tanto, situaciones cuantitativamente muy dispares de discapacidad, desde las personas mayores con una situación de dependencia leve hasta las que presentan un grado más severo de limitación de sus capacidades funcionales. De esta forma, se observa que, del conjunto de mayores dependientes sólo en AIVD, cerca del 40% tienen necesidad de ayuda en una de las doce actividades consideradas, mostrando así una

CUADRO 2

ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES QUE REALIZAN LAS PERSONAS MAYORES DE ASTURIAS*

	Factor 1	Factor 2
Acudir al servicio	0,905	
Comer	0,886	
Vestirse, desvestirse	0,877	
Aspecto físico: lavarse, peinarse	0,872	
Levantarse/acostarse de la cama	0,846	
Andar por la casa	0,760	
Utilizar el teléfono	0,717	
Tomar medicamentos	0,696	
Bañarse o ducharse	0,687	
Acompañar durante la noche	0,642	
Hacer la compra		0,889
Limpiar la casa		0,869
Hacer la comida		0,811
Hacer papeleos, gestiones, bancos		0,732
Usar el transporte público		0,713
Andar, pasear		0,640
Subir y bajar escaleras		0,620
Manejo de dinero		0,603

* Factorial de componentes principales (73,6% de la varianza explicada). Se recogen los valores relevantes en la configuración de cada factor, con la excepción de aquéllos *items* con valores en dos factores y diferencias mínimas entre ambos.

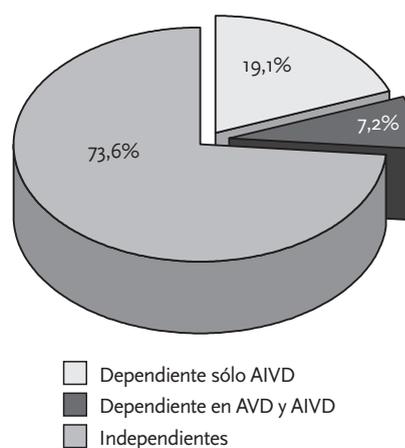
Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

discapacidad leve; y un 3,9% de individuos se sitúan con un grado de dependencia severa, al precisar ayuda en nueve y más actividades (gráfico 3).

En relación con la otra categoría de dependencia (AVD), se advierten también diferencias entre los individuos que la forman. Si cruzamos los datos de las personas mayores necesitadas de ayuda hasta en tres AVD con el número de AIVD en el que tienen problemas, surgen dos características que merecen ser resaltadas. En primer lugar, teniendo en cuenta que el gráfico 4 debe ser leído de izquierda a derecha y que la última categoría del eje horizontal es la que acumula el total de individuos con dependencia en una, dos y más de tres AVD, se aprecia que las personas con problemas en una AVD configuran un contingente cuantitativamente similar al de personas con dificultades en tres o más AVD, mientras que los afectados en dos AVD constituyen un grupo mucho más minoritario. Y en segundo lugar, las personas en situación de dependencia en una AVD presentan un número menor de problemas en AIVD que aquellas que tienen dependencia en dos o más AVD.

GRÁFICO 2

PROBLEMAS DE DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN MAYOR ASTURIANA



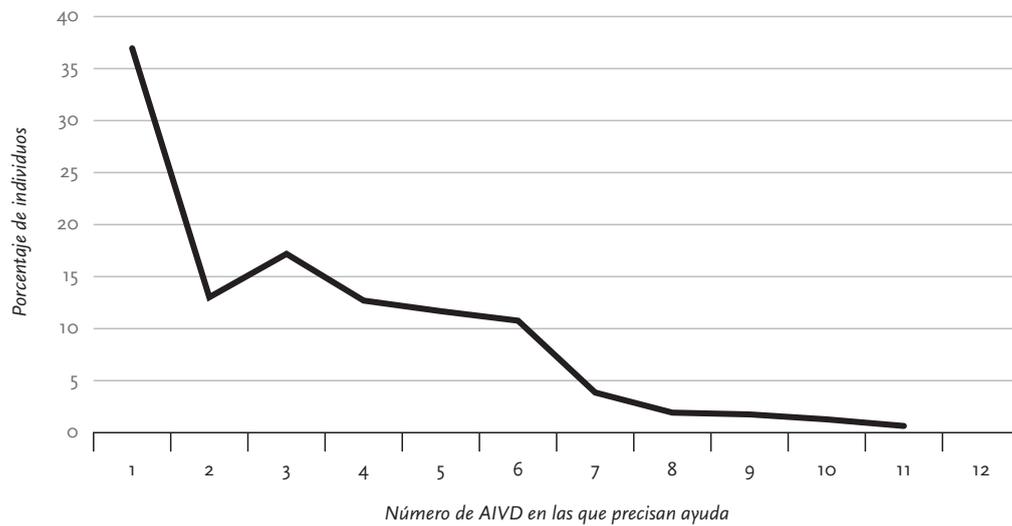
AVD: Actividades básicas de la vida diaria.

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

GRÁFICO 3

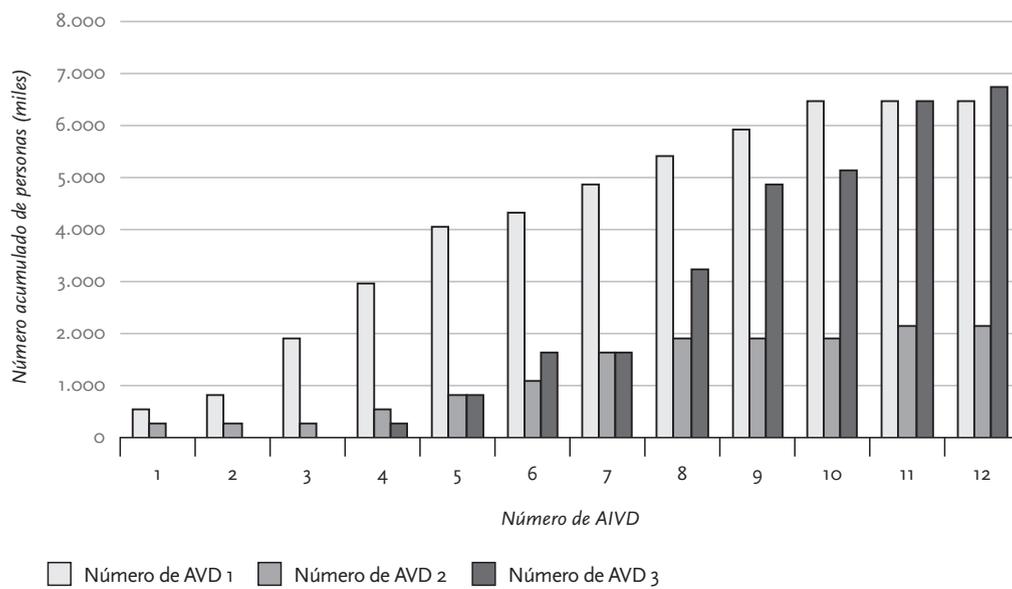
MAYORES, RESIDENTES EN ASTURIAS, DEPENDIENTES SÓLO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)



Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

GRÁFICO 4

MAYORES, RESIDENTES EN ASTURIAS, DEPENDIENTES EN AVD Y AIVD

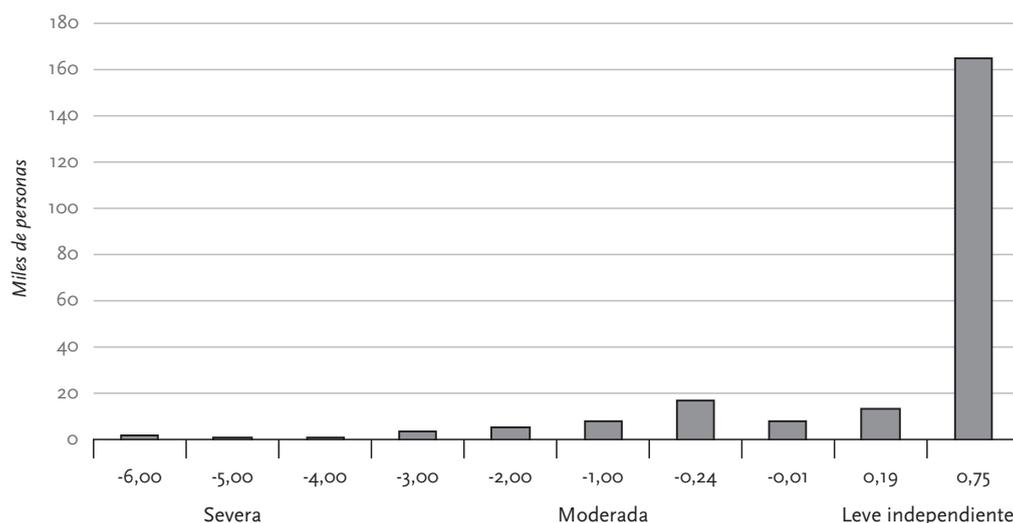


AVD: Actividades básicas de la vida diaria. AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

GRÁFICO 5

ÍNDICE GLOBAL DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES DE ASTURIAS



Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

La solución a las disparidades internas observadas en la clasificación de AVD y en la de AIVD exige un tratamiento metodológico encaminado a la obtención de un indicador global de dependencia (IGD) que sea sensible tanto al número de actividades en las que se observan dificultades como al tipo de ayuda que implican las tareas mencionadas. Como se ha mostrado en el cuadro 1, la EPMA-02 contiene información sobre 822 personas mayores, así como sobre el grado de ayuda que necesitan para realizar 18 actividades básicas e instrumentales. La transformación de este caudal de información en un indicador sintético de dependencia lo proporciona el análisis de homogeneidad (*Homals*), que, como se ha puesto de manifiesto, permite condensar en pocos factores información obtenida con muchas variables categóricas. Su aplicación a la batería de actividades básicas e instrumentales reduce éstas a dos factores, el primero de los cuales recoge la mayor parte de la varianza explicada. El análisis de las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra en el primer factor ofrece la virtualidad de ser utilizado como indicador global de dependencia: cuanto más negativo es el valor del

índice, mayor el nivel de dependencia que presenta la persona analizada (gráfico 5)⁴.

La segmentación final del primer factor del análisis de homogeneidad finaliza, pues, con la creación de un IGD que recoge una graduación en la dependencia observada. El resultado diferencia a los sujetos de la muestra en cuatro grupos: independientes (74,2%), personas en situación de dependencia leve (5,9%), moderada (14,6%) y severa (5,4%).

La asociación significativa del IGD y las variables sociodemográficas y socioeconómicas más relevantes presenta una primera radiografía de la necesidad de ayuda entre las personas mayores residentes en Asturias (cuadro 3).

Aunque es cierto que hay más mujeres independientes que hombres, la graduación que introduce el índice muestra que, en el camino hacia la

⁴ Se ha aplicado a los datos muestrales el coeficiente de elevación para obtener una interpretación poblacional.

CUADRO 3

MAYORES RESIDENTES EN ASTURIAS: ASOCIACIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD CON EL INDICADOR GLOBAL DE DEPENDENCIA*

	Independiente (N = 610)	Dependencia Leve (N = 49)	Dependencia Moderada (N = 120)	Dependencia Severa (N = 44)	Significación
Sexo:					
Hombres	45,3	30,6	28,3	34,1	
Mujeres	54,7	69,4	71,7	65,9	0,001
Edad media					
	72 años y 9 meses	77 años y 6 meses	77 años y 11 meses	81 años y 11 meses	
Estado civil:					
Soltero/a	9,2	8,3	7,5	6,8	
Casado/a	58,5	41,7	35,8	29,5	
Viudo/a	32,3	50,0	56,7	63,6	0,000
Estudios:					
No fue a la escuela	14,6	18,8	25,8	20,9	
Sin estudios primarios	38,3	47,9	37,5	51,2	
Estudios primarios	35,6	31,3	29,2	23,3	
Estudios medios-superiores	11,5	2,1	7,5	4,7	0,018
Convive:					
Solo	23,2	49,0	30,8	–	
Con cónyuge/pareja	37,9	20,4	20,8	18,2	
Con cónyuge e hijos	19,0	16,3	13,3	11,4	
Con hijos/nietos y familiares	16,9	10,2	23,3	40,9	
En casa de hijo/a y familiares	3,0	4,1	11,7	29,5	0,000
Tamaño municipio residencia:					
100.000 y más habitantes	37,4	22,9	42,5	40,9	
40.000-100.000 habitantes	9,0	27,1	8,3	15,9	
Semi-rural: más de 3.000 hab.	25,0	10,4	30,0	11,4	
Rural	28,6	39,6	19,2	31,8	0,000
Salud subjetiva:					
Muy buena/buena	59,3	18,4	17,5	2,3	
Regular	35,1	53,1	43,3	20,5	
Mala/muy mala	5,6	28,6	39,2	77,3	0,000
Ingreso hospital:					
Sí	11,0	20,8	27,5	38,6	
No	89,0	79,2	72,5	61,4	0,000
Enfermedades crónicas con discapacidad:					
Sí	52,5	83,2	85,0	88,6	
No	47,5	16,7	15,0	11,4	0,000
Medicamentos:					
Media (d.e.)**	1,5 (1,3)	2,4 (1,4)	2,6 (1,6)	3,1 (1,8)	
Enfermedades:					
Media (d.e.)**	1,8 (1,7)	3,0 (2,0)	3,1 (1,8)	3,4 (2,0)	

* Porcentajes sobre la variable independiente IGD.

** Desviación estándar.

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

dependencia, ésta es una situación que tiene mucho que ver con la condición femenina. Aquí, evidentemente, es muy probable que la diferencia según el género esté en realidad expresando, indirectamente, el efecto de la edad: son las personas con una edad media de 82 años quienes forman el colectivo de dependientes severos, edad que coincide con la esperanza de vida de las mujeres, ocho años por encima de la de los varones asturianos (73,94)⁵. Además, reflejo también de la edad, la condición de independencia describe la situación de las personas mayores casadas, de la misma forma que la dependencia severa se asocia a la viudez (63,6%).

La potencialidad explicativa del indicador se observa cuando se analiza su relación con la modalidad de convivencia: sólo un 3% de las personas mayores independientes vive en casa de sus hijos u otros familiares, porcentaje que asciende al 29,5 para quienes presentan un grado de dependencia severa. El tránsito a la dependencia significa, pues, la salida del hogar propio para muchas personas mayores, al exigir el apoyo intergeneracional.

Las personas que fueron a la escuela y, sobre todo, quienes accedieron a niveles educativos medios y superiores se encuentran asociados significativamente a una situación de independencia: sólo un 4,7% está en la categoría de dependencia severa. Este efecto precisa una matización teniendo en cuenta la variable edad, puesto que se trata, fundamentalmente, de los mayores más jóvenes: sólo un 4% de los mayores de 84 y más años consiguió una titulación de estudios medios y superiores; porcentaje que aumenta al 14% entre los menores de 70 años.

La variable territorio, construida a partir del municipio de residencia, mantiene una asociación significativa con la graduación del IGD. El paso de la independencia hacia situaciones de dependencia grave presenta una paradoja territorial, puesto que se observa un crecimiento al unísono de los mayores con residencia en poblaciones de 100.000 y de menos de 3.000 habitantes. El acceso a la dependencia presenta, pues, una pauta territorial divergente, al concentrarse en las grandes ciudades y en sus áreas de influencia, por un lado, y aumentar en los municipios rurales con escasa población, por otro.

Las variables que miden el estado de salud de las personas encuestadas cierran la descripción de las características básicas de la dependencia. La

⁵ De acuerdo con el Padrón a 1 de enero de 2002 del INE.

percepción óptima del estado subjetivo de salud, la ausencia de ingreso hospitalario, un consumo bajo y/o mínimo de medicamentos, así como el escaso padecimiento de enfermedades, mejoran sustancialmente las probabilidades de los mayores de situarse en posición de independencia vital. La dependencia severa está, como cabría esperar, estrictamente vinculada a una mala valoración del estado de salud, a ingresos hospitalarios y al aumento de la demanda de medicación y del número de enfermedades crónicas⁶.

La construcción de un *continuum* con 6 actividades básicas y doce instrumentales nos introduce en la parte final de nuestro análisis (gráfico 6). La elaboración del indicador permite clasificar y diferenciar a las personas mayores en función de la posición que ocupan a partir del binomio independencia/dependencia. La fusión de 18 variables obtiene el resultado de seis situaciones, excluyentes entre sí, sin perder de vista el gradiente implícito en las distintas posiciones. El elemento que subyace en la clasificación es la distinción entre las situaciones de dependencia en actividades básicas de la vida cotidiana, con una mayor exigencia y necesidad de ayuda, y las situaciones de dependencia sólo en actividades instrumentales.

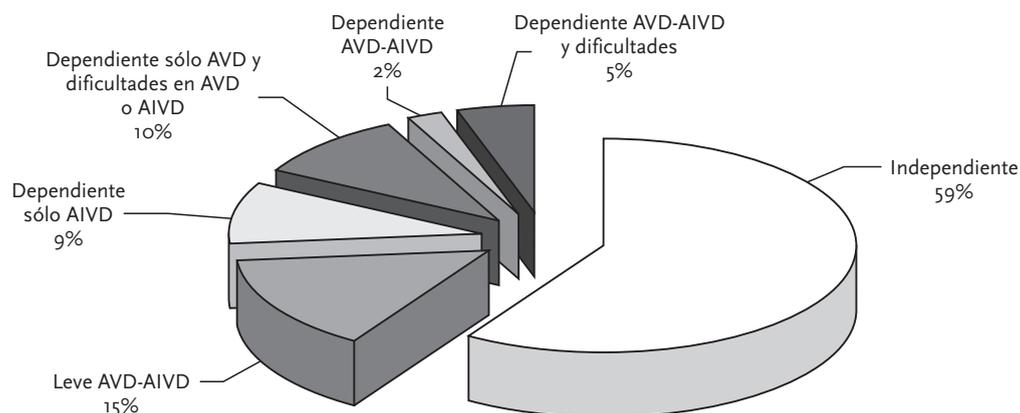
Los resultados indican que:

- Un 59% de las personas mayores está en una disposición de independencia completa, es decir, sin elementos de dificultad en la realización de toda la batería de actividades básicas e instrumentales.
- Un 15% de mayores tiene dificultad para realizar al menos una de las 18 actividades listadas.
- El salto siguiente nos sitúa ya en el campo de la dependencia, aunque ésta sea moderada en su primer momento. Se trata de un 9% de mayores que, como mínimo, necesitan ayuda para la realización de una o más actividades instrumentales.
- La dependencia se agrava para el 10% de mayores dependientes en actividades instrumentales y con dificultades en una o más básicas e instrumentales.

⁶ A efectos de contraste de nuestros resultados, hemos aplicado el *indicador de medida global de capacidad funcional* de Ruigómez y Alonso (1996) a la EPMA-02. En líneas generales, se mantienen las pautas expuestas anteriormente, sin que se observen desviaciones significativas.

GRÁFICO 6

MAYORES RESIDENTES EN ASTURIAS: EL CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA



AVD: Actividades básicas de la vida diaria. AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

– Los dos últimos colectivos agrupan a un 7% de las personas encuestadas (unas 16.000, en términos absolutos), y tienen un denominador común: a la necesidad de ayuda en tareas de movilidad espacial e interacción social se añaden problemas con una o más actividades básicas y, por supuesto, mayor necesidad de ayuda suplementaria de otras personas para su realización. Un 5% comienza, además, a expresar dificultades en una o más actividades instrumentales y básicas, formando el grupo más expuesto a situaciones de dependencia severa.

Como puede observarse en el cuadro 4, los resultados de la aplicación del indicador en su relación con las variables de posición socioeconómica y de salud se sitúan en la línea explicativa de los obtenidos anteriormente.

Una vez clarificado cuantitativamente el panorama de la dependencia de las personas mayores en Asturias, completamos nuestra aproximación con un análisis de los rasgos básicos del perfil social de la dependencia en actividades instrumentales, situación en la que, según se ha expuesto, se encuentra un 26,2% de la muestra; porcentaje que equivaldría a unas 58.000 personas mayores residentes en Asturias con necesidad de ayuda en una o más tareas de movilidad espacial e interacción social.

3. LA ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS MAYORES DEPENDIENTES

La EPMA-02 contiene una serie de preguntas dedicadas exclusivamente a las personas mayores con necesidad de ayuda en una o más actividades básicas e instrumentales. En concreto, al 26% de las personas mayores que constituyen el colectivo de dependientes en actividades básicas y/o instrumentales se les preguntó si reciben esa ayuda que necesitan, quién es la (primera y segunda) persona que la proporciona y la frecuencia con la que se obtiene. Asimismo, la encuesta aporta dos indicadores adicionales: las horas que dedican, por término medio, cada día los cuidadores, y la edad a partir de la cual se comenzó a necesitar ayuda de otras personas.

El primer dato destacable es que las personas que necesitan ayuda la reciben por medio de tres tipos de cuidadores: la ayuda informal de familiares (cónyuge, hija(o) y otros familiares), la atención domiciliaria y otros dispositivos (como centros de día) de carácter público, y finalmente, la asistencia privada (empresas y particulares que operan en el sector de servicios de ayuda personal).

CUADRO 4

MAYORES RESIDENTES EN ASTURIAS: ASOCIACIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD CON EL CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA*

	Independiente (N = 486)	Dificultades en AVD y AIVD (N = 119)	Dependiente AIVD (N = 75)	Dependiente AVD y dificultades (N = 82)	Dependiente en AVD y AIVD (N = 19)	Dependiente en AVD y AIVD y dificultades (N = 40)	Significación
Sexo:							
Hombres	48,4	26,2	47,4	20,5	42,1	26,8	
Mujeres	51,2	73,9	52,6	79,5	57,9	73,2	0,000
Edad media							
	72 años y 2 meses	76 años y 2 meses	75 años y 9 meses	76 años y 6 meses	80 años y 7 meses	83 años y 5 meses	
Estado civil:							
Soltero/a	10,7	5,9	5,3	6,1	10,5	5,0	
Casado/a	59,1	47,1	55,3	39,0	26,3	27,5	
Viudo/a	30,2	47,1	39,5	54,9	63,2	67,5	0,000
Convive:							
Solo	23,2	34,5	21,1	34,1	5,3	5,1	
Con cónyuge	37,6	35,3	34,2	19,5	15,8	12,8	
Cónyuge e hijos	19,7	11,8	17,1	17,1	10,5	15,4	
Hijos/nietos/fams.	16,2	16,0	19,7	19,5	52,6	41,0	
En casa de hijo/a	3,3	2,5	7,9	9,8	15,8	25,6	0,000
Tamaño municipio residencia:							
+ 100.000 habs.	37,0	43,7	36,0	35,4	26,3	32,5	
40.000-100.000	9,0	5,0	17,3	15,9	15,8	15,0	
Semi-rural	24,6	25,2	25,3	28,0	10,5	12,5	
Rural	29,4	26,1	21,3	20,7	47,4	40,0	0,000
Salud subjetiva:							
Muy buena/buena	64,7	31,1	32,0	12,2	10,5	10,0	
Regular	31,1	48,7	52,0	41,5	31,6	32,5	
Mala/muy mala	4,1	20,2	16,0	46,3	57,9	57,9	0,000
Ingreso hospital:							
Sí	9,7	15,8	19,7	33,7	31,6	35,0	
No	90,3	84,2	80,3	66,3	68,4	65,0	0,000
Enfermedades crónicas con discapacidad:							
Sí	46,5	80,7	26,7	13,4	10,5	10,0	
No	53,5	19,3	73,3	86,6	89,5	90,0	0,000
Medicamentos:							
Media (d.e.)**	1,4 (1,5)	2,0 (1,3)	2,0 (1,2)	3,0 (1,7)	2,7 (1,8)	2,6 (1,6)	
Enfermedades:							
Media (d.e.)**	1,6 (1,6)	2,6 (1,7)	2,2 (1,5)	3,6 (2,2)	3,7 (2,0)	3,1 (1,5)	

* Porcentajes sobre la variable independiente *continuum* independencia-dependencia.

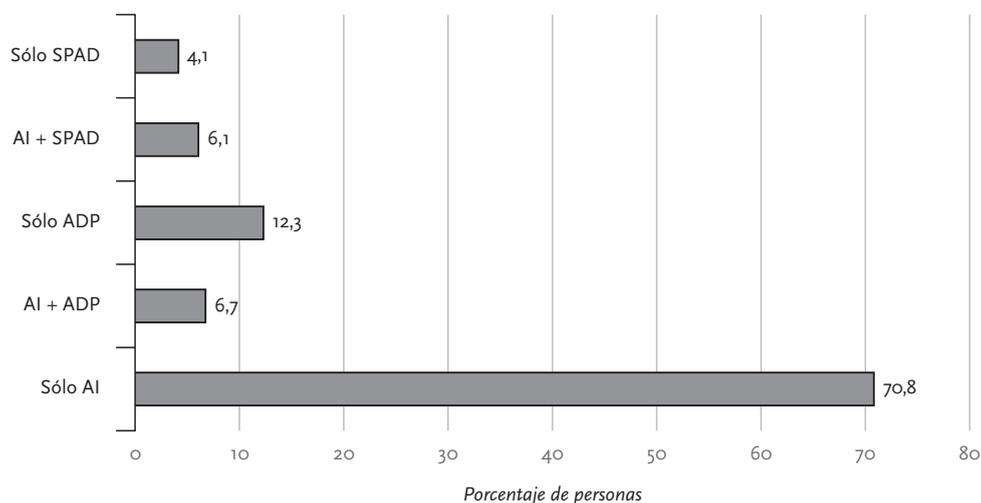
** Desviación estándar.

AVD: Actividades básicas de la vida diaria. AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

GRÁFICO 7

AYUDA RECIBIDA EN EL HOGAR POR MAYORES DEPENDIENTES, RESIDENTES EN ASTURIAS



AI: Apoyo informal. ADP: Atención domiciliaria privada. SPAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

A partir de la identificación del primer y, si existe, segundo cuidador, hemos elaborado una tipología de actores implicados en la provisión de ayuda. El gráfico 7 viene a confirmar en Asturias un hecho bien conocido por las investigaciones de ámbito nacional: la ayuda informal de la familia es la fuente principal de atención y cuidado de los mayores dependientes. En concreto, más del 70% de las personas mayores dependientes recibe exclusivamente el apoyo informal de la familia, y el restante 30% lo complementa con recursos extrafamiliares, privados y públicos.

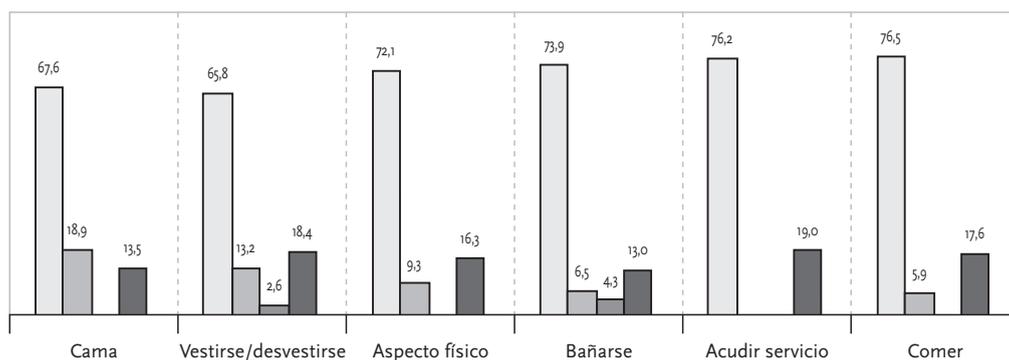
La cobertura de los recursos públicos alcanza a un 10% de mayores dependientes, aunque más de la mitad acompaña la atención de los servicios sociales públicos con apoyo informal de la familia. La cobertura de los servicios asistenciales privados alcanza una cifra bastante mayor que la de los públicos: el 19%, es decir, casi el doble. Además, en dos terceras partes de estos casos (un 12,3% de la muestra), la asistencia privada lo es de forma exclusiva (tres veces más que en el caso de la asistencia pública).

La diferenciación entre actividades básicas e instrumentales resulta esclarecedora para calibrar las zonas de especialización según la tipología de cuidadores construida. Como puede observarse en el gráfico 8, la familia es la gran protagonista de la ayuda que reciben las personas mayores con dependencias funcionales básicas e instrumentales. Esta centralidad de la familia como proveedora de ayuda se hace más visible en las tareas básicas que en las instrumentales, es decir, precisamente en las actividades que exigen una mayor disponibilidad de tiempo y esfuerzo de los cuidadores. Así pues, es la familia (el cónyuge, las hijas y los hijos) la que asiste en la "comida", "ir al servicio", "bañarse" y, finalmente, "cuidar del aspecto físico (lavarse y peinarse)". Ahora bien, cuando la dependencia es más severa, los cuidados familiares se complementan con la asistencia pública o privada. La necesidad de ayuda para "vestirse y desvestirse", "levantarse de la cama o acostarse" y el problema de "quedarse solo(a) durante la noche" abren el camino al modelo mixto de cuidados y, por tanto, al incremento de la asistencia domiciliaria pública y privada.

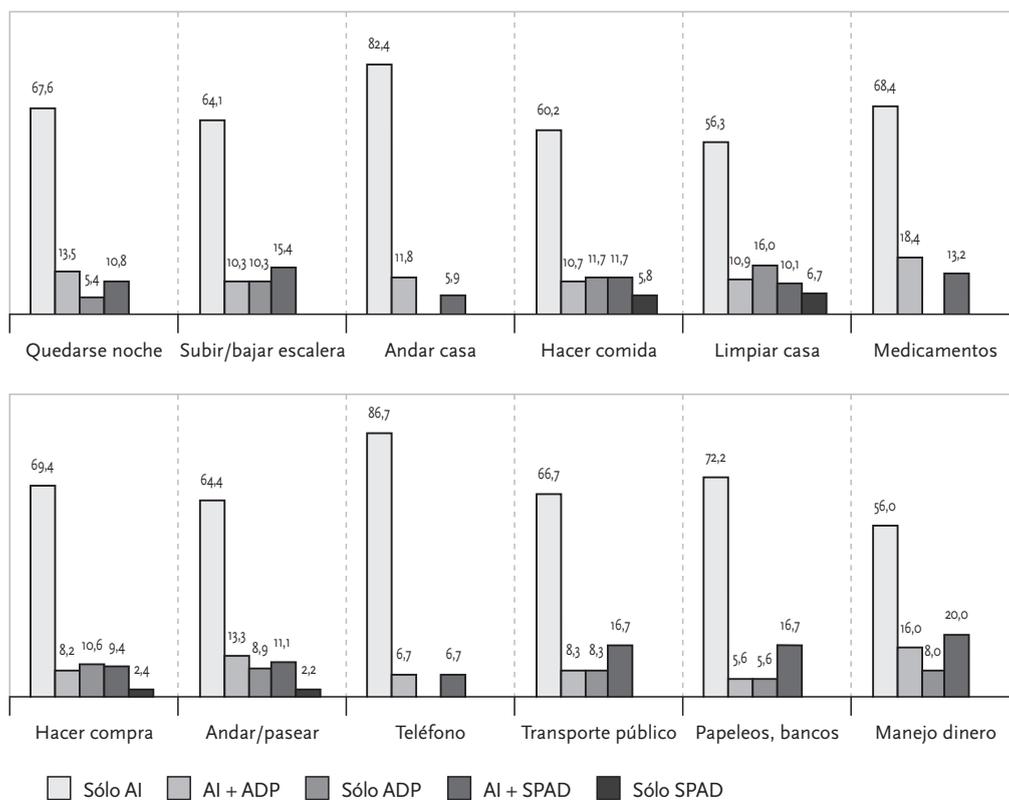
GRÁFICO 8

NECESIDAD DE AYUDA DE LOS MAYORES DEPENDIENTES, RESIDENTES EN ASTURIAS

1) Máxima necesidad de ayuda en actividades básicas, según la tipología de cuidados recibidos



2) Máxima necesidad de ayuda en actividades instrumentales, según la tipología de cuidados recibidos



AI: Apoyo informal. ADP: Atención domiciliaria privada. SPAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio.
 Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

La dependencia instrumental mantiene la tendencia a compaginar los cuidados informales de la familia con la entrada de recursos públicos o privados. Esta tendencia irrumpe con claridad entre las actividades instrumentales que implican una ayuda para facilitar la movilidad espacial (“andar, pasear”, “subir y bajar escaleras”, “transporte público”) y la realización de necesidades básicas cotidianas (“limpiar la casa”, “hacer la comida”, “manejo del dinero”). Aquí la ayuda familiar se retrae en favor de un incremento del apoyo extrafamiliar, público y privado, que parece indicar una especialización funcional de los recursos públicos y privados en la asistencia domiciliar que “limpia la casa” y “hace la comida”.

Se ha calculado, asimismo, la *masa total de tiempo de ayuda*⁷ que invierten a diario los cuidadores de las personas mayores dependientes. De la masa total de tiempo de ayuda que generan las personas dependientes, el primer cuidador cubre el 83%, y el segundo el 17% restante. Es necesario subrayar aquí, de nuevo, el papel de la ayuda familiar, que absorbe la mayor parte del tiempo ocupado en el cuidado de las personas mayores dependientes; destaca, en concreto, la carga que asumen hijas y cónyuge, así como la implicación que se observa de la categoría “otros familiares” (nueras, yernos y otros), superando el tiempo de ayuda de los hijos (varones). Por el contrario, los servicios privados y públicos presentan una menor contribución en el gasto total de tiempo; llama, en cualquier caso la atención, la mayor presencia relativa de los recursos privados (cuadro 5).

El gráfico 9 diferencia el tipo de ayuda y cuantifica, en porcentajes, el tiempo invertido por el primer y segundo cuidador, confirmando la pauta descrita: entre el cónyuge y la hija de la persona dependiente asumen casi el 60% del tiempo ocupado (tanto si ejercen de primer cuidador como si lo hacen de segundo) en ambos casos, porcentaje que se eleva al 82,7% para el primer cuidador y al 91,2% en el segundo para el total de la ayuda informal, es decir, cuando a la ayuda prestada por el cónyuge y la hija de la persona dependiente se añade la atención que procuran el hijo, otros familiares y vecinos.

El cómputo global del promedio de los cuidados informales se sitúa en 5 horas y 21 minutos, por encima de la media de ayuda de los servicios privados (4 horas y 49 minutos), y muy por encima de los públicos (2 horas y 13 minutos).

⁷ La fórmula es: $\sum (N_j \times t_1 \dots N_j \times t_j)$ siendo j el total de mayores con dependencia en AVD y AIVD y t el tiempo dedicado por cada cuidador que proporciona ayuda.

CUADRO 5

DISTRIBUCIÓN DE LA MASA TOTAL DE TIEMPO DEL PRIMER Y SEGUNDO CUIDADOR DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES, SEGÚN TIPOS DE AYUDA

<i>Proporción de tiempo de ayuda cada día que representan (en porcentaje)</i>	
Sólo AI	68,0
Cónyuge	25,6
Hija	32,7
Hijo	12,1
Otros familiares	12,4
Vecinos, porteros, amigos	1,4
AI + ADP	11,5
Sólo ADP	10,6
AI + SPAD	8,2
Sólo SPAD	1,6

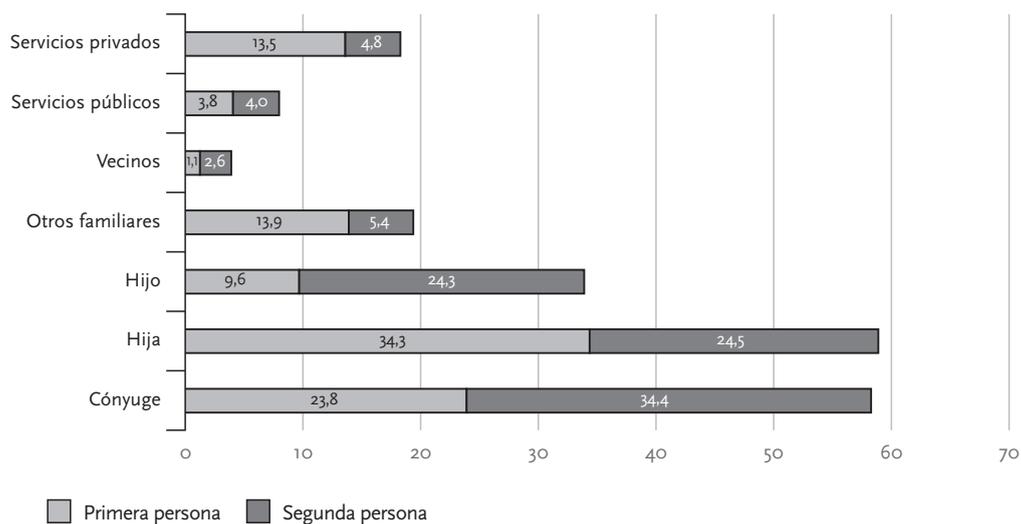
AI: Apoyo informal.
ADP: Atención domiciliar privada.
SPAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio.
Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

La desviación más alta con respecto a la media la obtiene la ayuda informal del cónyuge, que se configura como el actor más implicado en razón a la carga asumida, con un promedio de 8 horas y 54 minutos al día. La hija o las hijas obtienen un promedio mucho más ajustado en la ayuda de ambos cuidadores (4 horas y 54 minutos).

Finalmente, la EPMA-02 incluye una pregunta para todas las personas mayores dependientes relativa a la edad en la que comenzaron a precisar la ayuda de otras personas. El objetivo consiste en elaborar un indicador cuantitativo del número de años en situación de dependencia. El gráfico 10 presenta los resultados más relevantes del indicador. Destaca la relación que se observa entre la duración de la situación de dependencia y el tipo de ayuda recibida. El promedio del tiempo en situación de dependencia se sitúa en 7 años y 7 meses. La ayuda informal proporcionada por la familia está vinculada a experiencias de dependencia temporal extensas, especialmente en el caso de que sean las hijas (sobre todo) e hijos de la persona mayor quienes desempeñen el papel de cuidador. Ésta es una situación en la que se atiende a personas con una

GRÁFICO 9

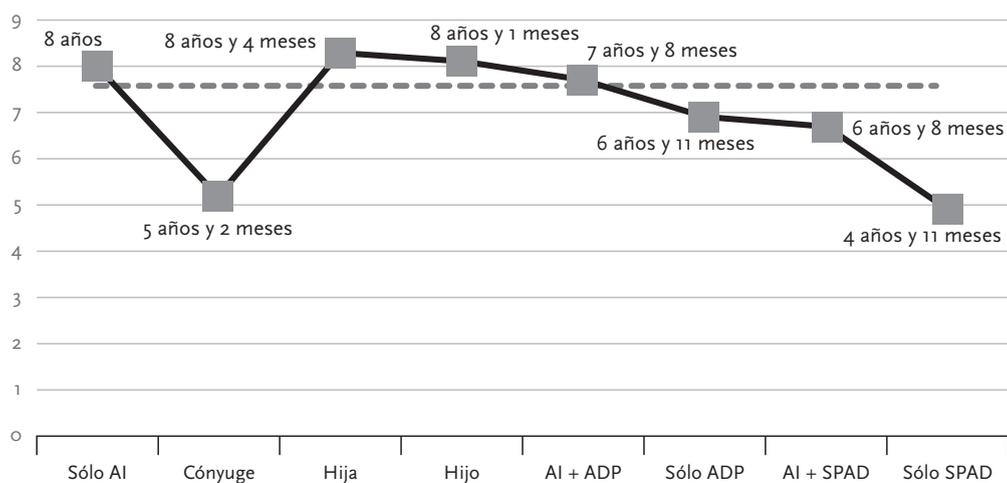
TIEMPO OCUPADO EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES, SEGÚN TIPO DE AYUDA



Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

GRÁFICO 10

PROMEDIO DE PERMANENCIA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, SEGÚN TIPO DE AYUDA



AI: Apoyo informal. ADP: Atención domiciliaria privada. SPAD: Servicios públicos de ayuda a domicilio.

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

edad elevada y que se sustenta, en buena medida, en la identidad de género de los implicados: hijas que cuidan a sus madres, después de que éstas hayan cuidado de sus maridos, que, a causa de la menor esperanza de vida de los hombres, probablemente hayan fallecido⁸.

Como se aprecia en el gráfico 10, el indicador deja entrever la relación entre el acceso reciente a la dependencia y la provisión de servicios privados y públicos, en ambos casos por debajo del promedio general de ayuda. La curva traza una pendiente de reducción desde el modelo mixto informal-privado, que cuida a los mayores con más años de dependencia y, por tanto, mayores probabilidades de que ésta sea severa, hasta el modelo público, que se caracteriza por captar pacientes con un menor historial de necesidad de ayuda.

En resumen, en la EPMA-02 la atención que reciben los mayores dependientes (recordemos: el 26% de personas encuestadas) se valora desde tres indicadores básicos: si reciben los cuidados que necesitan; la(s) persona(s) que proporciona(n) ayuda y cuánta ayuda se recibe. Esta última se desagrega en a) las horas que dedican por término medio cada día los cuidadores, y b) la edad a partir de la cual se inicia la dependencia de los cuidados. Los resultados permiten formular las siguientes afirmaciones:

- La familia es la fuente principal de ayuda: más del 70% de los mayores dependientes residentes en Asturias reciben el apoyo informal de la familia. Cuatro de cada cinco de ellos lo complementan con recursos privados y públicos. La familia soporta el 84% de la masa total de tiempo de ayuda, destacando la carga que asumen el cónyuge de la persona dependiente y sus hijas, así como la implicación que se observa de la categoría "otros familiares", que superan el tiempo de ayuda prestado por el hijo varón.

- Los recursos públicos cubren a un 10% de los mayores dependientes, aunque más de la mitad acompañan los cuidados formales con apoyo informal.

- Se observa un peso mayor del sector privado (12,3%) respecto al público (4,1%) en la prestación de cuidados a dependientes. Prevalece, en todo caso, un modelo mixto que combina los cuidados familiares y extrafamiliares.

⁸ Hay que recordar aquí que la mayoría de personas mayores con necesidad de ayuda son mujeres (67,3%), con una edad media de entrada en la dependencia de 78 años.

- El promedio general de ayuda es de 5 horas y 34 minutos al día por persona dependiente. El cómputo global del promedio de los cuidados familiares se sitúa en 5 horas y 21 minutos, por encima de la media de ayuda de los servicios privados (4 horas y 49 minutos) y públicos (2 horas y 13 minutos).

- La desviación más alta respecto a la media la obtiene la ayuda del cónyuge, que se configura como el actor más implicado, con un promedio de 8 horas y 54 minutos al día.

Hechas todas estas consideraciones, parece imprescindible identificar las necesidades más perentorias de cuidados a corto plazo. En principio, parece que el colectivo de personas que, a medio plazo, pueden ser demandantes claros de atención por parte de los servicios sociales, si no lo son ya, es el formado por quienes viven solos o únicamente con su cónyuge, y son dependientes leves o moderados. Como queda reflejado en el cuadro 6, este colectivo está integrado por un 15% de la población mayor de 64 años, casi la mitad del cual vive sola.

Las necesidades de cuidado y atención a medio plazo pueden aproximarse más teniendo en cuenta a las personas que presentan una dependencia leve o moderada y que no tienen hijos vivos o no los tienen en Asturias. Un 14,6% de las personas mayores encuestadas viven solas o con su cónyuge y carecen de hijos vivos (10,8%) o no los tienen en Asturias (3,8%). De ellas, presenta una dependencia leve y no tiene hijos vivos el 1,8%, o no los tiene en Asturias el 1,2%. Con una dependencia ya moderada (instrumental) y que no tengan hijos vivos se encuentra un 0,8%, al que habría que añadir un 0,3% que, teniéndolos, no residen en Asturias. Por tanto, los datos ponen de manifiesto la existencia de un 4% de personas mayores de 64 años residentes en Asturias que, padeciendo una dependencia leve o moderada y no teniendo hijos (o no teniéndolos en Asturias), viven solas o únicamente con su cónyuge. Éstas se convierten, a corto y medio plazo, en demandantes muy probables de atención y cuidados por parte de los servicios sociales para mayores.

4. DEPENDENCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Parece claro que la previsible evolución demográfica hacia un todavía mayor envejecimiento de la sociedad española va a agudizar los problemas

CUADRO 6

MAYORES RESIDENTES EN ASTURIAS QUE VIVEN SOLOS O ÚNICAMENTE CON SU CÓNYUGE, POR GRADO DE DEPENDENCIA

Grado de dependencia	Vive solo/a		Vive con su cónyuge		Σ mayores que viven solos o con cónyuge
	Porcentaje de la columna	Porcentaje del total de la muestra	Porcentaje de la columna	Porcentaje del total de la muestra	
Independiente	56,0	14,2	65,5	21,9	36,1
Leve en AIVD y AVD	20,1	5,1	16,4	5,5	10,6
Dependiente en AIVD	8,1	2,1	9,1	3,0	5,1
Dependiente en AIVD y dificultades en AIVD y AVD	13,9	3,5	5,8	1,9	5,4
Dependiente en AIVD y AVD y dificultades en AIVD y AVD	1,9	0,5	3,3	1,1	1,6
Total	100	25,4	100	33,5	58,9

AVD: Actividades básicas de la vida diaria. AIVD: Actividades instrumentadas de la vida diaria.

Fuente: Encuesta a la población mayor asturiana 2002 (EPMA-02). Base: Personas mayores de 64 años (N = 822).

de dependencia funcional. A esta evolución de las pautas demográficas hay que añadir otra que se viene observando en la estructura laboral de la población y que todavía puede acentuarse: la incorporación de la mujer en edad activa al mercado de trabajo, con el consiguiente cambio en las condiciones de convivencia familiar y la posible merma de capacidad asistencial en los hogares.

Los datos resultantes de la investigación realizada entre los mayores asturianos dejan bien claro el deseo de las personas mayores de mantener su independencia mientras sea posible, así como su generalizada preferencia por permanecer en el propio hogar, contando con la asistencia de la familia y el apoyo complementario de los servicios sociales, cuando sea preciso, para atender sus necesidades. Por tanto, poner como referencia fundamental de las políticas de atención a las personas mayores dependientes la potenciación de su permanencia en el que es su medio habitual parece una directiva correcta. Así se hace en las orientaciones y medidas básicas de la política social diseñada desde la administración autonómica asturiana, en línea con la adoptada por la inmensa mayoría de las administraciones públicas de nuestro entorno socio-político. De hecho, ninguna administración pública, ni siquiera en los países con una oferta pública más desarrollada, se plantea en la actualidad sustituir por completo a la familia en las tareas de cuidado de las personas mayores. Las pautas generales de actuación tienden a apoyar a las familias, con el fin de conseguir mantener a las personas dependen-

tes en su entorno el mayor tiempo posible. Los servicios de asistencia domiciliaria y de teleasistencia, en consecuencia, deberán adquirir de manera efectiva el gran protagonismo que les atribuyen los programas sociales para mayores de la administración asturiana, combinándose adecuadamente con la atención familiar. Ahora bien, a tal efecto parece preciso, además, tomar en consideración no sólo la cantidad, sino también la calidad de la asistencia domiciliaria, así como el diseño del abanico de servicios incluidos en esta categoría.

En consonancia con este planteamiento, la administración asturiana ha reconocido también la necesidad de facilitar a las familias –hacerles más llevadera– la asunción de este papel coprotagonista en la atención a las personas mayores dependientes. En este sentido, es preciso tomar muy seriamente en consideración la merma que cabe esperar en la disponibilidad de las mujeres para estas actividades como resultado de su previsible, y deseable, mayor inserción en el mundo laboral. Conviene tener muy presente que, a medida que la dependencia se va agravando, las personas cuidadoras necesitan un apoyo cada vez más intenso para ser capaces de hacer real también su propia autonomía. Por eso, resultaría de la máxima importancia el desarrollo efectivo de los servicios de respiro y de apoyo psico-social para cuidadores, ya contemplados como uno de los objetivos prioritarios de la política autonómica de atención a mayores, con el fin de evitar la aparición del “síndrome del cuidador”. Del mismo modo, la oferta de cursos

formativos para cuidadores no profesionales debería impulsarse de forma decidida. Nos referimos con ello a cuestiones tales, por poner sólo unos ejemplos, como: el conocimiento y manejo por parte de los cuidadores no profesionales de técnicas como el cambio postural de las personas que deben permanecer en cama; la ayuda a la movilidad; la realización de pequeñas curas a la atención sanitaria continuada (pautas de medicación, regulación de goteros, cambio de bombonas de oxígeno, etc.). Todos estos aprendizajes mejoran la calidad de los cuidados y disminuyen la ansiedad de quien los provee.

Ante los casos de dependencia más intensa, la potenciación de la atención especializada mediante recursos "intermedios" (centros de día, alojamientos temporales, estancias de día en residencias), adecuadamente contemplada como otra actuación prioritaria de la política de mayores de la administración autonómica, resulta de una importancia crucial para aliviar a las familias. Además, el nivel de dependencia de las personas mayores y las afecciones de salud no se mantienen constantes en el tiempo, sino que se van modificando y requieren distintos tipos de atención. El desarrollo de los servicios sociosanitarios también permitirá determinar mejor la combinación de servicios de cuidado y sanitarios requeridos para el bienestar de los mayores en cada situación, bien sea mediante la coordinación entre ambas administraciones (sanitaria y social), bien creando un nuevo tipo de centros que ofrezcan servicios combinados. Al menos, y a la espera de que esto último se convierta en una realidad, el aumento del número de camas para dependientes severos y enfermos crónicos en centros de larga estancia y de cuidados paliativos constituye ya en el presente una prioridad.

Con respecto al apoyo a cuidadores, es preciso resaltar que los pagos directos o exenciones fiscales de los que se benefician hoy día resultan, en la inmensa mayoría de los casos, de una cuantía económica demasiado reducida. Por otra parte, la ya mencionada merma que cabe esperar en la disponibilidad de cuidadoras, debido a la evolución del mercado de trabajo, induce a plantearse la eficacia de las políticas de conciliación de la vida laboral y la vida familiar. España es uno de los pocos países de la UE que no cuenta aún con licencias remuneradas para el cuidado de familiares dependientes. Entre otras carencias, la ley de conciliación de la vida familiar con el trabajo, aprobada en 1999, produce un claro sesgo por género, ya que, dada la discriminación salarial existente, y al tratarse de licencias no remuneradas, son las

mujeres las que tienden a solicitarlas para que los ingresos del hogar no se vean afectados por la pérdida del salario más alto.

Con todo, las circunstancias resultan más graves cuando la familia no existe. Es en estos casos donde el esfuerzo en el desarrollo de servicios sociales resulta urgente y supone, no sólo en Asturias y en España, el mayor reto al que quizá se enfrentan los estados del bienestar en la actualidad. Por ello, y aunque se realice un gran esfuerzo en materia de atención domiciliaria, teleasistencia y adecuación de las viviendas y entornos, también es importante pensar en el creciente número de personas mayores, con grados de dependencia elevados y condiciones de su vivienda realmente malas, que no pueden permanecer en sus domicilios por más tiempo. Así, el aumento del número de plazas en viviendas tuteladas, "mini-residencias" y residencias resulta inexcusable ya en el momento presente, y lo será más en el futuro.

A todo lo señalado debemos añadir el aumento de la atribución de responsabilidades a los servicios sociales públicos y privados por parte de nuestros mayores en la satisfacción de sus demandas, actuales y potenciales, conforme aumenta su nivel de ingresos y estudios. Como las nuevas cohortes de personas mayores llegarán a esta condición en los próximos años con mayor acumulación de recursos en ambos aspectos, económicos y culturales, cabe anticipar que la demanda de servicios sociales para mayores aumentará; si las instituciones públicas no la satisfacen, la demanda se canalizará hacia la oferta privada. De ahí que las políticas públicas deban prestar atención no sólo al aumento y a la mejora de su propia oferta, sino también a la concertación con la atención privada y al control riguroso de la calidad de sus prestaciones.

BIBLIOGRAFÍA

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

RUIGÓMEZ, A. y J. ALONSO (1996), "Validez de la medida de capacidad funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria en la población anciana", *Revista de Gerontología*, 6.

Nuevas iniciativas en la provisión de cuidados a las personas mayores

El cheque asistencial de la Comunidad Autónoma de Galicia

CARLA RODRÍGUEZ GARCÍA*

RESUMEN

Desde los años noventa se están discutiendo en España distintas posibilidades para la atención de personas con problemas de dependencia. Mientras el debate continúa y se anuncia la creación de un sistema nacional de dependencia en la presente legislatura, distintas comunidades autónomas han introducido programas específicos que tienen como objetivo no sólo aumentar y mejorar la atención a este colectivo, sino también promover la actividad económica en sectores concretos creando lo que se ha denominado "nuevos yacimientos de empleo". En este trabajo se expone brevemente el contexto general del debate sobre la atención a la dependencia en España, para, a continuación, detallar las características y el funcionamiento de un programa que se ha implantado en Galicia: el cheque asistencial para mayores en situación de dependencia.

1. DEBATES ACTUALES SOBRE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

Los retos a los que se enfrentan los estados del bienestar son cada vez más complejos. Los riesgos y su dimensión han cambiado de forma notable en los últimos años. Por ejemplo, el envejecimiento de la población, unido a cambios en las dinámicas y estructuras familiares, y la creciente incorporación femenina al mercado de trabajo han hecho que la atención a la dependencia y la provisión de cuidado a personas mayores pasen de ser un asunto, en buena medida, privado a uno públi-

* Investigadora del Instituto Universitario Europeo de Florencia.

co¹. Las dimensiones de este "nuevo riesgo social" obligan a plantearse cuestiones sobre la mejor forma de proveer servicios de cuidado, fundamentalmente en países donde la familia constituye el principal pilar de apoyo a los mayores en situación de dependencia.

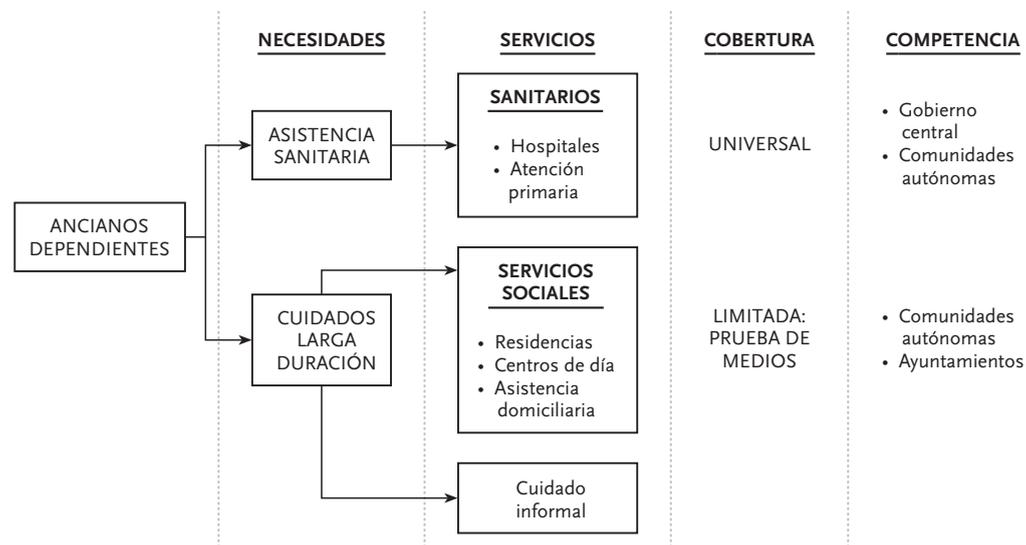
En España, si enfocamos específicamente la atención en los ancianos en situación de dependencia, la atención de sus necesidades se lleva a cabo a través de dos sistemas diferentes (gráfico 1). En primer lugar se encuentra la atención sanitaria en hospitales y centros de atención primaria. Su cobertura es universal y sus competencias están en manos de las administraciones central y autonómica. En segundo lugar hay que mencionar los cuidados provistos por servicios concretos, como residencias, centros de día o atención a domicilio, de la red de servicios sociales. El acceso a estos servicios se realiza a partir de "pruebas de medios" (*means tests*) que valoran la situación socioeconómica y familiar del individuo, se regula en los niveles regional y local, y carece de un marco legislativo o de referencia para todo el territorio nacional.

El debate técnico y académico relacionado con la cobertura de las necesidades que genera la dependencia, más concretamente la de las personas mayores, comenzó en España a principios de los años noventa, a partir de la publicación del *Plan Gerontológico Nacional 1991-2000*. Sin embargo, el despegue de este debate, etiquetado en nuestro país como "atención social a la dependencia", y su incorporación a la agenda política es relativamente reciente. En relación con este tema debemos mencionar la "Ponencia para el estudio de la problemática del

¹ Véase el artículo de Anttonen en este mismo número.

GRÁFICO 1

LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA



Fuente: Casado, Rico y Sabes (2002: 248).

envejecimiento de la población española”, elaborada en 1999 por el Senado (1999), así como también el libro *La protección social a la dependencia*, editado por el IMSERSO (Rodríguez Cabrero, 1999), y el informe del Defensor del Pueblo *La atención socio-sanitaria en España. Perspectivas gerontológicas y otros aspectos conexos* (2001). Dichos trabajos no solamente aportan datos concretos y abren de forma clara el debate sobre la dependencia, sino que también proponen la adopción de medidas legislativas para personas dependientes y la regulación de las situaciones de dependencia dentro del marco de la seguridad social. Estas recomendaciones, en especial las del informe del Defensor del Pueblo, siguiendo los principios inspiradores de los modelos alemán, austriaco y luxemburgués, apuntaban en la dirección de crear un nuevo pilar de la seguridad social. Sin embargo, estas propuestas, encaminadas a desarrollar el artículo 41 de la Constitución¹, todavía no se han plasmado en algún avance substancial.

¹ “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

Antes de continuar, es importante recordar que el despegue de este debate en España se enmarca en una discusión transnacional en la que participan, en mayor o menor medida, todos los países industrializados, y principalmente los estados miembros de la Unión Europea (UE). En efecto, el reconocimiento de los retos que plantea el envejecimiento de la población se ha generalizado en la segunda mitad de los noventa (por ejemplo, Pacolet *et al.*, 1999; Consejo de Europa, 1998). Más recientemente, la UE ha puesto de manifiesto su voluntad de promover y desarrollar la cooperación en aspectos relacionados con el envejecimiento y la dependencia². No obstante, la discusión sobre este área de protección social es todavía incipiente si se compara con otras, como las pensiones, la atención sanitaria o la inclusión social.

A pesar de las recomendaciones efectuadas en los estudios mencionados anteriormente, en España el gobierno del Partido Popular (PP) decidió en la legislatura 1996-2000 orientar sus esfuerzos por otros derroteros, barajando la posible puesta en

² Véase, por ejemplo, European Commission (2001, 2002) y Consejo de la Unión Europea (2003).

marcha de un seguro privado. La Ley 5/1999, que aprobaba los presupuestos para el año 2000, incluía un compromiso por parte del gobierno sobre la elaboración de un informe para el Congreso acerca del *seguro de dependencia*, con una propuesta de regular un marco fiscal e introducir modificaciones normativas para el desarrollo de la provisión a partir de planes de pensiones, mutualidades de provisión social y compañías de seguros (Maldonado, 2003: 79). En mayo de 2000 se elaboró el primer borrador del seguro privado como instrumento básico para la atención a la dependencia. Sin embargo, el segundo borrador, finalizado en el verano de 2001, mostraba más dudas sobre la posibilidad de crear un seguro privado, y parecía más favorable a la puesta en marcha de una combinación de seguro privado y políticas públicas.

En abril de 2001, el *Acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social*³, firmado por el gobierno, el sindicato CCOO y las organizaciones empresariales CEOE y CEPYME, incluía un apartado específico sobre la dependencia, estableciendo dimensiones básicas de acción y el compromiso necesario entre las tres administraciones públicas (central, autonómica y local) para diseñar una política de atención a la dependencia que garantizase la equidad en todo el territorio español. A su vez, este acuerdo hacía referencia a la voluntad de establecer unas líneas de atención a la dependencia antes del 20 de junio de 2002, compromiso que se cumplió finalmente en otoño de 2003. Por otra parte, en las nuevas recomendaciones del Pacto de Toledo, publicadas en octubre de 2003, se exponía la necesidad de elaborar una ley de protección a la dependencia (Congreso de los Diputados, 2003).

A pesar de que distintas opciones han estado y están en debate, ninguna solución clara ha sido adoptada hasta el momento. Así, durante el mandato del PP, las acciones del gobierno se encaminaron fundamentalmente hacia el aumento de las deducciones fiscales para dependientes y sus familias, y a la provisión de transferencias económicas, más que a la puesta en marcha de una acción global para la atención de las necesidades generadas por la dependencia⁴. La falta de impulso a las medidas de atención a la dependencia ha estado condi-

³ Este acuerdo está disponible en: <http://www.tt.mtas.es/periodico/documentos/200104/doc20010409.htm>. y <http://www.tt.mtas.es/periodico/seguridadesocial/200104/ss20010404.htm>.

⁴ Por ejemplo, en julio de 2003 el consejo de ministros aprobó un crédito de 12 millones de euros para un programa de promoción del cuidado de dependientes en sus hogares.

cionada por la convergencia de varios factores⁵: a la falta de visibilidad tanto en el ámbito social como en el político, se ha unido el hecho de que cualquier intento del gobierno central de establecer un sistema de dependencia que incluya el término "asistencia social", o cualquier otro clasificado como de responsabilidad exclusiva de las comunidades autónomas, encontraría seguramente una fuerte oposición por parte de éstas. A estos factores habría que añadir que la prioridad política se ha puesto habitualmente en la reforma de otras áreas, como las pensiones o el mercado de trabajo. Asimismo, en el marco de políticas de control severo del gasto público y de estabilidad presupuestaria ha cobrado fuerza la opción por medidas privatizadoras.

Sin embargo, recientemente se han puesto en marcha acciones positivas que apuntan a la posible aprobación de un sistema nacional de dependencia en la legislatura actual (2004-2008). Una de las claves para su éxito es el apoyo por parte del gobierno del Partido Socialista Obrero Español (PSOE). Ahora bien, que la iniciativa llegue a buen puerto no depende solamente de la voluntad del ejecutivo y de los partidos que lo respaldan parlamentariamente, sino también de las negociaciones con otros agentes sociales, los cuales finalmente empiezan a posicionarse en la materia.

Hasta el momento, en la actual legislatura se vislumbran dos puntos positivos para la consecución de este objetivo. En primer lugar, la elaboración y la presentación en el Congreso y el Senado del *Libro Blanco de la Dependencia*, que aporta información detallada sobre esta problemática y sus posibles soluciones (IMSERSO, 2004). Este informe caracteriza las formas de dependencia siguiendo los modelos francés y alemán, y considera que un sistema nacional de dependencia debería de incluir los siguientes aspectos: universalidad en las prestaciones; carácter público de éstas, independientemente de las formas de financiación y gestión; igualdad en el acceso al derecho, y cofinanciación por parte de los usuarios con carácter general para todo el territorio español. Al mismo tiempo, también aboga por la generación de empleo en este sector y postula la garantía de calidad de las prestaciones. Por otra parte, el documento defiende la

Su objetivo era el de establecer pagos que pudieran ser percibidos por las familias o mayores dependientes para así promover el apoyo informal y mantener a las personas el mayor tiempo posible en sus domicilios (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 25-7-2003, <http://www.tt.mtas.es/periodico/>).

⁵ Rodríguez Cabrero (2004) expone argumentos similares.

creación de una mesa de diálogo social y concertación con los agentes sociales para la discusión de las posibles medidas a llevar a cabo.

Para concluir, como argumenta Rodríguez Cabrero (2004), mientras que el debate se siga retardando a escala nacional, las distintas comunidades autónomas continuarán aportando sus propias soluciones con sus recursos limitados. Por ejemplo, a partir de los años noventa varios gobiernos autonómicos aprobaron la segunda generación de sus leyes de servicios sociales, con el propósito de mejorar y desarrollar las primeras y adaptar sus actuaciones a una realidad social diferente. Sin embargo, y a pesar de esfuerzos como el de la Ley 1/2003 de Servicios Sociales del Principado de Asturias, que trata de definir el acceso a los servicios sociales como un derecho subjetivo, la característica principal de estos servicios sigue siendo su marcado carácter asistencial. Al mismo tiempo, se han implantado distintos programas cuyos objetivos y/o modos de proceder parten, en ocasiones, de concepciones diferentes a la hora de dar respuesta a las necesidades sociales. Éste es el caso de la introducción en Galicia de un mercado semi-competitivo a través del cheque asistencial para la atención a mayores dependientes⁶. Este programa difiere en su concepción de las propuestas dominantes, que tratan de situar las actuaciones sobre la dependencia en el marco de la seguridad social. A continuación detallaré los principales objetivos y características de este programa.

cue a sus necesidades. Asimismo, el ciudadano ve repercutidas en su renta las decisiones de consumo en las que el precio exceda el valor de la participación del estado. Un sistema de vales o cheques de compra se define como un régimen en el cual los individuos reciben un derecho con valor monetario, básicamente una subvención, que pueden cambiar por un bien o servicio predeterminado producido por un conjunto de proveedores escogidos por un órgano público competente. El objetivo principal de este tipo de instrumentos consiste en tratar de aproximar las decisiones del estado a las preferencias de los ciudadanos, especialmente en materia de servicios sociales. Al mismo tiempo, las características de este tipo de mercados semi-competitivos permiten mejorar la eficiencia, al introducir incentivos a la gestión óptima de los recursos, provocando incluso un aumento de la oferta y/o la emergencia de ésta desde la economía sumergida o informal.

El cheque asistencial para personas mayores dependientes en Galicia

El programa del cheque asistencial constituye un importante cambio de organización y enfoque de la provisión de cuidados a mayores dependientes en Galicia, una de las comunidades autónomas con mayor porcentaje de personas mayores sobre la población total (21,7%); sólo superado por Castilla y León, Principado de Asturias y Aragón, el porcentaje gallego se eleva más de cinco puntos por encima de la media nacional, que es del 17% (IMSERSO, 2004).

2. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES A TRAVÉS DEL CHEQUE ASISTENCIAL EN GALICIA

¿Qué es un cheque?

Planas (2002) define los cheques, también denominados vales o bonos (*vouchers*, en inglés), como una participación parcial o total del estado en el consumo privado de bienes o servicios que son producidos por empresas públicas y/o privadas. Este instrumento permite al ciudadano destinar los recursos que el estado asigna a aquella empresa u organismo que le ofrezca el servicio que mejor se ade-

La puesta en marcha del programa del cheque asistencial encaja de forma bastante precisa con las ideas principales que el PP pretendió desarrollar durante su gobierno en Galicia, y que iban en la línea de la nueva ética social propuesta por la política de este partido en todo el país. Para el PP, esta nueva ética, denominada *nuevo concepto de solidaridad*, debía tener como objetivo la movilización de recursos públicos y privados para la política social. En otras palabras, se fomentaba la provisión no-directa de servicios, divorciando así financiación pública y provisión del mismo tipo.

Conscientes de la necesidad de dar alguna respuesta al problema de la escasa provisión de servicios a personas mayores, principalmente las que sufrían algún tipo de dependencia, un grupo de profesionales de la Consejería de Salud y Servicios Sociales del gobierno autonómico gallego comenzó a analizar distintas experiencias ya probadas en

⁶ Otras comunidades, como por ejemplo Valencia, habían introducido con anterioridad este tipo de programas aplicados a la cobertura de gastos de estancia en residencias.

CUADRO 1

REGULACIÓN DEL CHEQUE ASISTENCIAL
EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

- Decreto 176/2000, de 22 de junio, por el que se regula el programa de atención a las personas mayores a través del cheque asistencial
- Orden 5 de diciembre de 2000, que regula las ayudas económicas para la atención de personas ancianas dependientes a través del cheque asistencial y la inclusión en el programa de entidades prestadoras de servicios sociales.
- DO. Galicia 3 enero 2001, núm. 2/2001, que regula las ayudas para las personas mayores dependientes a través del cheque asistencial y la inclusión en el programa de las entidades prestadoras de servicios sociales
- Orden 14 mayo 2001, núm. 92/2001, que modifica la Orden 5-12-2000 (LG 2001\5), de ayudas para las personas mayores dependientes a través del cheque asistencial y la inclusión en el programa de las entidades prestadoras de servicios sociales

Fuente: Elaboración propia.

otros lugares de España. Antes de lanzar el programa del cheque asistencial, el Consejo Económico y Social de Galicia emitió un dictamen en el que señalaba que éste no garantizaba satisfactoriamente la equidad y no primaba las situaciones de dependencia a la hora de acceder a los servicios (Consello Económico e Social de Galicia, 1999). Por su parte, la Confederación Galega de Empresarios apoyó de forma clara esta propuesta, no sólo por reforzar la estructura de apoyo y atención a las personas mayores, sino también por incentivar la creación de empresas y la ocupación dentro de los denominados “nuevos yacimientos de empleo”⁷. De hecho, el gobierno autonómico había ligado el programa al objetivo de creación de empleo y dinamización económica en Galicia.

El fomento empresarial y de la iniciativa privada en el ámbito de los servicios sociales ha recibido también un considerable impulso a través de una acción concreta para la creación de centros multi-asistenciales para mayores en el marco del *Plan*

⁷ Los nuevos yacimientos de empleo son aquellas actividades destinadas a satisfacer nuevas necesidades sociales que actualmente se configuran como mercados incompletos, sean intensivas en empleo y tengan un ámbito de producción/prestación definido en el territorio (Jiménez, Barreiro y Sánchez, 1998: 18). Los servicios personales y/o servicios a domicilio para personas mayores son algunas de las actividades definidas dentro de esta categoría por la Unión Europea.

galego de personas maiores 2001-2006 (Xunta de Galicia, 2001b). Esta acción se instrumenta a través de la firma de un convenio con el Instituto Galego de Promoción Económica (IGAPE), y consiste en la dotación de ayudas a la iniciativa privada para estimular la inversión en la construcción de centros residenciales hasta un total de 3.000 plazas. Con este objetivo, el IGAPE concederá subvenciones a fondo perdido del 10% de los gastos de inversión subvencionables. Los recursos previstos para este fin alcanzan casi once millones de euros, distribuidos durante los años de vigencia del Plan.

Finalmente, y teniendo en cuenta el alto porcentaje de personas mayores en Galicia, la imposibilidad por parte de las familias de cargar con todo el peso de su atención y el deseo de aprovechar nuevos yacimientos de empleo que pueden beneficiar principalmente a la población femenina, el Consejo de Gobierno aprobó el 22 de junio de 2000 un decreto regulando el “Programa de atención a las personas mayores dependientes a través del cheque asistencial” (cuadro 1). El programa prevé ayudas públicas de tipo individual para cubrir los gastos de las personas mayores de 65 años con dependencias de tipo severo⁸. Tiene como objetivo que estas personas alcancen una mejor atención y calidad de vida a través del apoyo directo a ellas o

⁸ Por dependencia de tipo severo se entiende aquella en la que se necesita de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria.

CUADRO 2

**EL CHEQUE ASISTENCIAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA.
TIPOS DE CHEQUES Y CARACTERÍSTICAS**

<i>Tipo</i>	<i>Características</i>
Residencial	Incluye las ayudas individuales destinadas a cubrir los gastos de estancias permanentes en centros asistenciales integrados en el programa*
Centro de día	Incluye las ayudas destinadas a cubrir los gastos ocasionados por cuidados de recuperación y mantenimiento de la capacidad funcional en centros de atención diurna incluidos en el programa
Ayuda a domicilio	Destinada a cubrir los gastos ocasionados por servicios profesionales de atención integral, prestados en el propio hogar familiar por las entidades incluidas en el programa
Estancias temporales/respiro	Ayudas destinadas a financiar los gastos derivados de estancias temporales en residencias del programa por un máximo de dos meses. Esta modalidad podrá incluir programas de formación y apoyo psicológico para los cuidadores

* En el caso del cheque residencial será requisito imprescindible no ser o haber sido residente de cualquier residencia pública o privada de la tercera edad en el período de un año completo e inmediatamente anterior a la formulación de la solicitud. Fuente: Decreto 176/2000, de 22 de junio, por el que se regula el programa de atención a las personas mayores a través del cheque asistencial. Fuente: Elaboración propia.

sus familias, contribuyendo a la creación estable de empleo en el área de los servicios sociales, permitiendo la flexibilidad y libertad de elección de las personas con necesidad de servicios y el aumento de la calidad en la oferta de éstos. Se integran en el programa cuatro tipos distintos de cheques: residencial, de centros de día, de ayuda a domicilio y de estancias temporales o respiro (cuadro 2).

El acceso al cheque asistencial depende del cumplimiento de las siguientes condiciones: ser mayor de 65 años, estar empadronado y tener residencia efectiva en cualquiera de los concejos de Galicia al menos durante el año completo inmediatamente anterior a la formulación de la solicitud, aunque también podrán ser beneficiarios de las ayudas los ciudadanos españoles residentes en el extranjero que tuvieran su última vecindad administrativa en Galicia, si estas personas fijasen su residencia en el territorio gallego. Sólo podrá ser beneficiario quien, además de satisfacer estas condiciones, padezca una situación de dependencia física y/o psíquica que le haga precisar la ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria. La aplicación de este programa se lleva a cabo a través de los servicios de atención primaria muni-

cipales, ante los cuales el solicitante deberá presentar una serie de documentos (entre ellos, el documento que acredite su situación económica), así como un informe elaborado por un trabajador social. En este informe, la situación social, económica, física y mental de la persona mayor es evaluada sobre la base de unos baremos preestablecidos. La puntuación obtenida tras la evaluación es clave a la hora de acceder al programa.

El programa comenzó a ser operativo en el segundo semestre de 2001, y su cobertura ha aumentado considerablemente desde esa fecha (cuadro 3), con un presupuesto inicial para el año 2001 de 2.141.507 euros, que en los dos años siguientes se incrementaría hasta 5.138.653 y 7.546.037, respectivamente⁹. El número de usuarios pasó de 814 en 2001 a 2.718 en 2003. El cuadro 3 registra el número de usuarios en cada una de las modalidades ofertadas. A continuación, en el cuadro 4 se ofrecen también datos sobre la distribución por sexo, edad y nivel de ingresos de los usuarios. Como se desprende de los datos, el gru-

⁹ Ha de tenerse en cuenta que los datos correspondientes a 2001 se refieren sólo a un semestre.

CUADRO 3

NÚMERO DE USUARIOS DEL CHEQUE ASISTENCIAL, POR MODALIDAD (2001-2003)

	2001	2002	2003
Residencial	350	557	808
Centro de día	33	83	173
Ayuda a domicilio	425	898	1.736
Estancia temporal/respiro	6	1	1
Total	814	1.539	2.718

Fuente: Xunta de Galicia (2001a, 2002, 2003).

po que utiliza mayoritariamente este programa es el formado por mujeres mayores de 75 años. Por lo que respecta a los ingresos, cerca de la mitad de los beneficiarios se sitúa en la categoría 450-600 euros mensuales (gráfico 2).

Desde la perspectiva de la oferta de los servicios, cabe señalar dos datos de interés. Por un lado, el número de empleos dentro de este programa ha ido incrementándose intensamente, desde 334 en 2001, a 670 en 2002 y 1.166 en

CUADRO 4

NÚMERO DE BENEFICIARIOS DEL CHEQUE ASISTENCIAL, POR SEXO Y EDAD (2003)

Grupos Edad	Hombres	Mujeres	Total
65-75	147	271	418
75-85	381	841	1.222
> 85	279	790	1.069
No consta	7	2	9
Total	814	1.904	2.718

Fuente: Xunta de Galicia (2003: 79).

CUADRO 5

PROVEEDORES Y PLAZAS OFERTADAS, SEGÚN MODALIDAD DEL CHEQUE ASISTENCIAL (2002)

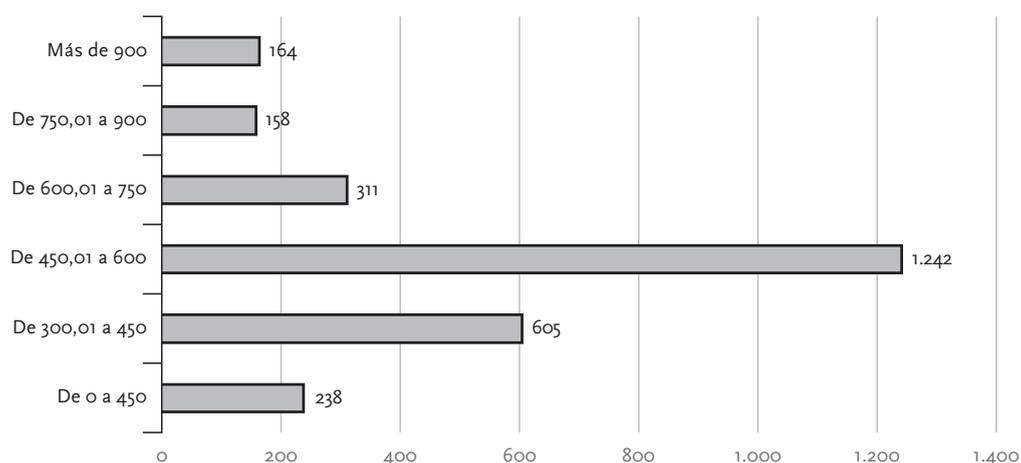
	Número de centros*	Número de plazas
Residencial	36	761
Ayuda a domicilio*	59	59
Centros de día	17	214
Estancias temporales	4	49

* Principalmente cooperativas de mujeres en áreas rurales.

Fuente: Datos proporcionados a la autora por la Dirección Xeral de Servicios Sociales (abril, 2003).

GRÁFICO 2

INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL CHEQUE ASISTENCIAL EN EUROS/MES (2003)



Fuente: Xunta de Galicia (2003: 79).

2003. Uno de los problemas iniciales residía en la práctica ausencia de proveedores privados, lo cual representa un problema importante a la hora de alcanzar uno de los objetivos de un programa de este tipo: el aumento de la capacidad de elección de los usuarios. Por otro lado, el número de plazas ofertadas a finales de 2002 todavía quedaba por debajo de las 1.100, lo cual sugiere una oferta limitada y, por tanto, ampliable en los próximos años.

En resumen, ante la inexistencia de un marco nacional de referencia en el ámbito de los servicios sociales y el retraso en la aprobación de un marco regulador para la atención a la dependencia, en España han aparecido iniciativas como la descrita aquí para el caso gallego. Aunque el programa del cheque asistencial cubre sólo parcialmente los objetivos de atención a los mayores dependientes, todavía está escasamente extendido y no garantiza el acceso a todos aquellos que lo deseen, esta experiencia resulta de momento positiva en la medida en que extiende la provisión de servicios a personas mayores, y en que contribuye a la creación de nuevos empleos y empresas que faciliten la ocupación en sectores hasta el momento poco desarrollados, favoreciendo la inte-

gración laboral de determinados colectivos, como el femenino, en distintas áreas, principalmente en zonas rurales.

BIBLIOGRAFÍA

CASADO, D.; RICO, A. y R. SABES (2002), "Asistencia integrada a los ancianos dependientes en España", *Documentación Social*, 127: 241-275.

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (2003), "Informe de la Comisión no permanente para la valoración de los resultados obtenidos por la aplicación de las recomendaciones del Pacto de Toledo. Texto del Informe y votos particulares", *Boletín Oficial de las Cortes Generales* 596, 2 de octubre.

CONSEJO DE EUROPA (1998), *Recomendación del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia*, No R 98/9.

CONSELLO ECONÓMICO E SOCIAL DE GALICIA (1999), *Dictame 3/99 sobre o proxecto de decreto polo que se regula o programa de atención as personas maiores dependentes: bono cheque asistencial* (<http://www.ces-galicia.org/inicio.html>).

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2003), *Informe conjunto Comisión-Consejo sobre la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social*, Doc. 6528/03.

DEFENSOR DEL PUEBLO (2001), *La atención socio-sanitaria en España. Perspectivas gerontológicas y otros aspectos conexos* (disponible en: www.defensordelpueblo.es).

EUROPEAN COMMISSION (2001), *The future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability* (<http://europa.eu.int/scadplus/printversion/en/cha/c11310.htm>).

– (2002), *Europe's response to World Ageing. Promoting economic and social progress in an ageing world. A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing* (<http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11910.htm>).

IMSERSO (2004), "Atención a las personas en situación de dependencia en España". *Libro Blanco*, Madrid, MTAS (<http://www.imserso.mayores.csic.es/documentos/libroblancodeladependencia.html>)

JIMÉNEZ, E.; BARREIRO, F. y J. E. Sánchez (1998), *Los nuevos yacimientos de empleo*, Barcelona, Fundación CIREM.

MALDONADO MOLINA, J. A. (2003), *Seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, Valencia, Tirant lo Blanch.

PACOLET, J. et al. (1999), *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission, Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs.

PLANAS MIRET, I. (2002), "Un instrumento de contratación externa: los vales o cheques. Análisis teórico y evidencias empíricas", *Documento de Trabajo 2*, Bilbao, Fundación BBVA.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

– (2004), *Protección social de la dependencia en España*, Documento 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas.

SENADO (1999), "Informe de la ponencia especial para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española", *Boletín Oficial de las Cortes Generales-Senado*, 805, 17 de diciembre.

XUNTA DE GALICIA (2001a), *Memoria 2001 Dirección Xeral de Servizos Sociais*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

– (2001b), *Plan galego de persoas maiores 2001-2006*, Santiago, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

– (2002), *Memoria 2002, Dirección Xeral de Servizos Sociais*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

– (2003), *Informe de xestión da Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares

RICARDO CUBEDO*

RESUMEN

Cuando el lector termine de leer este artículo, 45 españoles que están vivos en este mismo instante habrán muerto; quince de ellos por causas súbitas, pero 30 tras un proceso más o menos largo de dependencia que llamamos enfermedad terminal. Sólo diez habrán tenido acceso a cuidados paliativos adecuados. Los restantes 20 padecerán dolor y otros sufrimientos que un sistema sanitario preparado para curar no sabrá evitar. En el siguiente texto se repasa la situación de los cuidados paliativos de un grupo de dependientes muy específico, el de los enfermos terminales en España. Se presentan asimismo los datos de una experiencia concreta (la del Área Sanitaria 6 de la Comunidad Autónoma de Madrid) y se analizan algunas de sus implicaciones teóricas y prácticas.

1. ENFERMOS TERMINALES Y CUIDADOS PALIATIVOS

La fundación en 1967 del St. Christopher's Hospice en Londres por Cicely Saunders representa el pistoletazo de salida del movimiento *hospice* en el Reino Unido y marca el inicio de la atención especializada a los enfermos terminales¹. Este

* Médico coordinador de la Unidad de Cuidados Paliativos del Área Sanitaria 6 de la Comunidad Autónoma de Madrid.

¹ El enfermo terminal es fácil de reconocer, pero difícil de definir. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que son cinco características las que lo definen: 1) padecer una enfermedad grave, progresiva e incurable; 2) no responder adecuadamente a los tratamientos específicos; 3) estar afectado por una multitud de problemas y síntomas intensos, multifocales y rápidamente cambiantes;

ámbito de acción sanitaria recibe la denominación general, ciertamente eufemística, de "cuidados paliativos"². Aunque existen ejemplos muy antiguos de instituciones dedicadas al cuidado de los moribundos, fueron los impulsores del movimiento *hospice* los primeros en poner de manifiesto que los procedimientos de la medicina asistencial no respondían adecuadamente a las necesidades de los enfermos enfrentados a la última fase de la vida, cuando no tomaban por fines sus modernos medios técnicos, alargando innecesaria y cruelmente el sufrimiento de la agonía.

La forma en la que se administran los cuidados paliativos ha variado acusadamente con el tiempo. Los *hospices* originales eran instituciones cerradas cuyo principal propósito consistía en el tratamiento del dolor. Hoy día, la estructura básica de los cuidados paliativos no es un edificio hospitalario aislado, sino un equipo móvil, integrado en la estructura del hospital y del centro de salud que han atendido al enfermo desde su diagnóstico, que trata de llevar la atención al propio domicilio siempre que sea posible. Sin embargo, los pilares básicos de la atención al paciente terminal no han cambiado desde que se postularon inicialmente; su objetivo esencial es eliminar tanto sufri-

4) sufrir un impacto emocional severo ante la inminencia e ineluctabilidad de la muerte, que se hace extensivo al círculo familiar, y 5) tener una esperanza de vida aproximadamente menor a tres meses.

² La OMS define los cuidados paliativos como un enfoque por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y la familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la correcta valoración y el adecuado tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

miento como se pueda del proceso de morir, preservando la dignidad personal y la autonomía del moribundo, y entendiendo que el destinatario no es el enfermo dependiente de cuidados paliativos, sino la unidad que forma con su círculo familiar.

La medicina paliativa no atiende a las causas y, por tanto, rara vez se implica en procesos diagnósticos. En cambio, se centra en los síntomas y en el modo más simple, rápido e incruento de atajarlos. El aspecto físico es sólo una porción importante del trabajo con las personas en situación terminal. La atención a los problemas psicológicos y la resolución de escollos de tipo social forman parte del trabajo cotidiano de los equipos de cuidados paliativos. Además de médicos y personal enfermero, suelen contar con psicólogos y trabajadores sociales. Los primeros, por ejemplo, se ocupan de asuntos como la depresión, la ideación suicida, los sentimientos de culpa, la negación de la proximidad de la muerte, el desarrollo de sentimientos patológicos entre los familiares más próximos tras el fallecimiento del enfermo o el mejor modo de informar a los niños de la desaparición de sus padres, abuelos o hermanos. Por otro lado, los trabajadores sociales procuran ayudas económicas o domiciliarias cuando se necesitan, asisten con los trámites administrativos de pensiones o herencias, o tratan de hallar recursos económicos para que los familiares de enfermos inmigrantes puedan viajar a su lado, situación cada día más frecuente.

Centrando la atención en los enfermos de cáncer, se calcula que, en España, sólo uno de cada tres pacientes que fallecen por esta enfermedad recibe una asistencia paliativa adecuada durante los últimos meses de su vida, a pesar de que sus requerimientos son, por lo general, simples y baratos. La medicina paliativa parece encontrar todavía barreras para que su implantación llegue a ser la adecuada. Algunas de ellas son consustanciales a su propia naturaleza y la acompañan desde los primeros momentos de su desarrollo en los años sesenta del siglo pasado. Otras, en cambio, son reflejo de cambios recientes en nuestras sociedades.

Entre el primer tipo de barreras hay que considerar la permanente presencia de la idea de la muerte en cualquier discusión que ronde el asunto de la enfermedad terminal. Su asociación con la idea de la propia muerte de cada cual, que nuestra cultura occidental se empeña en ocultar y disimular, y la connotación de "fracaso de la medicina" que arrostra, han llevado a que el problema del enfermo próximo a fallecer sea pospuesto, cuando no sencillamente ignorado, por todos los actores relevantes,

ya sean administradores sanitarios, médicos, asociaciones de pacientes o grupos de presión. Hace décadas, la gente tendía a considerar la muerte como un asunto ajeno a los médicos, propio de la familia. Tan sólo esperaba del hospital que señalase el momento a partir del cual "la ciencia ya no podía hacer nada" para trasladar rápidamente al enfermo a su casa. La idea de una muerte deseable tenía lugar en la propia cama y rodeado de la familia. Permitir que un esposo, hermano, no digamos hijo, falleciera en el anonimato de una sala de hospital se consideraba un borron indeseable en la biografía familiar.

Esta representación de la muerte ha experimentado una revolución copernicana. Hoy día, la muerte se ha "medicalizado", se considera un diagnóstico, una enfermedad, cosa de profesionales. Que la agonía y la muerte escenifiquen su drama bajo el techo del hogar horroriza. Hasta las personas más formadas, capaces y animosas se retraen llegado el momento y se ven a sí mismas como absolutamente incompetentes para atender al familiar enfermo. Se han esfumado prácticamente conocimientos y habilidades básicos de los que generaciones previas hacían uso como cosa natural (llevar a cabo el aseo, proporcionar alimentación a quien deglute con dificultad, bajar la fiebre, cuidar la sequedad de la piel y las mucosas, curar una llaga, etc.). En buena parte, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo explica este retroceso.

De siempre, el cuidado de los enfermos dependientes ha sido tarea femenina. El ama de casa era la persona capaz de estar todo el día a la cabecera del doliente. El marido podía ser ingeniero o catedrático, pero aun cuando su propia madre fuera la enferma, sería la esposa quien se arrogaría la autoridad y sobre quien recaería la responsabilidad de sus cuidados como cosa natural, atenta a los síntomas y quejas, a la higiene, al horario de las medicaciones. Como veremos más adelante, las mujeres siguen desempeñando este papel en buena medida, pero desde una posición mucho más desfavorable, atenazadas entre las responsabilidades de atender al enfermo y a sus propios trabajos, y sin los conocimientos médicos caseros, la serenidad, la paciencia y el buen juicio clínico que, sin alharacas ni hacer el menor caso de ello, hacían valer sus madres y abuelas. Desde luego, los hombres no parecen haber compensado adecuadamente la situación compartiendo lo que se podría considerar como la "más exigente de las tareas domésticas".

Casi cualquier movimiento de la estructura social de las últimas décadas parece conspirar en contra del cuidado domiciliario de los enfermos

dependientes. Por la reducción de la natalidad son ahora menos hermanos los que se pueden turnar en las labores de acompañamiento y asistencia. La movilidad laboral aleja a muchos de ellos. Cada vez es más frecuente encontrarse con personas mayores gravemente enfermas, en buena situación económica, con hijos, pero que carecen de todo apoyo familiar, ya que aquéllos viven en ciudades alejadas y, sencillamente, no se pueden permitir desatender sus trabajos. La inmigración es el último reto. Los inmigrantes que se convierten en dependientes por enfermedad terminal se encuentran a veces en situaciones desesperadas, sin familia ni un domicilio con las condiciones mínimas para la comodidad de un enfermo, carentes de dinero tanto para regresar a sus países como para costear el pasaje de algún familiar que los cuide. Otras veces, las dificultades vienen de la mano de la situación ilegal del inmigrante, de la imposibilidad de comunicarse con él en su lengua, o de su religión, que exige una serie de precauciones y ritos ante la cercanía de la muerte que ni nuestra sociedad ni nuestro sistema asistencial puede proporcionarle fácilmente.

Los equipos de asistencia paliativa a domicilio para pacientes terminales son el único instrumento idóneo capaz de equilibrar estas tensiones y posibilitar que, pese a todo, el tránsito de la vida a la muerte sea lo menos malo para el enfermo y deje el recuerdo menos amargo posible en sus familiares. En el resto de este artículo se va a repasar cuál es la situación de los cuidados paliativos en España; se analizará la experiencia concreta de un equipo de asistencia domiciliaria a pacientes terminales de cáncer en Madrid, y se tratará de llegar a algunas conclusiones generales relevantes, así como de esbozar algunas propuestas de mejora futura en este ámbito particular de la asistencia a enfermos dependientes.

2. LA SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA³

En 1999, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emitió la Recomendación 1418/1999 sobre *Protección de los derechos humanos y la dignidad de los pacientes terminales y moribundos*,

³ Este apartado se refiere exclusivamente a los cuidados paliativos de los enfermos adultos. Los pacientes terminales infantiles se atienden a través de sistemas completamente diferentes y, en términos generales, la cobertura de su asistencia es mucho más completa que la de los adultos en todo el territorio nacional.

instando a los países miembros a legislar a favor de esta clase de dependientes. El mismo año, el Senado español, en su sesión del 14 de septiembre, exhortaba al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a establecer un Plan Nacional de Cuidados Paliativos. El Grupo de Trabajo del Consejo Interterritorial se formó en octubre siguiente y elaboró el documento *Plan de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo*, que se aprobó en el Pleno del Consejo del 18 de diciembre de 2000. El desarrollo de las medidas concretas, ya finalizadas las transferencias de las competencias sanitarias, quedó en manos de las administraciones autonómicas. Por desgracia, este desarrollo ha sido muy irregular, y todavía hoy la probabilidad de recibir cuidados paliativos correctos depende de dónde viva y de qué enfermedad padezca cada enfermo terminal.

Los cuidados paliativos alcanzan a los enfermos por cuatro vías diferentes. En primer lugar están los *equipos de atención primaria (EAP)*. Son los médicos y el personal de enfermería ordinarios de los centros de salud (los "ambulatorios") que se desplazan al domicilio del paciente terminal. Ésta es la única prestación, por cierto, incluida en el catálogo del Sistema Nacional de Salud⁴. Pero, muy a menudo, los profesionales de atención primaria carecen de la formación necesaria para que la asistencia que prestan sea óptima y, desde luego, del tiempo y de la flexibilidad horaria necesarios, ya que han de ocuparse prioritariamente de sus consultorios, de ordinario ya saturados. Por otra parte, los EAP no incluyen psicólogos ni trabajadores sociales.

En segundo lugar, los *equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD)* son unidades móviles compuestas por un vehículo, un médico, personal de enfermería y, en algunos casos, psicólogos y trabajadores sociales. Dependen de las gerencias de Atención Primaria y se coordinan con los EAP. La implantación geográfica de los ESAD es muy heterogénea. Algunas comunidades, como Cataluña, Extremadura y Canarias, disfrutan de coberturas prácticamente completas. En otras, como Castilla-La Mancha, son casi inexistentes. En otros lugares, la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) por ejemplo, la cobertura es parcheada y se da el caso de que vecinos de la misma ciudad disponen o no de esta asistencia en función del área sanitaria a la que pertenezcan.

⁴ Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

En tercer lugar, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) ha sido pionera en la atención a domicilio de los enfermos terminales de cáncer desde 1992. Su modelo de acción consiste en firmar acuerdos marco con las distintas áreas sanitarias para crear *unidades de cuidados paliativos domiciliarios (UCPD)*. Las UCPD están integradas típicamente por un vehículo, un conductor, un médico, una enfermera, un psicólogo y un trabajador social, cuyas retribuciones cubre la AECC. El área sanitaria proporciona la medicación, las instalaciones de oficina en un hospital o centro de salud y algún médico, tanto del hospital de referencia como de los centros de salud, que cumple funciones de coordinación. La primera UCPD entró en funcionamiento en 1994 y, desde entonces, decenas de miles de enfermos de cáncer han sido ejemplarmente atendidos en sus últimos días gracias a la AECC.

Sin embargo, este modelo está gravado por tres inconvenientes. Primero, el mero hecho de tener cubierto de algún modo este tipo de asistencia ha desalentado a las autoridades sanitarias, ya de por sí remisas a invertir en cuidados paliativos, a la hora de desarrollar recursos propios, como los ESAD, que casi nunca están presentes allí donde hay una UCPD. El resultado es que en algunos lugares, como es notorio en el caso de Madrid, la asistencia paliativa a domicilio depende en la actualidad casi exclusivamente de la AECC⁵. Segundo, la asistencia prestada por la AECC sólo alcanza a los pacientes con diagnóstico de cáncer. En los muchos lugares de España donde hay UCPD, pero no ESAD, los enfermos terminales con diagnósticos como SIDA, enfermedades neurodegenerativas, trastornos respiratorios o insuficiencia renal se hallan, por regla general, privados de atención paliativa específica. Tercero, la AECC ha ido variando su política de asignación de recursos durante los últimos años. Desde el año 2000 ya no crea nuevas UCPD con cargo exclusivo a sus presupuestos. Las últimas unidades, desarrolladas en los años 2003 y 2004, se han instituido mediante acuerdos en los que el coste de personal es compartido progresivamente entre la Asociación y la administración sanitaria, de manera que, en un plazo prefijado, esta última termina corriendo con la totalidad de los gastos. En algunos momentos,

⁵ Bien es verdad que, en junio de 2005, la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM hizo público su Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, que destina 17 millones de euros a dotar a la Comunidad de recursos propios en asistencia paliativa mediante un plan de desarrollo que finaliza en 2008.

incluso se ha llegado a temer sobre la intención de la AECC de abandonar por completo esta actividad asistencial, cancelando el programa de UCPD. Si algo así llegara a suceder antes de que el Sistema Nacional de Salud cubriera por completo la atención paliativa a los pacientes terminales, las consecuencias serían catastróficas para miles de enfermos dependientes y sus familias.

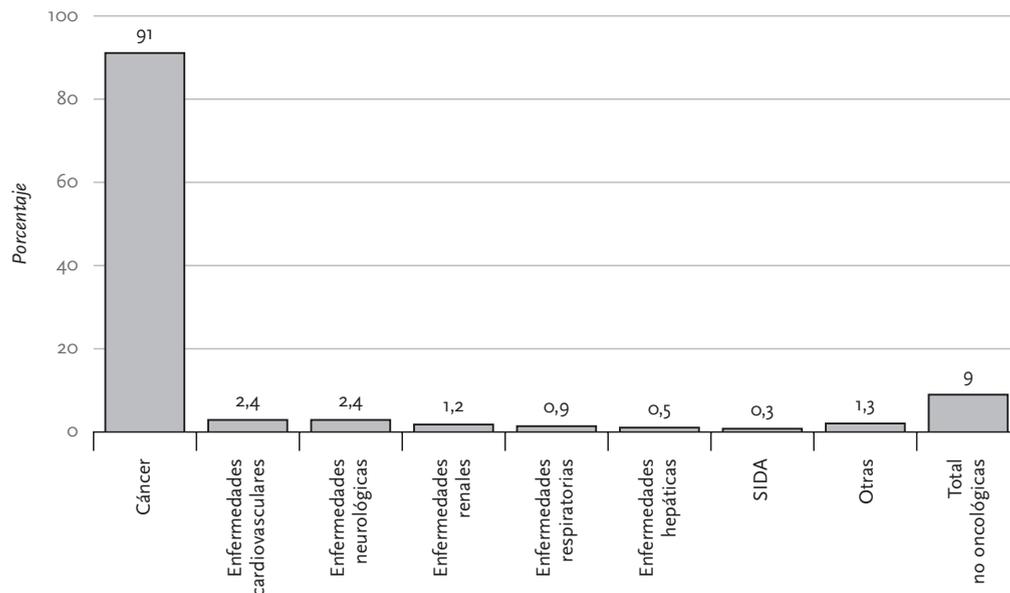
Por último, la cuarta vía de atención paliativa a la enfermedad terminal son las *unidades de cuidados paliativos de agudos (UCPA)*. No son otra cosa que unidades de hospitalización específicas para los enfermos terminales. Ingresan a los pacientes con complicaciones agudas que necesitan tratamientos imposibles de llevar al domicilio, atienden a enfermos sin apoyo familiar alguno, ofrecen cortas estancias para brindar "un respiro" a los familiares que los cuidan en casa y, a menudo, son el lugar elegido en los últimos días por algunos enfermos y sus familias. Las UCPA están atendidas por médicos especialistas en cuidados paliativos y personal de enfermería habitualmente voluntario. Se suele integrar en ellas a psicólogos y trabajadores sociales, así como a voluntarios de distintas organizaciones humanitarias que cumplen funciones como turnarse con los familiares, hacer recados necesarios a quien no quiere abandonar la cabecera del ser querido ni un minuto, o leer un libro en voz alta.

La notoria carencia de UCPA es probablemente el problema más grave del sistema español de cuidados al paciente terminal. Hay unidades ejemplares, como las pioneras de El Sabinal, en Gran Canaria⁶, o la del Hospital Gregorio Marañón, en Madrid, pero instituciones tan emblemáticas como La Paz de Madrid o el Hospital Clínic de Barcelona, por sólo poner dos ejemplos, carecen por completo de ellas. La OMS recomienda 80 camas hospitalarias dedicadas a la enfermedad terminal por cada millón de habitantes. La media en España es de 41, pero, por ejemplo, en Castilla-La Mancha sólo hay 5, y ninguna en Murcia. La mayor parte de los enfermos terminales que no pueden o no quieren morir en sus casas se han de conformar con habitaciones comunes, cuando no un *box* del servicio de urgencias. La carencia de todos esos detalles que caracterizan una buena UCPA no es trivial. Sólo puede apreciarlos en su justa medida quien haya vivido la experiencia en la carne ajena de un ser querido. Junto con el buen control del dolor, poder disfrutar de ese conjunto de peque-

⁶ Hoy integrada en el Hospital Universitario Dr. Negrín.

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES DE LOS PACIENTES TERMINALES ATENDIDOS POR EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID EN 2004



Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Madrid (2005: 19).

ñas atenciones (como habitaciones individuales, horarios de visita no restringidos, facilidades para que los familiares duerman junto a los enfermos...) es el factor pronóstico más importante de una muerte no traumática para el paciente y un duelo normal para las familias.

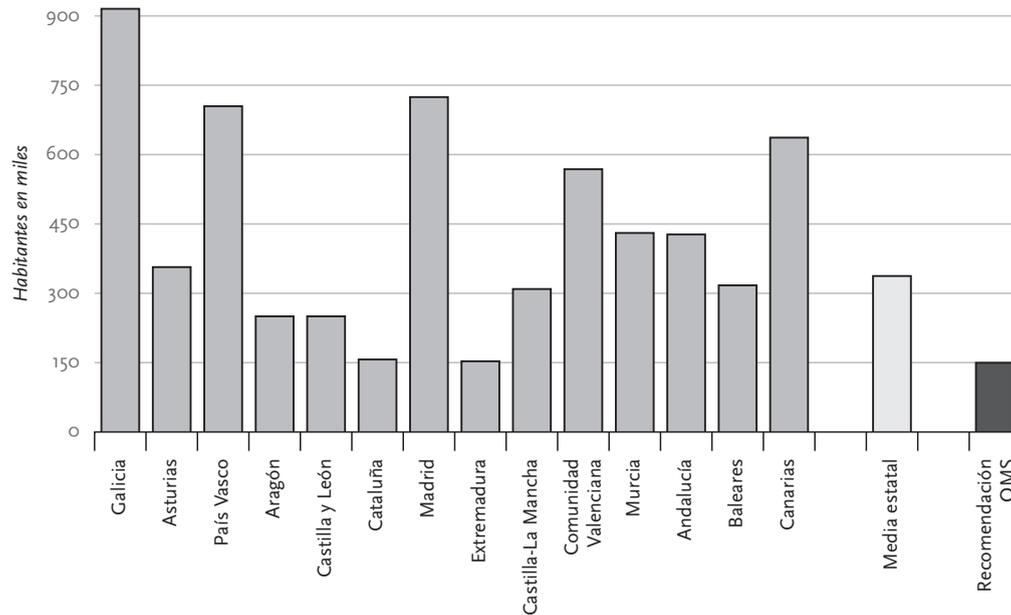
En resumen, la calidad de los cuidados paliativos en España es buena *allí donde llega*. Como se ha apuntado más arriba al discutir el papel de los ESAD, los principales defectos de los que adolece es la cobertura irregular, tanto en términos diagnósticos como geográficos. En el gráfico 1 se representan los diagnósticos atendidos por los ESAD de la CAM durante el año 2004. No sorprende que el cáncer se lleve la palma de los cuidados paliativos. En el recientemente presentado informe *La situación del cáncer en España*, el Instituto de Salud Carlos III consignó los tumores malignos como la primera causa de muerte de los españoles, con un 25,6% del total, por primera

vez por encima de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el desequilibrio que se observa en el gráfico está muy lejos de las distribuciones mejor equilibradas de los países con sistemas más exhaustivos de cuidados paliativos. Parece claro que en España los enfermos terminales de cáncer tienen más posibilidades de disponer de una asistencia paliativa correcta que los de otros diagnósticos. Merece la pena señalar que el gráfico es sólo un ejemplo, y no el peor de los posibles. Los datos presentados son los de la CAM y los de los ESAD, que atienden todo tipo de diagnósticos. Si se refirieran a otras comunidades peor cubiertas, o incluyeran los miles de casos atendidos por las UCPD de la AECC, el perfil de la atención todavía estaría más sesgado a favor del cáncer.

Pero quizá sea la irregularidad en la distribución geográfica el dato que más sorprende y disgusta, ya que, en esencia, distintos asegurados del mismo proveedor, el Sistema Nacional de Salud,

GRÁFICO 2

HABITANTES CUBIERTOS POR CADA UNO DE LOS EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO EXISTENTES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2004)*



* Incluye ESAD y UCPD, es decir, cualquier tipo de atención domiciliar con soporte público a enfermos terminales.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), INE y OMS.

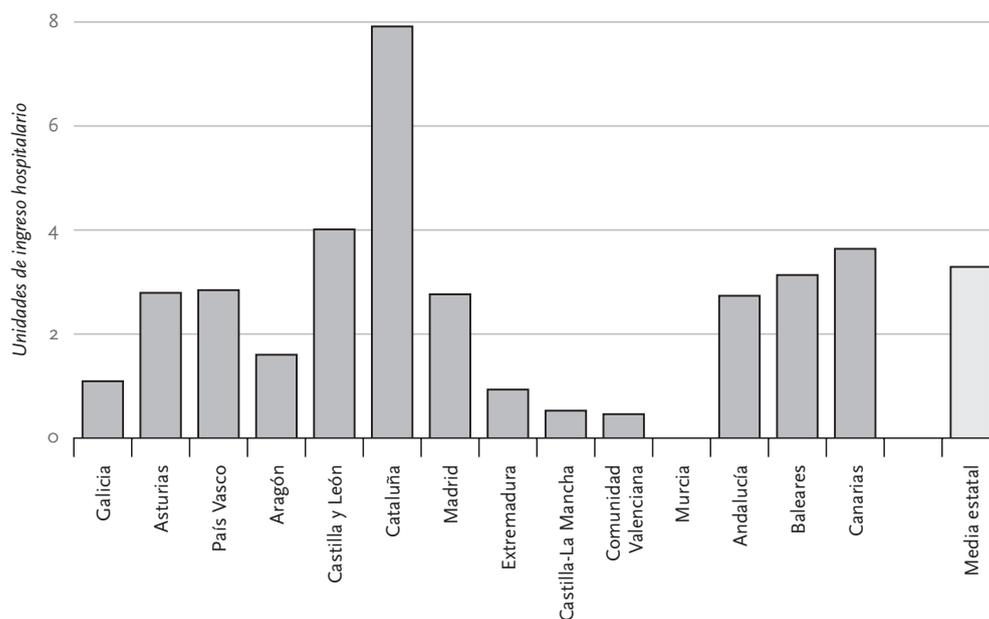
reciben (o no reciben en absoluto) prestaciones completamente distintas sólo en virtud del lugar de residencia. Que esos servicios se refieran a un momento tan delicado como el de la propia muerte, y en situación de aguda dependencia, ensombrece aún más la gravedad del asunto. Sería abominable que esta discriminación se estableciera en función de la raza, el sexo, la religión o el nivel de renta del enfermo. En verdad, no se alcanza por qué semejante segregación es menos escandalosa cuando es el lugar del domicilio el que la dicta. En el gráfico 2 se representa el número de habitantes que cubre cada equipo de cuidados paliativos a domicilio según la comunidad autónoma. Un equipo por cada 150.000 ciudadanos es el objetivo señalado como mínimo adecuado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El gráfico 3 muestra el número de unidades hospitalarias de cuidados paliativos por cada millón de habitantes. Los datos de este último gráfico no son tan signi-

ficativos como los del anterior, pues no tienen en cuenta el número de camas que ofrece cada unidad. Por otro lado, algún programa domiciliario de gran calidad, como es el caso del que se ofrece en Extremadura⁷, compensa un menor desarrollo hospitalario. En todo caso, muy pocas comunidades autónomas se acercan siquiera a la recomendación de la OMS de una unidad de ingreso para pacientes terminales en cada hospital general y 80 camas por cada millón de habitantes. Por ejemplo, la CAM sólo dispone de 40 camas por millón. De éstas,

⁷ El programa extremeño es el único que permite que el mismo equipo atienda al paciente en su domicilio y en el hospital. Ha obtenido el premio a la excelencia de la *International Association for Hospice and Palliative Care*. Extremadura, Cataluña y Canarias disfrutan de los mejores programas de asistencia a los enfermos terminales de España. Cataluña es un ejemplo de atención domiciliaria, Canarias lo es de asistencia hospitalaria, mientras que Extremadura destaca por la integración de ambos.

GRÁFICO 3

UNIDADES HOSPITALARIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS POR MILLÓN DE HABITANTES (2004)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SECPAL e INE.

además, sólo la mitad son de titularidad pública, y representan una minoría las que está disponibles para enfermos de cualquier diagnóstico.

3. LA EXPERIENCIA DEL ÁREA SANITARIA 6 DE MADRID

En el año 2002, las gerencias de atención primaria y especializada del Área Sanitaria 6 de la CAM y la junta provincial de Madrid de la AECC firmaron un convenio singular de colaboración para atender a los pacientes de cáncer en situación terminal. Este convenio se basa en el Acuerdo Marco para la actuación coordinada contra el cáncer, establecido en 1994 entre el antiguo INSALUD y la AECC, y que ya había dado lugar a convenios similares en las áreas sanitarias 2, 5, 8 y 11. Los primeros enfermos se atendieron a principios de 2003.

A continuación se exponen brevemente los fundamentos del programa y sus resultados durante los primeros 20 meses de funcionamiento⁸.

Teniendo como principal objetivo proporcionar cuidados paliativos en el domicilio a los enfermos terminales con cáncer, los objetivos específicos de la UDCP del Área Sanitaria 6 de la CAM son: 1) mantener la calidad de la asistencia hasta el mismo momento de la muerte; 2) permitir la perma-

⁸ En este período de tiempo se realizaron 1.600 visitas a los domicilios de 286 pacientes pertenecientes a 28 municipios distintos y se certificaron 236 fallecimientos. Para ello se recorrieron 35.000 Km. El Área Sanitaria 6 de Madrid está situada al noroeste de la ciudad, llegando hasta los límites provinciales con Segovia y Ávila. Incluye casi 600.000 personas con tarjeta sanitaria individual. Sólo el 24% de estas personas reside en el interior del casco urbano. Se comprende fácilmente que esta combinación de elevado número de habitantes, pero gran dispersión en un amplio territorio, dificulta cualquier intento de llevar atención médica a los domicilios.

nencia del enfermo en su domicilio en la medida de lo posible; 3) asistir a las necesidades de la familia y otros cuidadores, incluso después del fallecimiento; 4) disminuir la presión asistencial sobre las urgencias de la Clínica Puerta de Hierro (que atiende a los habitantes del Área 6) y sobre los centros de salud, y 5) participar en la formación continuada de los profesionales de medicina y enfermería del Área en cuanto a la atención de los enfermos terminales.

El programa prevé la participación coordinada de seis agentes: el Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD), la AECC, los equipos de atención primaria del Área 6, la Clínica Puerta de Hierro (CPH), el Hospital de Guadarrama y el Hospital de la Fuenfría. La AECC proporciona un médico, una enfermera, una psicóloga, una trabajadora social, un conductor y un vehículo. A través de las instalaciones de la CPH, el IMSALUD aporta oficinas, equipos de ofimática, cualquiera de los servicios médicos que los enfermos pudieran necesitar (fundamentalmente a través de sus servicios de oncología médica, oncología radioterápica y urgencias), así como toda la medicación y material fungible, además de un coordinador de programa. Los médicos y el personal de enfermería de los centros de salud se coordinan con el equipo de cuidados paliativos para atender a los enfermos con mayor frecuencia. Por último, los dos hospitales colaboradores (Guadarrama y Fuenfría) ofrecen unas 40 camas en total, de las que, por razones de espacio y saturación, no fue posible disponer en la propia Clínica Puerta de Hierro.

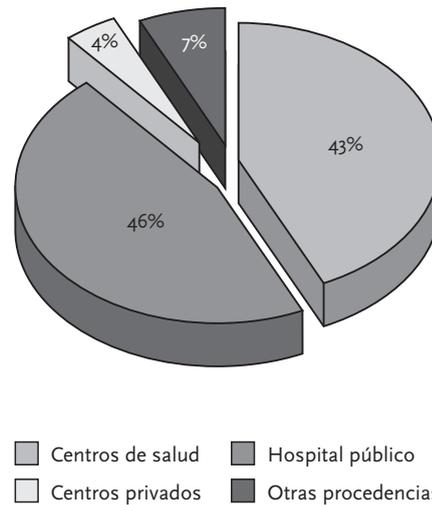
En cuanto al esquema general de funcionamiento, los enfermos pueden ingresar en el programa por cualquier vía. Lo habitual es que sean los propios médicos de la CPH o de los centros de salud quienes lo soliciten, pero no se han excluido otras procedencias, como centros privados, servicios sociales o los propios pacientes o sus familias que se hayan puesto en contacto directo con el equipo. La solicitud de inclusión es valorada por el equipo y el coordinador del programa, y se aceptan todos aquellos casos que: 1) estén diagnosticados de cáncer⁹; 2) residan en cualquier punto del Área 6; 3) se enfrenten a una expectativa de vida de pocos meses a lo sumo, y 4) padezcan síntomas severos propios de la enfermedad terminal.

En la primera visita se identifican los problemas físicos, psíquicos y sociales del paciente y de sus

⁹ El Área 6, como otras, carece de ESAD, por lo que los enfermos terminales por enfermedades distintas al cáncer no reciben más atención paliativa a domicilio que la que sea capaz de brindarles el centro de salud correspondiente.

GRÁFICO 4

CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO. ÁREA SANITARIA 6 DE LA CAM. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES (ABRIL 2003-DICIEMBRE 2004)



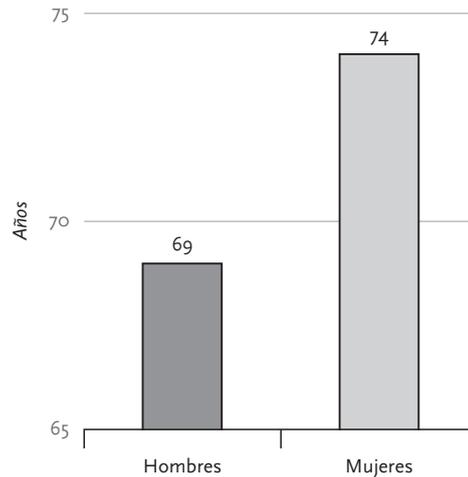
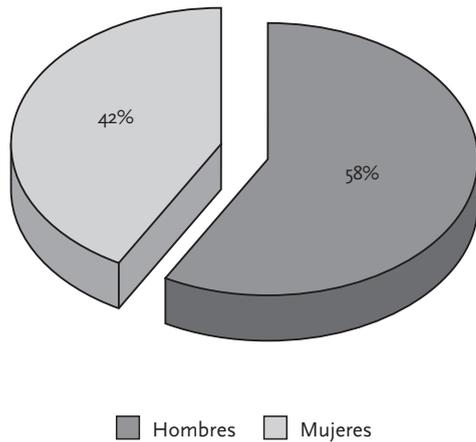
Fuente: Base de datos propia.

cuidadores, se prescribe la primera pauta de medicación y, si es necesario, se solicita una consulta a la psicóloga y/o a la trabajadora social. También durante la primera visita se elige, de entre las persona allegadas, a aquella con condiciones idóneas para cumplir la función de *cuidador primario*. Éste se convierte así en el interlocutor del equipo de cuidados paliativos, recibe la educación necesaria respecto a la asistencia del enfermo, se responsabiliza de la administración de la medicación y queda encargado de contactar con el equipo en caso de que sea necesario¹⁰. Siempre que es posible, la primera visita a domicilio es conjunta entre el equipo de cuidados paliativos y el médico de cabecera. Se confecciona una historia clínica común que queda en el propio domicilio y en la que se van consignando todos los detalles de cada visita (nuevos síntomas, sospechas diagnósticas, cambios de medicación, curas...). De

¹⁰ Del acierto de la elección del cuidador primario depende, en buena medida, el funcionamiento correcto de la administración de los cuidados paliativos en lo sucesivo. Conceptualmente, esta persona forma parte tanto del conjunto familiar como del propio equipo de cuidados paliativos.

GRÁFICO 5

CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO. ÁREA SANITARIA 6 DE LA CAM.
SEXO Y EDAD DE LOS PACIENTES (ABRIL 2003-DICIEMBRE 2004)



Fuente: Base de datos propia.

este modo, se asegura la continuidad de la asistencia y se evitan las actuaciones redundantes o contradictorias. Por último, durante la primera visita se decide la frecuencia idónea de las siguientes que, como es natural, variará en función del estado clínico del enfermo. Las visitas médicas y de enfermería se mantienen hasta que acontezca la muerte, el domicilio¹¹ cambie de área sanitaria, o el enfermo exprese su deseo de dejar de recibir la asistencia. La atención psicológica o social se pueden extender más allá del fallecimiento.

El gráfico 4 indica la procedencia de los enfermos. Como se aprecia, tanto el hospital como los centros de salud respondieron muy adecuadamente al programa. Este dato no es baladí. La experiencia en otras áreas indica que, si bien los hospitales suelen responder con entusiasmo a este tipo de iniciativas (ya que se hacen cargo de un problema que consume sus recursos, pero no saben bien cómo atender), no sucede lo mismo en el caso de los centros de salud. Con frecuencia, los médicos

¹¹ El domicilio es donde el enfermo se encuentre, aunque no necesariamente su casa. La UCPD también llega a residencias de ancianos u hospitales privados que acepten la coordinación con el equipo.

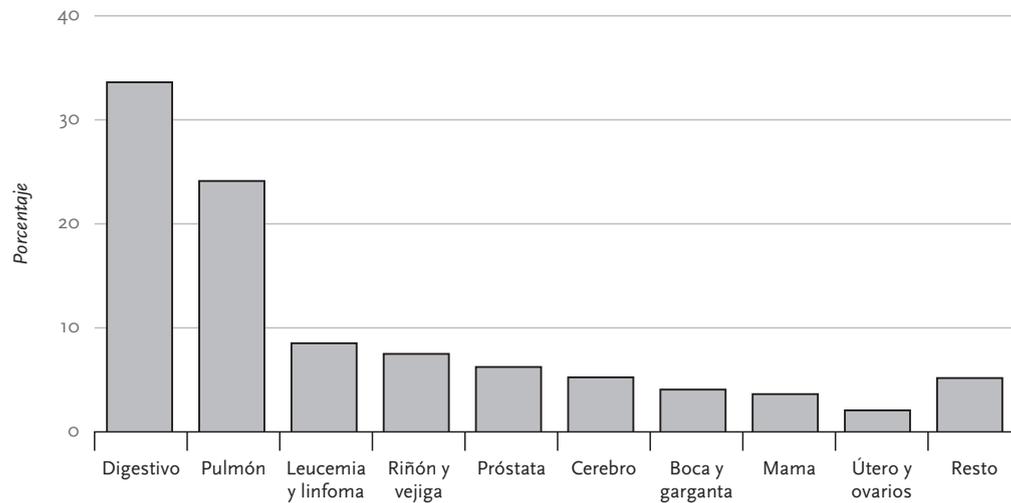
de asistencia primaria han visto en los UCPD una suerte de competencia que invade su ámbito de acción: el domicilio del paciente.

En el gráfico 5 se puede apreciar cómo, también en cuanto al diagnóstico específico de cáncer, la mortalidad de los hombres es superior a la de las mujeres, y su supervivencia más breve. Como se ve en el gráfico 6, los diagnósticos más representados, como era esperable en una muestra de enfermos terminales, son los que aúnan las dos características de prevalencia y mortalidad elevadas. Algunos cánceres muy mortales, como el de cerebro, son poco frecuentes. Otros muy prevalentes, como los de mama o próstata, son poco habituales entre estos enfermos porque se trata de enfermedades con altas tasas de curación. En cambio, tumores como los de pulmón y aparato digestivo, que aúnan el ser usuales y poco curables, aparecen muy sobre-representados entre los enfermos de cuidados paliativos.

Los datos alusivos a los cuidadores primarios son particularmente ilustrativos respecto a los conflictos que impone el cuidado de enfermos dependientes. Ya se explicó antes que la selección del cuidador primario depende del equipo de cuidados

GRÁFICO 6

CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO. ÁREA SANITARIA 6 DE LA CAM.
DISTRIBUCIÓN POR DIAGNÓSTICO (ABRIL 2003-DICIEMBRE 2004)



Fuente: Base de datos propia.

paliativos. Para ser cuidador primario no basta con el parentesco más o menos estrecho. Tal persona ha de ser aquella del entorno inmediato del enfermo que cumpla mejor una serie de condiciones, como capacidad física, disponibilidad horaria, comprensión de las instrucciones, cierta resistencia ante cometidos ingratos, como pueden ser la limpieza íntima o la cura de llagas y heridas desagradables, o capacidad de mediación en los conflictos familiares. El cuidador primario ni siquiera ha de ser necesariamente un miembro de la familia. Por ejemplo, en el caso de un anciano viudo, con hijos pero que trabajan la jornada completa, atendido por una persona contratada para cuidarle, huelga decir sobre quién recaería la responsabilidad de los cuidados primarios. En realidad, la elección del cuidador sólo viene a confirmar buena parte de las veces la selección implícita que ya ha realizado la familia. De esta manera, los datos que aquí se exponen sobre los cuidadores primarios reflejan, probablemente de un modo bastante fiel, quiénes son los que, de verdad, están cuidando de los enfermos terminales en nuestra sociedad, independientemente de que existan o no programas de cuidados paliativos a domicilio.

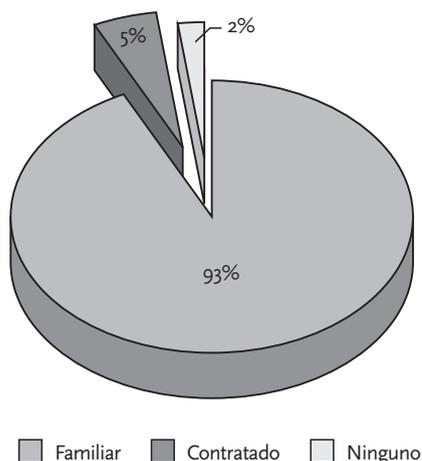
El primer dato relevante es que la mayor parte de los enfermos están cuidados en sus casas por

la familia (gráfico 7). Sólo una pequeña parte de los pacientes atendidos carecían de cualquier clase de apoyo y, por tanto, de cuidador primario. Aun cuando era frecuente que las familias contrataran algún tipo de personal auxiliar, su cometido solía ceñirse a labores de apoyo. Únicamente en 5 de cada 100 casos era el personal contratado quien asumía la mayor parte del cuidado del enfermo terminal. La experiencia no cuantificada de los equipos de cuidados paliativos señala que la existencia de enfermos solos, sin apoyo familiar de ninguna clase, está aumentando de manera acusada durante los últimos años.

Otro fenómeno cuyos datos no se han recogido de manera prospectiva, pero que resulta evidente, es la aparición de los inmigrantes en este escenario. Mientras que los individuos contratados para proporcionar un apoyo limitado en el tiempo suelen ser de nacionalidad española (típicamente auxiliares o estudiantes de enfermería para realizar curas, cambiar sondas, etc), cada vez más son inmigrantes los contratados para sustituir a la familia en el cuidado continuado del enfermo. Con frecuencia, residen en el propio domicilio durante la semana laboral y se ocupan de una amplia gama de tareas, que incluyen aseo e higiene, cocina, cui-

GRÁFICO 7

**CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO.
ÁREA SANITARIA 6 DE LA CAM.
CUIDADOR PRIMARIO EN EL DOMICILIO
(ABRIL 2003-DICIEMBRE 2004)**



Fuente: Base de datos propia.

datos básicos de enfermería, administración y control de la medicación e interlocución con el equipo médico. El dominio del castellano parece ser un requisito muy apreciado, de manera que casi siempre se trata de inmigrantes de América Latina. Casi son inexistentes los procedentes de países de Europa del Este, del Magreb, del África subsahariana o Asia. Por lo general, el cuidador inmigrante contratado permanece en su puesto durante todo el proceso de la enfermedad y la satisfacción con la calidad de los cuidados que proporcionan es muy alta en casi todas las ocasiones, ya sea desde el punto de vista del equipo médico, de la familia o del propio enfermo¹². Es posible que en los países de origen de estos trabajadores extranjeros el proceso de morir todavía no se haya medicalizado en el modo en el que ha sucedido en España. Quizá

¹² No es inusual que la vinculación de estas personas con los enfermos que cuidan vaya mucho más allá de lo estrictamente laboral. En ocasiones, la atención de los psicólogos al duelo se ha tenido que enfocar sobre el inmigrante contratado para cuidar del fallecido antes que sobre sus propios familiares. La muestra de la que disponemos es todavía pequeña y este dato tampoco se ha recogido de manera cuantitativa, pero se diría que los enfermos atendidos por cuidadores inmigrantes rara vez acuden al hospital para morir.

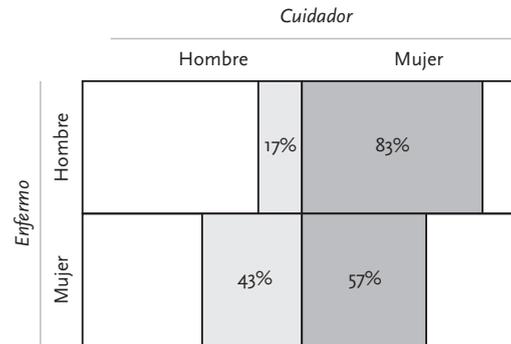
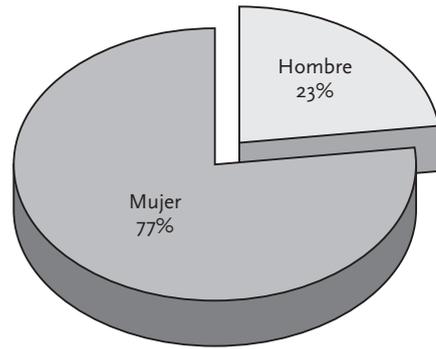
por esto aún se mantienen frescas las habilidades y los juicios precisos para cuidar en casa de un enfermo terminal; esos que, como más arriba se comentó, parecen estar desapareciendo entre nosotros.

El segundo dato sobre los cuidadores que interesa resaltar alude a su sexo. La incorporación de las mujeres a puestos de trabajo extradomiciliarios ha dificultado mucho el cuidado de los enfermos en las casas. Esta dificultad se pone de manifiesto de la manera más acusada cuando la enfermedad es tan exigente de tiempo y cuidados como lo es el cáncer en situación terminal. El alejamiento de las mujeres de las cabeceras de los enfermos no se ha compensado en absoluto por una aproximación de los hombres. En el gráfico 8 se aprecia cómo más de las dos terceras partes de los pacientes atendidos por la UCPD del Área 6 de la CAM han sido atendidos por mujeres. En realidad, el gráfico no da cuenta de la verdadera magnitud de la situación, pues en la mayoría de los casos de mujeres cuidadoras también había hombres en el entorno familiar que hubieran podido hacerse cargo. En cambio, cuando el cuidador era un hombre, se trataba frecuentemente de la única posibilidad, como sucedía, por ejemplo, en el caso de los matrimonios sin hijos, con todos los hijos fuera de la provincia de Madrid, o viudos y viudas con descendencia exclusivamente varonil. El segundo esquema del gráfico 8 cruza los sexos de los cuidadores con el de los enfermos, y resulta muy ilustrativo. Cuando el enfermo es un hombre, la cuidadora es una mujer en más del 80% de los casos. Pero cuando la enferma es mujer no se invierte la tendencia, ya que la mayoría de las cuidadoras son, asimismo, mujeres. Dicho llanamente, cuando enferma el esposo le cuida su esposa, pero cuando enferma la esposa le cuida su hija, hermana o nuera.

Volviendo a la labor realizada por la UCPD del Área 6 durante sus primeros veinte meses de funcionamiento, los datos recogidos muestran que la primera visita tuvo lugar en una horquilla de tiempo que varió entre el mismo día de la solicitud y veinticinco días después, con una media de cinco (sin descontar los fines de semana y festivos). A pesar de que el número de solicitudes ha ido incrementándose constantemente desde la inauguración del programa, la demora de la primera visita ha permanecido constante en esos cinco días de media. No ha sucedido lo mismo con el intervalo entre las visitas. Durante el primer trimestre de funcionamiento, cada enfermo era visitado por el equipo una media de una vez cada cinco días (aparte de las llamadas telefónicas para el control

GRÁFICO 8

CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO. ÁREA SANITARIA 6 DE LA CAM.
SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO (ABRIL 2003-DICIEMBRE 2004)



Fuente: Base de datos propia.

de síntomas y las visitas coordinadas con los médicos y las enfermeras de los centros de salud). Durante el último trimestre, esa media ya había ascendido a una visita cada nueve días. Aunque la calidad de la asistencia se ha podido mantener, compensando las visitas más frecuentes a los enfermos con mayor gravedad con las más espaciadas a los que gozaban de mayor estabilidad, y contando con una excelente colaboración de los equipos de asistencia primaria, el dato señala que la UCPD está alcanzando su punto de saturación, a pesar de su corta andadura. Es difícil pensar que el control de los síntomas de los enfermos se pueda mantener indefinidamente mientras las visitas se espacian cada vez más. Se impone, pues, ya la necesidad de más equipos, ya sean UCPD o ESAD. El Plan Integral de Cuidados Paliativos de la CAM, ya referido, parece que apunta hacia la segunda solución. Esto parece lo más razonable, ya que permitiría extender el servicio a personas aquejadas de otras enfermedades diferentes del cáncer, pero que también generan dependencia de cuidados paliativos.

Naturalmente, todos los pacientes recibieron asistencia médica, y la más frecuente de ellas fue el control del dolor. El dolor es el síntoma más frecuente del cáncer terminal, el que más merma la calidad de vida del enfermo y más enerva a sus cuidadores. La totalidad de los pacientes recibió analgésicos en algún momento de su evolución, y en el

84% de los casos se recurrió a los opiáceos. Es reseñable que en el 60% de éstos no se recurriera a otro compuesto que la veterana morfina, una opción más conveniente en muchas ocasiones que los productos más modernos¹³.

Pero más interesantes que los datos médicos son quizá los de la atención extramédica. El 52% de las familias recibió asistencia psicológica, y el 34%, atención social. Un dato revelador es que sólo en un 6% del total de casos visitados por la psicóloga, la atención se centró exclusivamente en el propio enfermo. La mayoría de las veces, la intervención psicológica afectó sólo a la familia (44%) o a ambos (50%). Baste este dato para darse cuenta de cuán cojo quedaría cualquier programa que entendiera los cuidados paliativos sólo como atención médica "dura", sin considerar otras necesidades del enfermo o de su entorno.

¹³ Los opiáceos son los analgésicos derivados del jugo obtenido de los capullos de la amapola de opio o adormidera (*Papaverum somniferum album*). La morfina es el más conocido. Otros son la codeína, la metadona, así como otros compuestos más modernos que se han formulado para su administración en forma de parches. Si bien las nuevas formulaciones tienen sus indicaciones, la sustitución completa de la morfina a la que se está asistiendo se explica, en gran medida, por la política de *marketing* de los laboratorios farmacéuticos. La morfina es un producto genérico desde hace décadas, sin protección de patente ni promoción farmacéutica alguna.

En cuanto al tiempo de prestación de asistencia, el programa atendió a los pacientes durante una media de 48 días, oscilando entre uno y 311. El 61% de los enfermos falleció en su propio domicilio, y el resto, a partes aproximadamente iguales, en la CPH o en los hospitales colaboradores. Antes de la puesta en funcionamiento de este programa, la práctica totalidad de los enfermos oncológicos era trasladada al hospital al aproximarse su muerte.

4. A MODO DE RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los cambios demográficos y sanitarios marcan que cada vez seamos menos quienes vayamos a morir de modo súbito, y más los que lo hagamos tras un período de enfermedad terminal. Ésta tiene unas necesidades específicas que dependen del propio hecho de morir, y ya no de la enfermedad concreta que haya llevado al enfermo a tal situación irreversible. Los especialistas y las estructuras médicas que antes resultaban de utilidad son ahora incapaces de proveer las atenciones médicas, psicológicas y sociales que realmente necesitan el moribundo y su familia. Algunos enfermos se ven rechazados por el sistema sanitario en un momento de dependencia máxima; otros, atrapados en una espiral de maniobras diagnósticas y terapéuticas altamente tecnificadas, a veces cruentas, siempre caras, que ni necesitan ni parecen ayudarles.

Los médicos, el personal de enfermería, los psicólogos y trabajadores sociales especializados en cuidados paliativos cuentan con los conocimientos, la experiencia, los recursos y la voluntad necesarios para atender de la mejor manera posible a estas personas en situación de aguda dependencia. Lo hacen casi siempre en sus propios domicilios y de manera más rápida, simple y barata que cualquier otro agente sanitario. Dada la universalidad de la cuestión y la relativa sencillez de los medios para atenderla, sorprende que sólo uno de cada tres enfermos terminales españoles reciba hoy día los cuidados paliativos idóneos.

Ya que los cuidados paliativos ahorran recursos económicos y de otro tipo (consultas de especialistas, visitas a urgencias, ocupación de camas hospitalarias...), los administradores sanitarios no cuentan con otras excusas para justificar la falta de su completa implementación que la inercia del

statu quo y cierta repulsión humana por todo lo que atañe a la muerte. Al desarrollar estos programas, harían bien en tener en cuenta una serie de cuestiones importantes.

La primera de ellas hace referencia a las dos principales características de nuestro sistema de salud: la universalidad y la equidad. Será, pues, lo primordial que los cuidados paliativos lleguen a todos, y a todos por igual. Hoy día, dos barreras lo impiden. La primera es geográfica; distintas administraciones autonómicas brindan a sus ciudadanos diversos grados de cuidados paliativos, desde los más completos hasta los prácticamente nulos. Sería, por tanto, aconsejable que el Consejo Interterritorial de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud se encargara de armonizar en la práctica los cuidados paliativos entre las 17 comunidades autónomas. La segunda barrera que separa a los enfermos terminales españoles de una asistencia paliativa igualitaria es diagnóstica. En efecto, los enfermos de cáncer están privilegiados respecto a los demás. En parte, ello se debe a que esta enfermedad genera la porción más nutrida de los enfermos terminales; en parte, también al papel pionero y ejemplar desempeñado por la AECC. Tan desventajoso es que la Administración se desentienda de los cuidados paliativos allí donde la AECC los asume, como que decida hacer *tabula rasa* y empezar de cero. Cualquier solución sensata que se proyecte al futuro con ambición de estabilidad habría de empezar a construirse a partir de lo que ya existe, y contando con lo conseguido.

También resulta imprescindible tener en cuenta los cambios sociales que se han operado en nuestra sociedad y los que se van a producir en el futuro. La incorporación de la mujer al trabajo retribuido no sólo ha vaciado los hogares de aquella persona que siempre estaba dispuesta para el cuidado de los enfermos dependientes, sino que también ha interrumpido una especie de cadena de sabiduría, transmitida de madres a hijas, que procuraba los conocimientos y el sentido común necesarios para un cometido difícil. Los datos presentados en este artículo muestran que, a pesar de todo, siguen siendo las mujeres los miembros de la familia que, a trancas y barrancas, cuidan de los enfermos terminales. Ya se observan casos de pacientes con familia, pero tan carentes de apoyo como quienes no la tienen. Ésta es una tendencia al alza y probablemente llegará a ser un problema, a menos que el vacío de cuidadores que han dejado las mujeres se ocupe de nuevo con recursos públicos o privados, y mediante la incorporación de los hombres a una tarea "doméstica" que también les corresponde.

En este contexto, la creciente afluencia de inmigrantes muestra una doble vertiente respecto a los cuidados paliativos. Por un lado, demandan recursos propios. Los inmigrantes también enferman crónica y mortalmente en nuestros países. Cuando lo hacen, presentan necesidades específicas, como la comunicación en su propia lengua, el respeto a ritos y hábitos culturales o religiosos peculiares ante la cercanía de la muerte, la repatriación propia o la inmigración de familiares. Por otro lado, la inmigración genera nuevos recursos y constituye una posible solución al vacío de cuidadores. Se aprecia cada vez más cómo los inmigrantes, después de ocupar otros nichos vacíos de cuidado, como el de los niños pequeños o el de los ancianos, se están también abriendo paso en el de los cuidados a enfermos terminales.

El diseño de programas de cuidados paliativos equitativos y sostenibles a escala nacional requiere atención a una serie de equilibrios difíciles de obtener y aún más difíciles de mantener: el equilibrio entre los recursos dedicados a las unidades móviles que atienden al enfermo en su domicilio y los empleados en sostener unidades hospitalarias específicas para los enfermos terminales; el equilibrio entre los equipos de cuidados paliativos y los profesionales de los centros de salud, cuya responsabilidad en las atenciones prestadas a domicilio es preciso respetar; pero, sobre todo, es menester cuidar el equilibrio entre la asistencia a los pacientes y a sus familiares, entre la atención médica y la dedicada a los aspectos extramédicos, psicológicos y sociales. Un diseño exclusivamente enfocado a lo orgánico alcanzaría a ser poco más que un servicio de reparto de morfina a domicilio.

Si se desea que la atención sanitaria de los españoles sea la adecuada desde su nacimiento hasta, también, su muerte, el desarrollo de programas de cuidados paliativos para los pacientes terminales debe entrar en la agenda de los administradores sanitarios y ser contemplado desde una perspectiva estatal. En nuestro país, coexisten comunidades que disponen de soluciones casi óptimas con otras en las que este aspecto asistencial está prácticamente sin desarrollar. La experiencia de las primeras debe servir de guía a las segundas. El recientemente publicado Plan Integral de Cuidados Paliativos de la CAM representa un paso en esta dirección que ha de saludarse. Pero conviene tener en cuenta que, sin una adecuada armonización con las comunidades autónomas vecinas, se seguirá asistiendo al bochornoso espectáculo de pueblos vecinos con coberturas completamente dispares, tan sólo por estar ubicados a ambos lados

de una línea divisoria fundamentalmente administrativa. Por otro lado, estos planes deben esforzarse en pronosticar la evolución de las necesidades y prever una flexibilidad adecuada para adaptarse a ellas. La demografía española indica que la población de enfermos terminales en situación de dependencia aguda va a crecer notablemente en el futuro. Unos recursos económicos rígidamente fijados de antemano, la ausencia de un marco legal que permita incorporar con agilidad a socios no-gubernamentales, o una excesiva burocratización en la contratación de personal, podrían dar fácilmente lugar a lo que ya hemos podido observar en el caso particular del Área 6 de Madrid: un programa bien dimensionado, que debutó con un funcionamiento ejemplar, se ha visto pronto sobrepasado por la demanda, alcanzando su punto de saturación y viéndose abocado a prestar un servicio por debajo de los objetivos marcados.

BIBLIOGRAFÍA

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2005), *Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid*, Madrid.

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (2005), *La situación del cáncer en España*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Más información sobre los temas tratados en este artículo se puede encontrar en:

– www.secpal.org, página web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL);

– www.eapcnet.org, página web de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos (*European Association for Palliative Care*);

– www.nhpc.org, página web de la *National Hospice and Palliative Care Organization* de EE.UU.

Un libro clásico acerca de la enfermedad terminal y el proceso de morir es el de:

KÜBLER-ROSS, E. (1993), *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo.

Sobre las cuestiones expuestas en este artículo son también muy recomendables los reportajes de:

PÉREZ OLIVA, M. (2005), "Morir en España 1, 2 y 3", *El País*, 30-31 de mayo, 1 de junio.

El cuidado de ancianos: un vínculo entre la inmigración y el envejecimiento

RAQUEL MARTÍNEZ BUJÁN*

RESUMEN

“Migraciones de reemplazo” es un concepto que vincula los fenómenos de la inmigración y el envejecimiento, haciendo referencia a los beneficios que ofrece la llegada de personas inmigrantes para el crecimiento y el rejuvenecimiento poblacional, así como para la relación entre población activa y pasiva. Ahora bien, el vínculo entre inmigración y envejecimiento va más allá de la tan deseada contribución demográfica. En este artículo se expone una nueva perspectiva que entrelaza estos dos fenómenos: los inmigrantes como principales dispensadores de asistencia a los ancianos en los países de Europa del Sur. Enfocando la atención en España, se explora cómo surge el cuidado de ancianos como un yacimiento de empleo para inmigrantes. La incorporación de la mujer al mercado laboral, las peculiaridades del sector de la economía sumergida y la deficiencia de la cobertura institucional de servicios sociales de atención geriátrica constituyen los factores explicativos básicos.

1. INTRODUCCIÓN

La noción demográfica de la inmigración como una solución al envejecimiento en los países desarrollados es ampliamente compartida y divulgada desde diversas instituciones nacionales e internacionales. El alcance de esta discusión se ha revelado, por ejemplo, en un reciente informe de Naciones Unidas, *Migraciones de reemplazo: ¿una solución ante la disminución y el envejecimiento de las poblaciones?* (ONU, 2001), en el cual

* Profesora ayudante de Sociología de la Universidad Carlos III de Madrid.

los demógrafos de esta organización han llegado a calcular y predecir el número de inmigrantes que serían necesarios en cada uno de los países europeos para no perder habitantes. En este artículo, sin embargo, analizo otro vínculo existente entre ambos fenómenos: la inmigración como recurso para hacer frente a las carencias de un estado del bienestar que no presta suficientes servicios de cuidado a los mayores dependientes.

Para ilustrar este argumento, comienzo estudiando el impacto de la inmigración sobre la estructura de edades de la población española. El objetivo consiste en cuantificar la incidencia de los flujos migratorios actuales sobre el envejecimiento de la población, con el fin de mostrar que la repercusión, además de moderada, puede ser efímera. Apoyándome en los últimos datos publicados por el IMSERSO, describo la extensión de los servicios sociales destinados al cuidado de los mayores. Los datos visualizan un estado del bienestar caracterizado por externalizar la atención de los ancianos hacia las familias y el mercado privado.

A partir de esta constatación, examino cómo se justifica la contratación de una cuidadora extranjera. Para ello utilizo la información de veinte entrevistas en profundidad realizadas a familias que emplean a inmigrantes para cuidar a sus mayores. Tales entrevistas se han desarrollado en tres comunidades autónomas: Galicia, Navarra y Cataluña. La exposición finaliza explicando cómo en Europa del Sur existe una tendencia similar en materia de política social, al mismo tiempo que en esta región empieza a surgir un determinado modelo migratorio. A partir de la década de los ochenta, este espacio recibe una importante inmigración femenina que se asienta en un mercado laboral centrado en el sector servicios.

Los servicios personales, entre los que comienza a destacar el cuidado de ancianos y personas dependientes, se convierten así en una de las posibilidades de empleo para estas mujeres extranjeras.

2. EL IMPACTO DEMOGRÁFICO DE LA INMIGRACIÓN: TAN ESPERADO COMO EFÍMERO

Como es bien sabido, en los países desarrollados el "problema" del envejecimiento se ha ido centrando predominantemente en la cuestión del mantenimiento del nivel de las pensiones, ante el aumento del número de pensionistas y la disminución de personas en edades laborales que puedan sustentar el régimen de la seguridad social a través de las cotizaciones, que en muchos países constituyen la base de pago de las prestaciones de jubilación. El fenómeno migratorio incidiría en esta cuestión desde la aportación de los extranjeros al "ralentí demográfico".

Los recientes resultados del Padrón a 1 de enero de 2005 confirman, en efecto, los beneficios de la inmigración en el rejuvenecimiento poblacional, aunque muy moderados. En el último siglo, el peso de las personas mayores de 65 años ha experimentado un aumento progresivo, que puede calificarse de acelerado desde la década de los noventa hasta el año en curso, cuando se produce una estabilidad en la proporción de este colectivo sobre el total de la población. Concretamente, el porcentaje se situaba en 1950 en un 7,2%; en 1970, en un 9,7%; en 2000, en un 16,9%; y en 2005 desciende unas décimas hasta el 16,7% (cuadro 1). Parece claro que esta pequeña desaceleración porcentual del último quinquenio es consecuencia de las migraciones internacionales.

La repercusión demográfica de los extranjeros se observa mejor si únicamente tenemos en cuenta la evolución del porcentaje de la población española mayor de 65 años. En el año 2000, la cifra de autóctonos que sobrepasaban esa edad era de un 14,9%, y en 2005 se sitúa en un 17,7%. Aunque el envejecimiento de la población autóctona es progresivo, el asentamiento de personas extranjeras induce una disminución en este proceso de un 0,2% en el último año (pasándose del 16,9% en 2000 al 16,7% en 2005). El decrecimiento es escaso, pero importante, porque rompe con la progresión que mantenían los datos desde 1900.

Sin embargo, hay que tener en cuenta ciertos matices. Primero, la característica principal del proceso de envejecimiento español es el aumento de personas octogenarias (el llamado envejecimiento de "los ya viejos"), siendo este colectivo el que más crece en los últimos diez años (IMSERO, 2005). A mediados del siglo XX tan sólo el 1,0% de la población tenía 80 y más años; en el año 2000 su peso proporcional alcanzaba el 3,8%, y en 2005 ya se sitúa en el 4,3%. En este caso, las migraciones exteriores no son suficientes numéricamente como para revertir esta tendencia.

Segundo, las implicaciones sobre el mercado laboral tampoco son claras. No podemos olvidarnos de que los inmigrantes también se encuentran en situaciones de desempleo. Si la tasa de paro de los españoles se sitúa en el segundo cuatrimestre de 2004 en un 10,8%, entre los extranjeros se eleva a un 13,5%¹. Ello, sin contar a los inmigrantes que se ocupan dentro de la economía informal: trabajan, pero no cotizan; es decir, no realizan una aportación económica directa al sistema de la seguridad social.

En cuanto a la contribución al crecimiento poblacional de la fecundidad de las mujeres inmigrantes, no cabe obviar qué tipo de mujeres son las que migran y cuáles son las pautas reproductivas específicas de su grupo social en concreto (y no las observables como media en sus países de origen). Migran las mujeres más preparadas, con más estudios, por lo que, en la mayoría de los casos, no nos encontramos en España con las más fecundas (Izquierdo y Martínez, 2000). Los índices sintéticos de fecundidad (ISF) según continente de origen difieren de los que registran las mujeres migrantes de tales continentes asentadas en España. Así, "si en África el ISF asciende a 5,1 hijos por mujer, las mujeres africanas en España sólo alcanzan una media de 3,3 hijos. Si las mujeres americanas tienen un ISF de 2,3 hijos por mujer, las inmigrantes de este origen sólo tienen 1,6 hijos en España [...]". Lejos de extrapolar los comportamientos reproductivos propios al lugar de destino, la fecundidad de las inmigrantes en España, y sobre todo las de origen africano y americano, es menor que la de sus compatriotas que permanecen en el continente de origen" (Oso, 2005).

Si consideramos todas estas matizaciones, quizá las mujeres inmigrantes no tengan tantos hijos como a simple vista parece y, aunque en un principio puedan mantener sus tasas de fecundidad,

¹ Datos elaborados a partir de la *Encuesta de población activa* (INE, 2005).

CUADRO 1

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (1900-2005)

	Total España		65 y más		75 y más		80 y más	
	Absoluto		Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje
1900	18.618.086		967.754	5,2	264.023	1,4	115.365	0,6
1910	19.995.686		1.105.569	5,5	292.062	1,5	132.615	0,7
1920	21.389.842		1.216.693	5,7	329.196	1,5	143.014	0,7
1930	23.677.794		1.440.739	6,1	411.330	1,7	177.113	0,7
1940	25.877.971		1.690.388	6,5	512.902	2,0	222.498	0,9
1950	27.976.755		2.022.523	7,2	629.186	2,2	272.478	1,0
1960	30.528.539		2.505.165	8,2	815.433	2,7	368.975	1,2
1970	34.040.657		3.290.673	9,7	1.109.128	3,3	523.656	1,5
1981	37.683.363		4.236.724	11,2	1.577.311	4,2	725.131	1,9
1991	38.872.268		5.370.252	13,8	2.200.571	5,7	1.147.868	3,0
2000	40.499.790		6.842.143	16,9	2.933.184	7,2	1.545.994	3,8
2005	43.975.375		7.328.239	16,7	3.477.898	7,9	1.903.756	4,3

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2005) e INE, Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005.

parece probable que con el devenir de los años converjan hacia las que se presentan en los países de destino. Por ello, con el tiempo, habrá que contar con el envejecimiento de los propios inmigrantes, así como también con el que ya se está generando en determinadas zonas donde tiene lugar el retorno de inmigrantes jubilados (españoles) y la inmigración de personas de más de 65 años procedentes de países desarrollados, que se concentran en algunas áreas de nuestro país en busca de una mayor calidad de vida y de una vejez tranquila y ociosa. El impacto demográfico de la inmigración que se apunta en la actualidad es, pues, ambiguo, y puede que el rejuvenecimiento de la población alcance sólo un corto recorrido.

3. EL ESCASO NIVEL DE DESARROLLO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES

El considerado como "problema" del envejecimiento poblacional refleja tanto la pérdida de efectivos jóvenes como el incremento de personas mayores que necesitan la ayuda de una persona para desenvolverse en su vida diaria. El crecimiento de

este colectivo, denominado "dependiente"², y por tanto con necesidades asistenciales, se está produciendo de manera acusada en las últimas décadas precisamente por ese aumento de personas octogenarias que caracteriza al envejecimiento español y al de buena parte de los países desarrollados.

Según la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud* (INE, 2000), en el conjunto de la población española existían, justo antes de comenzar el siglo XXI, algo más de tres millones y medio de personas discapacitadas, lo que suponía alrededor del 9% de la población. Especialmente vulnerable es el grupo de población de los mayores de 65 años (cuadro 2). Casi uno de cada cuatro (22,8%) poseía en 1999 una discapacidad para las actividades de la vida diaria (AVD), sufriendo más de la mitad de ellos (54,9%) una discapacidad severa o total. Las personas con algún tipo de discapacidad para las AVD que recibían asistencia personal, es decir, que eran efectivamente personas dependientes de otras personas, ascendía a casi

² Sigo aquí la definición de Rodríguez Cabrero (1999), para quien "son dependientes los que tienen tales dificultades para su cuidado personal, actividad doméstica y relación social básica que necesitan la ayuda de un cuidador o tercera persona de manera relativamente prolongada a lo largo del tiempo".

CUADRO 2

PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD PARA LAS AVD Y RECURSOS ASISTENCIALES PÚBLICOS

	Absolutos	Frecuencia sobre >65 años
Con alguna discapacidad para las AVD	1.464.815	22,8
Con alguna discapacidad para las AVD de carácter severa o total	805.157	12,5
Reciben asistencia personal para las AVD	1.113.496	17,3
Total usuarios recursos públicos (SAD + residencias + centros de día)	537.570	8,4
Población >65 años	6.434.524	

AVD: Actividades de la vida diaria; SAD: Servicios de ayuda a domicilio.

Fuente: Elaboración propia a partir de la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud* (EDDES) del INE (2000), e IMSERSO (2004b). La población mayor de 65 años es la registrada a 15 de mayo de 1999.

1.115.000. La cobertura pública que se ofrecía para estas personas dependientes (bien a través de la institucionalización en residencias, de los ingresos en centros de día o de la prestación de ayuda a domicilio) alcanzaba aproximadamente a la mitad de ellas. Tanto los expertos en gerontología como los responsables políticos mantienen en sus discursos la necesidad de ampliar los mecanismos que permitan a las personas ancianas desarrollarse en su entorno (INSERSO, 1993; IMSERSO, 2004b), por lo que desde los años noventa las políticas públicas están promoviendo la atención a domicilio.

¿Con qué cobertura contamos en España? Las cifras referentes a plazas para personas asis-

tidas y a la cobertura del servicio de ayuda a domicilio muestran las debilidades de los servicios sociales en el momento de atender a los más mayores. Como se ha visto, las administraciones públicas prestan servicios a cerca de la mitad de las personas que tienen algún grado de dependencia (esto es, que reciben asistencia personal para desenvolver sus actos diarios). Si desglosamos los datos según el tipo de recurso asistencial (tal y como se muestra en el cuadro 2), el número de usuarios actuales se halla bastante lejos de alcanzar los estándares marcados por el Plan Gerontológico Nacional de 1992 (INSERSO, 1993) para el escenario 2000. El servicio de ayuda a domicilio cubre tan sólo a 3,14% de los mayores de 65

CUADRO 3

USUARIOS Y COBERTURA DE ALGUNOS RECURSOS ASISTENCIALES, 2004

Recursos asistenciales	Usuarios y cobertura		Cobertura deseable marcada por la Administración
Servicio de ayuda a domicilio	Usuarios	228.812	Plan Gerontológico (Escenario 2000) Cobertura: 8,0
	Cobertura*	3,14	
Centros de día	Usuarios	33.709	Informe Defensor del Pueblo Cobertura: 2% de los que viven solos
	Cobertura	0,46	
Residencias	Plazas	275.049	Plan Gerontológico (Escenario 2000) Cobertura: 4,5
	Cobertura	3,78	

* La cobertura ha sido calculada dividiendo el número de usuarios por la población mayor de 65 años (7.328.239 personas según el Padrón a 1 de enero de 2005).

Fuente: IMSERSO (2004b).

años, mientras que el Plan Gerontológico establece una cobertura deseable de un 8%. Las plazas residenciales llegan al 3,78% de esta población, cuando se había marcado una cobertura para el año 2000 de un 4,5%. Los centros de día tienen todavía un escaso desarrollo, cubriendo al 0,46% del colectivo. Las cifras también indican que aún sigue más extendida la institucionalización (tanto total en el caso de las residencias como parcial en el caso de los centros de día) que los servicios de asistencia en el hogar (servicio de ayuda a domicilio).

Esta escasa implantación de los servicios de ayuda a domicilio públicos existentes en España resalta cuando se compara con las cifras de otros países del entorno europeo. En el gráfico 1 aparecen representados los porcentajes de los cuidados de larga duración en instituciones y los llevados a cabo en el hogar de la persona receptora en algunos de estos países. La cobertura media en los servicios de ayuda a domicilio es, para los países de la OCDE, de un 9,1%. Recordemos que la cifra

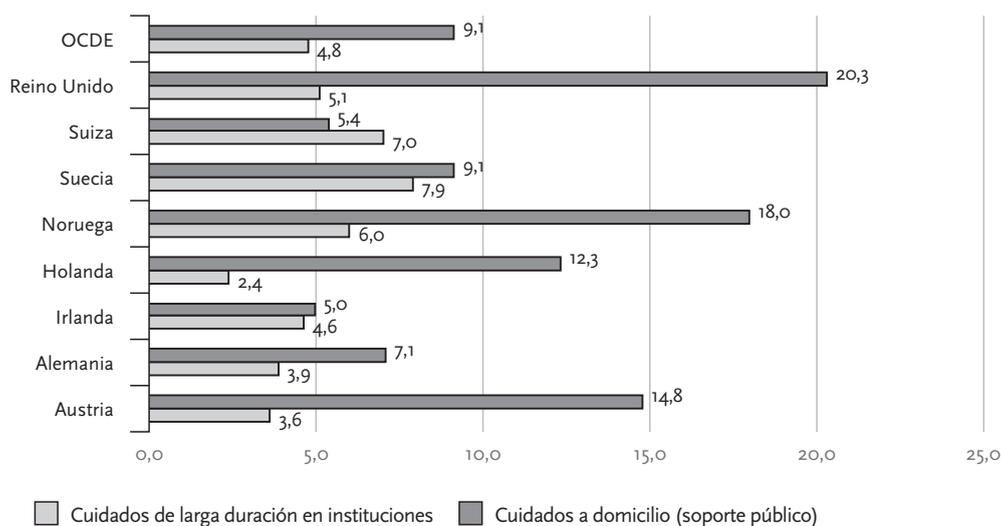
española es de un 3,1%. Aunque son pocos los países que sobrepasan esta media (Reino Unido, Noruega, Suecia, Holanda y Austria), España registra la cobertura de atención a domicilio más baja y es el único país, junto con Suiza e Irlanda, en el que los servicios institucionales (las residencias) superan como recurso asistencial a la atención en el hogar.

4. ¿POR QUÉ MUJERES INMIGRANTES COMO CUIDADORAS?

Ante la ausencia de una red pública de cuidados, la carga para las familias es evidente, principalmente para las mujeres, que tradicionalmente han sido las protagonistas en este ámbito. Según datos del IMSERSO (2004a), el 83,5% de las familias cuidadoras no recibe ningún tipo de ayuda (ni pública ni privada). En cuanto al géne-

GRÁFICO 1

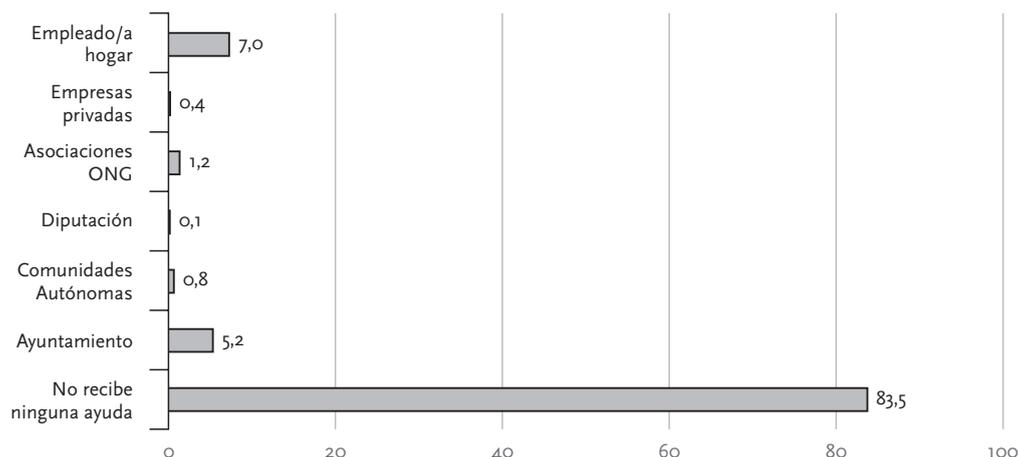
PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS QUE RECIBEN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN INSTITUCIONES O A DOMICILIO (SOPORTE PÚBLICO)



Nota: Los datos son del año 2000 para todos los países excepto para Alemania (2003), Reino Unido (2002) y Luxemburgo (2001).
Fuente: HUBER (2005).

GRÁFICO 2

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LOS CUIDADORES DE ANCIANOS



Pregunta: ¿Recibe esta persona (cuidadora de ancianos) en su casa ayuda de otras personas de alguna de las organizaciones o instituciones que le leo a continuación?

Fuente: IMSERSO (2004a).

ro, llama la atención que los varones discapacitados son cuidados por su cónyuge en un 44,6% de los casos, mientras que las mujeres dependientes son atendidas por sus hijas en un 36,7% y por sus esposos en un 14,9%³.

El papel de la familia como institución básica de prestación de cuidados para los mayores constituye una característica esencial de los regímenes de bienestar de Europa del Sur (España, Italia, Portugal y Grecia). El núcleo familiar es la institución central de esta "vía mediterránea" del bienestar –como la han denominado diversos autores, entre ellos Moreno (2001), Ferrera (1996), Sarasa (1995) y Flaquer (1995)– en torno a la que gira el bienestar de sus miembros, ocupándose de éstos en situaciones de enfermedad, desempleo, empleo precario y cualquier otra circunstancia de necesidad. En el caso de España, tan sólo el 7,7% de los cuida-

³ También es debido a que las mujeres viven más años y, por tanto, nos encontramos con un porcentaje mayor de viudas que de viudos. Los hombres cuentan con los cuidados de sus esposas y las mujeres con el de sus hijas. Fuente: INE (2000).

dores cuentan con alguna ayuda pública para la atención de sus mayores, y el 7,4% ya han optado por contratar a un/a empleado/a de hogar o a alguna empresa privada para la asistencia.

La "mercantilización" de los cuidados (es decir, la búsqueda de apoyo privado en el mercado) es una opción que iguala en frecuencia a la prestación ofertada desde las administraciones públicas. Aun así, son pocas todavía las familias españolas que han decidido delegar el trabajo de cuidado en alguien ajeno al hogar. Pero cada vez son más las que tienen que adoptar esa opción ante las dificultades que les plantean sus horarios de trabajo extradoméstico. En concreto, la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral induce el aumento de la demanda de personas cuidadoras externas a la familia, toda vez que el incremento de la participación femenina en el trabajo formal no ha venido siempre acompañado de un reequilibrio en el reparto de las tareas domésticas entre hombres y mujeres.

De hecho, las familias empleadoras de inmigrantes para el cuidado de sus mayores señalan,

entre los elementos que han propiciado la externalización de este trabajo, la inserción laboral femenina como uno de los más relevantes. Lejos de aducir cuestiones relacionadas con las carencias de la política social y la ausencia de una red de servicios sociales, las razones más señaladas para la contratación de una cuidadora están relacionadas con el agravamiento de una dependencia y la imposibilidad de hacer frente al cuidado por motivos laborales. Todas las informantes entrevistadas⁴ identificaron como causa determinante de la contratación la aparición de un problema de salud que aumenta la dependencia de la persona de edad (una embolia, una caída...).

La iniciativa de contratar a una cuidadora extranjera responde a una estrategia familiar en la que pesa principalmente la situación de convivencia del mayor y la inserción laboral de la mujer española que habitualmente se ha responsabilizado de este trabajo. En este sentido son cuestiones relevantes el lugar de residencia y los miembros que viven en el hogar del anciano. Si el mayor vive solo porque no tiene parientes o porque reside en un lugar alejado de su familia (por ejemplo, en el pueblo), el recurso más demandado es una cuidadora en régimen de "interna". También existe la posibilidad de que los hijos, o en su caso los cuidadores principales, no se pongan de acuerdo en la residencia en la que debe vivir el anciano o que el propio mayor no quiera abandonar su hogar "de siempre". Cuando el anciano vive dentro de una unidad familiar (con algún hijo u otro pariente), la razón para emplear a una cuidadora está relacionada con la ocupación extradoméstica de la mujer sobre la que recae el peso del hogar. La dificultad de la conciliación de la vida laboral y familiar se soluciona mediante la externalización del cuidado. En este caso, el régimen de contratación es, en la mayoría de las ocasiones, "por horas".

La contratación de una inmigrante únicamente se ha realizado en el momento en que no se ha encontrado a una persona nativa que quisiese desempeñar este trabajo. Ante la imposibilidad de encontrar a una cuidadora autóctona, la salida es la contratación de una persona inmigrante. Algunas citas recogidas en las entrevistas que he llevado a cabo con mujeres contratadoras de inmigrantes para el cuidado de mayores ilustran bien estas circunstancias (recuadro 1).

⁴ Se entrevistó a las personas sobre las que recayó la responsabilidad principal de contratar a una cuidadora inmigrante. Todas ellas eran mujeres.

Los organismos públicos son conscientes de que se está contratando a personas extranjeras, en muchos casos sin papeles, para realizar el trabajo de cuidadoras⁵. En ocasiones, la tendencia hacia la privatización de los servicios de asistencia a domicilio se promueve desde los entes municipales y autonómicos, impulsando la incorporación de mujeres inmigrantes al desempeño de este trabajo. Navarra representa un buen ejemplo. Desde mediados de la década de los noventa cuenta con la concesión de una prestación económica para aquellas familias que tengan que hacerse cargo de la atención de una persona mayor con dificultades para valerse por sí misma. Según el grado de dependencia, se ofrece a la familia una cuantía económica que tiene que ser invertida en la contratación de un(a) trabajador(a) que se dedique al cuidado de la persona dependiente, ayuda en la cual ya va incluida la aportación a la seguridad social. Pero el gobierno de Navarra, institución que otorga esta subvención mensual, no ha tomado medidas eficaces de seguimiento o de evaluación de esas ayudas, por lo que, en algunos casos, la familia percibe ese dinero sin externalizar los costes del cuidado, y en otros, ha preferido contratar a una cuidadora externa, principalmente inmigrante, debido a las dificultades de encontrar a personas autóctonas que desempeñen este empleo y al encarecimiento que suponía el trabajo de un profesional.

La potenciación de prestaciones en metálico, junto con las medidas fiscales (como descuentos en el IRPF) por parte de los gobiernos autonómicos, están ganando terreno en los últimos años entre las fórmulas de gasto en protección social. La opción de invertir en servicios públicos directos, en cambio, ha decaído. Las ayudas económicas presentan una mayor facilidad de ejecución; además, resultan más beneficiosas para los gobiernos locales, que no tienen que incorporar trabajadores en su plantilla o descentralizar a otras empresas la gestión del ámbito de los servicios sociales. Como afirma Vilá (2001: 45), el incremento de las ayudas económicas y las medidas fiscales "se debe a que son fórmulas más ágiles y sencillas que permiten ejercitar la libre elección facilitando las aportaciones de los usuarios y sus familias (copago), posibilitan la extensión del mercado de servicios y la creación de empleo". Pero, como el mismo autor afirma, "también tiene sus limitaciones (por ejemplo, dificulta la exigencia de

⁵ Los datos del proceso de normalización de inmigrantes de 2005 indican que el 31,8% de las solicitudes fueron presentadas para la actividad "Hogar". El 83,4% de las mujeres que presentaron una solicitud lo hicieron para desempeñar este trabajo (MTAS, 2005).

RECUADRO 1

JUSTIFICANDO LA DECISIÓN DE CONTRATAR A UNA CUIDADORA INMIGRANTE

“¿Por qué? Porque las dos hermanas que estábamos aquí en Pamplona estábamos trabajando y entonces no disponíamos de tiempo suficiente para cuidar a nuestro padre, que no se podía quedar solo, ya que se le iba un poco la cabeza. Aunque se manejaba él pero... sólo no podía estar. Entonces era para cubrir las horas que nosotras no podíamos estar...” (Mujer contratadora de una cuidadora inmigrante. Navarra, 2004)

“Pues en el momento en que mi padre se quedó solo. Vivía con mi madre, falleció; entonces se fue una hermana suya que estaba también viuda y decidieron los dos que se iban a vivir juntos. Entonces estuvieron viviendo juntos durante cinco años. (...) Hasta que a mi tía... fue una cosa muy rápida... y murió. Entonces se decidió en el momento que mi padre tenía muy claro que él no se quería mover de su casa. No se quería mover de su casa” (Mujer contratadora de una cuidadora inmigrante. Barcelona, 2003)

“Bueno, pues porque mi madre estaba muy bien y ella sola en el pueblo, [pero una mañana] la encontramos muy mal. (...) Decidimos que, al vivir sola, tenía que haber alguien con ella. Resulta que le había dado una «trombo» y se encontraba ya muy mal, en un estado muy crítico. ¿Cómo decidimos? Pues ninguno vivíamos en el pueblo. Todos estábamos fuera, todos trabajando, todos con hijos” (Mujer contratadora de una inmigrante. Navarra, 2004)

“Contratamos a una persona extranjera para cuidar de mi madre porque yo no podía atenderla durante el día. Me dijeron que no había españolas para hacer el trabajo. Tengo una librería, y estoy todo el día fuera de casa. Ya sabes que una librería es muy «atado», porque tengo que abrir todos los días de la semana, sábados y domingos. Mi marido también trabaja, y mis hijos, cada uno tiene su trabajo. Cuando mi madre empeoró y me la traje a mi casa, se me echó el mundo encima. No era capaz de hacer todo el trabajo. Al final decidí contratar a alguien y las únicas personas dispuestas eran inmigrantes” (Mujer contratadora de una inmigrante. A Coruña, 2003)

Fuente: Entrevistas en profundidad realizadas por la autora.

tratamiento social de determinadas necesidades) e incluso puede producir efectos perversos (por ejemplo, creación de redes paralelas, según las necesidades económicas)”. Eso es lo que ha pasado en Navarra, con la generación de un mercado de trabajo dentro de la economía sumergida y del empleo precario. De esta forma, si la ausencia de una cobertura pública de servicios sociales induce a las familias a externalizar el trabajo del cuidado, las tendencias actuales de la política social hacia la privatización pueden promover la contratación de inmigrantes irregulares para el desempeño de esta actividad.

bajo, en el que se suele combinar cuidado personal y mantenimiento doméstico del hogar. A medida que se produce una mayor incorporación de la mujer autóctona al ámbito público, se va delegando en personas ajenas al hogar familiar una cantidad más elevada de tareas, anteriormente realizadas por aquélla. El 17,9% de las mujeres inmigrantes ocupadas están dadas de alta en la seguridad social dentro de la actividad “Hogares que emplean personal doméstico”, mientras que esta cifra desciende al 2,7% en el caso de las mujeres españolas (cuadro 4). En esta categoría laboral, tradicionalmente segmentada por género, se está produciendo una segmentación según etnia (Parella, 2003).

5. UN ESTADO DEL BIENESTAR Y UN MODELO MIGRATORIO COMPLEMENTARIOS

La asistencia a los ancianos se ha convertido para las inmigrantes en un nuevo sector de tra-

La situación española no se corresponde con la observable en los países de la Europa continental y nórdica (gráfico 3). En España existe un 14,8% de población foránea que se dedica a prestar “servicios a los hogares”, y tan sólo un 1,9% desempeña esta actividad de forma profesional en el ámbito de la “salud y los servicios sociales”. Grecia presenta una

CUADRO 4

OCUPACIÓN Y ALTAS LABORALES DE MUJERES EXTRANJERAS Y ESPAÑOLAS EN LA RAMA DE ACTIVIDAD “HOGARES QUE EMPLEAN PERSONAL DOMÉSTICO” (2004)

Total mujeres ocupadas españolas	6.804.100
Total mujeres españolas en alta laboral a “Hogares que emplean personal doméstico”	181.900
Porcentaje	2,7
Total mujeres ocupadas extranjeras	395.232
Total mujeres extranjeras en alta laboral a “Hogares que emplean personal doméstico”	70.778
Porcentaje	17,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de MTAS (2004).

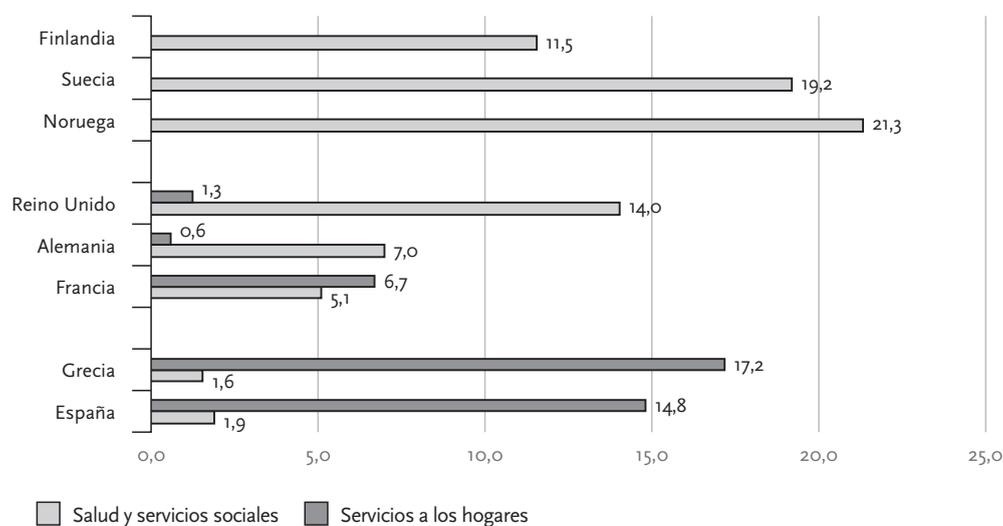
situación parecida; las cifras en este caso son del 17,2 y el 1,6%, respectivamente. Sin embargo, en Noruega el 21,3% de la población extranjera desempeña las tareas de cuidado inserta en el estado del bienestar. El escaso desarrollo de los servicios sociales en Europa del Sur implica que estas ocupaciones

sean afrontadas de manera “privada” entre la familia empleadora y la persona empleada.

El desarrollo del mercado laboral para el cuidado de ancianos, con una amplia demanda de trabajadores para estos servicios, ha coincidido con

GRÁFICO 3

POBLACIÓN EXTRANJERA EMPLEADA EN LAS ACTIVIDADES “SERVICIOS A LOS HOGARES” Y “SALUD Y SERVICIOS SOCIALES” (MEDIA 2001-2002)



Fuente: OCDE (2004: 59).

una situación de gran intensidad migratoria hacia España. El quinquenio 2000-2005 es el de mayor incorporación de inmigrantes en nuestra historia. El número de extranjeros se multiplica por cuatro desde el año 2000 hasta el 2005. En términos relativos, evoluciona de un 2,3% a un 8,4% de la población residente, según el Padrón Municipal de Habitantes a 1 de Enero de 2005.

En general, todos los países de Europa del Sur⁶ han tenido un desarrollo similar en su modelo migratorio. La característica fundamental es que, en poco tiempo, se han convertido de países de emigración en países de inmigración, atrayendo, en buena medida, a mujeres extranjeras. Esta peculiaridad es nueva en las migraciones internacionales. Hasta los años setenta, la inmigración estaba asociada al "varón cabeza de familia". Castles y Miller (1993: 8-9) han identificado la feminización de la migración internacional como la tendencia clave de la "nueva era de la migración". Por su parte, King y Zontini (2000) han señalado la existencia de una serie de condicionantes geográficos, económicos y sociodemográficos que configuran un modelo migratorio propio en la Europa del Sur. Dicho modelo presenta unas características bien diferentes de las de aquel que se había instaurado tras la Segunda Guerra Mundial y extendido hasta los años setenta. Éste estaba formado principalmente por un flujo de mano de obra masculina centrada en las actividades industriales de la economía formal.

Estos autores apuntan, en primer lugar, a la posición geográfica estratégica del Sur de Europa para la existencia de movimientos de personas. Más importantes son, sin embargo, los factores económicos y sociodemográficos. En las economías de la Europa del Sur varios de los sectores principales (turismo, tráfico marítimo, pesca y, en general, el sector servicios) implican un grupo de nexos con el mundo exterior que facilita la llegada de inmigrantes. De fundamental importancia han sido, además, el desarrollo y la modernización que ha experimentado la región entre la década de los sesenta y la de los ochenta. Como elemento sociodemográfico hay que contar con el progresivo envejecimiento de la población en todos los países europeos. Asimismo, es imprescindible tener en cuenta el aumento de la participación laboral del colectivo femeni-

⁶ Excepto Portugal, donde la inmigración femenina es minoritaria. Oso (2003) explica la especificidad de este país, en el cual la segmentación étnica del del trabajo se produce principalmente en el sector de la construcción y no en el servicio doméstico, por lo que la inmigración es predominantemente masculina.

no autóctono, junto con las modificaciones en las formas familiares. Estos dos últimos elementos han dado lugar a que la mujer española se encuentre en menor medida disponible para efectuar las tareas del hogar y a que, ante el hueco de su ausencia, se mercantilice el trabajo que con anterioridad ella misma desempeñaba.

En España es necesario incorporar un elemento añadido que podría denominarse "factor político". En el ámbito legislativo cabe recordar que, tras los sucesos de El Ejido en el año 2001 y la fuerte dependencia que el gobierno parecía encontrar en la mano de obra marroquí, éste propició una ardua selección migratoria con el objetivo de "elegir otras nacionalidades" consideradas como menos "conflictivas" en el entorno de la sociedad civil española. Los elegidos fueron los iberoamericanos, de los que se esperaba que, por sus nexos con la cultura hispana, tendrían una integración "menos problemática". Para ello, el gobierno del Partido Popular desarrolló dos regularizaciones (una en el año 2000 y otra en 2001) de las que salieron ampliamente beneficiados las personas de la región Sur del continente americano. Si bien en las regularizaciones que habían tenido lugar con anterioridad (en los años 1985, 1991 y 1996) se visibilizaron sobre todo personas originarias del Magreb, las primeras realizadas ya en el nuevo siglo dieron predominantemente a los iberoamericanos entrada a la legalidad. Es así como se procedió a una "iberoamericanización" de la población inmigrante⁷. Esta tendencia parece haberse reforzado en el reciente proceso de normalización de 2005: el 39% de las solicitudes presentadas por inmigrantes que buscan su regularización en España corresponden tan sólo a cuatro nacionalidades iberoamericanas; en concreto, ecuatoriana, colombiana, boliviana y argentina (MTAS, 2005).

Esa iberoamericanización ha venido acompañada de una feminización de la inmigración, pues la emigración iberoamericana a España se caracteriza desde sus inicios por ser predominantemente femenina. Son mujeres las que satisfacen la necesidad de mano de obra femenina para las actividades de la economía sumergida y del sector servicios, entre las cuales se encuentra la del cuidado de ancianos. No existen datos estadísticos que permitan calibrar la cantidad de mujeres extranjeras ocupadas en la asistencia a personas mayores. Las razones son varias: en primer lugar, porque estos arreglos se encuadran principalmen-

⁷ Sobre este tema, véase Izquierdo *et al.* (2003) y Martínez (2003).

RECUADRO 2

JUSTIFICANDO LA PREFERENCIA DE CARACTERÍSTICAS ÉTNICO-NACIONALES DE LAS CIUDADORAS EXTRANJERAS

“Bueno, pues pedimos mediana edad, que hablase castellano, o sea queríamos sudamericanas más que nada por el castellano, que no fuese muy negra porque mi padre a los negros les tenía fobia... Entonces dijimos: Bueno, pues una que fuese más clarita. De piel normal, que no fuese blanca de todo, de piel normal” (Mujer contratadora de una cuidadora inmigrante. Navarra, 2004)

“No, es que en aquel entonces –sí que es verdad– se nos comentó de poner a alguna persona de Rumanía que no conocía bien el idioma. Entonces no, yo lo siento mucho, pero mi padre necesitaba a alguien que por las noches le hablase. Y no alguien a quien le tuviese que enseñar. De ahí que contratamos a una sudamericana” (Mujer contratadora de una cuidadora inmigrante. A Coruña, 2003)

Fuente: Entrevistas en profundidad realizadas por la autora.

te dentro de la economía sumergida; en segundo lugar, porque cuando esta actividad se desempeña de forma legal se incluye dentro del “servicio doméstico”. Es decir, los registros disponibles no tienen en cuenta las diferencias entre las tareas domésticas y los trabajos emocionales y de cuidado. De ahí que una metodología cualitativa como la que he aplicado en esta investigación, basándome en las entrevistas en profundidad, constituya en la actualidad una forma fructífera de acercamiento a la situación de este nuevo mercado laboral.

La preferencia de familias empleadoras de inmigrantes en sus hogares hacia las “asistentas” procedentes de Iberoamérica ha quedado reflejada en diversos trabajos de campo efectuados en distintas ciudades españolas, como pone de manifiesto la transcripción de las entrevistas realizadas con mujeres contratadoras de servicios de cuidado para familiares ancianos dependientes (recuadro 2). El idioma ha sido siempre la variable fundamental para explicar esa preferencia, junto con la cercanía cultural de las personas procedentes de esta región. La igualdad de lenguaje y religión se han convertido en dimensiones que discriminan positivamente (a la hora de encontrar trabajo en el servicio doméstico) a las iberoamericanas.

Como resumen de los argumentos hasta aquí expuestos, cabe afirmar que el fenómeno del envejecimiento, unido a factores asociados al diseño del estado del bienestar español, a la incorporación de la mujer al ámbito laboral y al desequilibrio de las tareas del hogar efectuadas por hombres y muje-

res, está generando en nuestro país nuevos yacimientos de empleo relacionados con los servicios personales y, en particular, con el cuidado de mayores dependientes. La demanda de personas que presten estos servicios privados tiene lugar en un contexto de gran afluencia de inmigrantes, entre los que destacan las mujeres iberoamericanas. Y esas dos peculiaridades, “mujer e iberoamericana”, constituyen los requisitos destacados como más importantes por las familias españolas a la hora de escoger a la cuidadora de personas mayores. La llamada a la emigración no solamente se genera en el seno de la sociedad emisora, sino también de la receptora, que necesita o prefiere mano de obra con unas características concretas. Es así como España y, en general, todos los países de la Europa del Sur (excepto Portugal) están asociados a un régimen de bienestar y a un modelo migratorio muy determinados, que se retroalimentan de tal manera que tienden a consolidarse.

BIBLIOGRAFÍA

CASTLES, S. y M. MILLER (1993), *The Age of Migration*, Nueva York, The Guilford Press.

FLAQUER, L. (1995), "El modelo de familia española en el contexto europeo", en SARASA, S. y L. MORENO (comp.), *El Estado del bienestar en la Europa del Sur*, Madrid, CSIC: 289-311.

FERRERA, M. (1996), "The southern model of welfare in social Europe", *Journal of European Social Policy*, 6 (1): 17-37.

HUBER, M. (2005), *Data on Long-term Care: Services, Eligibility and Recipients*, París, OECD (en fase de publicación).

IMSERSO (2004a), *Apoyo informal a las personas mayores. Estudio 4178* (extraído en septiembre de 2005 de <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas>).

– (2004b), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid, MTAS (extraído en septiembre de 2005 de http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/libro_blanco_de_la_dependencia.html).

– (2005), *Las personas mayores en España. Informe 2004*, Madrid, MTAS.

INE (2000), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud*, Madrid, INE.

– (2005), *Encuesta de población activa* (extraída en septiembre 2005 de <http://www.ine.es/inebase>).

IMSERSO (1993), *Plan Gerontológico*, Madrid, IMSERSO.

IZQUIERDO, A. et al. (2003), "The Favourites of the Twenty-First Century: Latin American Immigration in Spain", *Studi Emigrazione*, 149: 98-124.

IZQUIERDO, A. y R. MARTÍNEZ (2000), "La inmigración de extranjeros y el envejecimiento de la población" en *Los mayores activos*, Madrid, Secot, 227-252.

KING, R. y E. ZONTINI (2000), "The role of gender in the South European immigration model", *Papers*, 60: 35-52.

MARTÍNEZ, R. (2003), "La reciente inmigración latinoamericana en España", *Serie Población y Desarrollo*, 40, Santiago de Chile, CEPAL-ONU.

MTAS (2004), *Avance del Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales* (extraído en septiembre 2005 de <http://www.mtas.es/estadisticas/ANUARIO2004/index.htm>).

– (2005), *Balance del proceso de normalización de trabajadores extranjeros* (extraído en junio de 2005 de <http://www.mtas.es/balance/default.htm>).

MORENO, L. (2001), "La vía media española del modelo de bienestar mediterráneo", *Papers*, 63/64: 67-82.

OCDE (2004), *Tendances des migrations internationales: rapport annuel, 2003*, París, OCDE.

ONU (2001), *Replacement Migration. Is it a solution to declining and ageing populations?*, Nueva York, United Nations Publications.

Oso, L. (2003), "The new migratory space in Southern Europe: the case of Colombian sex workers in Spain", en MOROKVASIC, M. y K. SHINOZAKI (eds.), *Crossing Borders and Shifting Boundaries*, Alemania, Opladen: 207-227.

– (2005), "Pautas demográficas de los extranjeros", en IZQUIERDO, A. (dir.), *Demografía de los extranjeros. Incidencia en el crecimiento de la población*, Madrid, Fundación BBVA (en prensa).

PARELLA, S. (2003), *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, Imsero.

SARASA, S. (1995), "El servicio de lo social", en SARASA, S. y L. MORENO (comp.), *El Estado del bienestar en la Europa del Sur*, Madrid, CSIC.

VILÀ, A. (2001), "Normativa autonómica para personas mayores", *Gerontología y Derecho*: 25-102.

Javier Romañach y el Foro de Vida Independiente

El Foro de Vida Independiente es una agrupación ciudadana, abierta a la participación directa y organizada a través de Internet, que persigue la plena participación, la igualdad de oportunidades y la no-discriminación de las personas con diversidad funcional (discapacidad). Arrancó en 2001 con tres personas, y la comunidad virtual consta actualmente de unos 400 hombres y mujeres, con y sin diversidad funcional, que se comunican, debaten y realizan acciones a título personal, coordinados a través de correo electrónico y vinculados a la filosofía de vida independiente.

Javier Romañach es un miembro del Foro de Vida Independiente muy comprometido con la difusión de esta nueva manera de ver la diversidad funcional desde la propia diversidad funcional. Licenciado en Informática y experto en ingeniería del *software*, un accidente de tráfico en 1991 le provocó una tetraplejía que le ha llevado a reorientar su carrera y sus intereses intelectuales hacia la bioética y la tecnología aplicada a la vida independiente. En esta entrevista, Javier Romañach desgrana los argumentos que vertebran esa perspectiva audaz e innovadora, desmarcándose del modo habitual de tratar “el problema de la dependencia” y ofreciendo un valioso contrapunto a los planteamientos al uso sobre este tema.

1. El Foro de Vida Independiente insiste en hablar de “diversidad funcional” en lugar de “discapacidad” o “dependencia”. ¿Cuáles son las razones de esta preferencia por el concepto de “diversidad funcional”? ¿Cuál es la ventaja de introducir este concepto en el discurso público, en lugar de los otros dos más habituales de “discapacidad” y “dependencia”?

Las palabras no se construyen ni se usan por casualidad; llevan una carga semántica adquirida a lo largo del tiempo, relacionada con la cultura en que se crearon. Los términos “discapacidad” y “dependencia” hacen hincapié en la falta de capacidad y en la necesidad imperiosa de otra persona para realizar tareas. El término “diversidad funcional” refuerza la idea de variedad (y, por tanto, de riqueza), inherente a un colectivo de personas cuyos cuerpos o mentes funcionan de otra manera; por ejemplo, personas que realizan la función de desplazarse utilizando sillas de ruedas en lugar de las piernas. Misma función, diferente manera. En lugar de utilizar la palabra “dependencia”, en el Foro de Vida Independiente preferimos utilizar la palabra “inDependencia”, ya que nuestro objetivo consiste en conseguir las herramientas y los recursos necesarios para controlar nuestra vida y, por lo tanto, llevar una vida independiente. Del mismo modo que se habla del sistema de sanidad y no del sistema de enfermedad, preferimos los términos positivos o neutros para describir nuestra situación.

2. ¿Qué entiendes exactamente por “vida independiente”?

La expresión “vida independiente” no hace referencia a las capacidades funcionales; no significa “hacer todo sin ninguna ayuda humana externa”. En términos generales, se emplea para indicar que las personas con diversidad funcional (discapacidad) deben tener control sobre sus vidas, pueden acceder a las mismas oportunidades y enfrentarse a las mismas elecciones en la vida diaria que las personas sin diversidad funcional. Las personas funcionalmente diversas tienen derecho a pensar y hablar por sí mismas, sin la interferencia de otros,

a tener igualdad efectiva de oportunidades y a no ser discriminadas por su diferencia.

3. *En España, según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud que el Instituto Nacional de Estadística llevó a cabo en 1999, a principios de este nuevo siglo había aproximadamente 750.000 personas en situación de "dependencia moderada", 600.000 en situación de "dependencia grave" y 320.000 en situación de "dependencia severa". ¿Qué estrategias habría que adoptar para ayudar a estas personas a llevar a cabo una vida independiente?*

Desde el Foro de Vida Independiente defendemos que la mejor solución para que un hombre o una mujer con gran diversidad funcional puedan tomar el control de su vida y, por lo tanto, participar plenamente en la sociedad en igualdad de oportunidades y sin ser discriminado consiste en dotarle de los recursos y herramientas que precise. Además, debe tener también el control de esos recursos y herramientas. Para ello proponemos la regulación de la figura del *asistente personal*, que es la persona que se encarga de realizar las tareas que determinadas personas no pueden hacer por sí mismas (por ejemplo, levantarse, lavarse, salir a trabajar, estudiar, practicar actividades de ocio, etc.). Al igual que las mujeres no tomaron el control de sus vidas hasta que tomaron el control económico de sus recursos, las personas que tienen diversidad funcional deben tener el control económico de los recursos destinados a la asistencia personal a través de *prestaciones económicas*, cuyo uso correcto se deberá justificar ante la administración pertinente.

De esta manera, se dota a la persona con diversidad funcional del poder de elección de su asistente personal y una relación laboral en la que queda claro quién toma las decisiones. También se garantiza un uso eficiente y controlado de los recursos públicos, ya que el gasto se justifica y la prestación económica resulta menos costosa que las soluciones tradicionales.

Esta solución no ha sido nunca contemplada en los diseños de políticas sociales del estado español. El Foro de Vida Independiente promueve que esta *opción* se contemple en todos los diseños de políticas futuras, ya que nace desde el colectivo de personas con diversidad funcional, que somos, al fin y al cabo, los mejores expertos en nuestras vidas y nuestras necesidades.

El camino hacia la plena implantación del nuevo sistema de autonomía o "independencia"

puede llevar años, y entendemos que se debe empezar por las personas que han sido tradicionalmente más discriminadas; es decir, aquellas que precisan más recursos por tener una gran diversidad funcional *independientemente de su edad*. No obstante, al final del camino, toda la población que requiera de apoyos para no ser discriminada y desarrollar una vida en igualdad de oportunidades, acorde con sus circunstancias y su edad, debe encontrar una solución elegida libremente por sí misma en el nuevo sistema.

4. *Entre los argumentos del Foro de Vida Independiente destaca el que hace referencia a la actual discriminación de las personas con diversidad funcional en nuestro país. ¿Cómo se concreta esa discriminación?*

Las personas con diversidad funcional, especialmente aquellas con gran diversidad funcional, se ven discriminadas en todos los aspectos de la vida diaria. Sin asistencia personal no se puede participar en el trabajo, en el ocio, en los estudios; no se puede circular libremente, no se puede comunicar de igual a igual, recibir la misma información, acceder a los servicios públicos y privados, etc. No poder entrar a los mismos locales que los demás, carecer de sistemas de orientación e información, no poder acceder a las escuelas y universidades ni entrar a los lugares de trabajo, entre otras muchas carencias y privaciones, son realidades discriminatorias con las que convivimos las personas con diversidad funcional diariamente.

5. *¿Cuáles son, en la actualidad, los principales obstáculos a la consecución de una vida independiente en España?*

El principal obstáculo para poder conseguir una vida independiente en España es la tradicional visión de las personas con diversidad funcional como individuos enfermos que sufren por ser diferentes. En el momento en que se nos empieza a considerar ciudadanos diferentes de pleno derecho, que padecen diariamente una gran discriminación, se empezará a entender que somos nosotros mismos los que más y mejor luz podemos arrojar sobre las políticas sociales que versen sobre nosotros.

Hasta ahora han sido las personas sin diversidad funcional las que han pensado por nosotros y han decidido lo que mejor nos venía, sin tener una verdadera experiencia de la vida desde la diferencia. Por ese motivo hemos sido discriminados, relegados a vivir con nuestras familias o en residencias, y se ha perpetuado la desigualdad de oportunida-

des. Ha llegado la hora de que nuestra voz y nuestro pensamiento imperen en todo aquello que se refiera a nosotros. De ahí nuestro lema: "Nada sobre nosotras y nosotros sin nosotras y nosotros".

6. *¿Y cuáles son los principales obstáculos que encontráis a la hora de conseguir que vuestros planteamientos penetren en el discurso público e informen las políticas públicas?*

El principal obstáculo hasta ahora, y aún hoy, ha sido y es la percepción de que somos un colectivo sin ideología clara que mendigaba soluciones dispersas y no siempre coherentes. Desde esa percepción, se nos han "concedido" derechos de manera graciable, sin que se haya abierto un camino firme para colocarnos en igualdad de oportunidades. Hoy tenemos una filosofía clara, exigimos nuestros derechos y no aceptamos que sean graciables. Queremos erradicar la discriminación cuanto antes.

7. *¿En qué instituciones u organismos están encontrando los argumentos del Foro de Vida Independiente mayor respaldo?*

La filosofía del Foro de Vida Independiente ha sido presentada y difundida en una gran cantidad de instituciones, entre las que se incluyen el Congreso de los Diputados, el Parlament de Cataluña, el IMSERSO y varias administraciones con responsabilidades sociales, como la Diputación de Guipúzcoa, las consejerías de asuntos sociales de las comunidades de Valencia, Madrid, Andalucía, Galicia, Canarias, etc. También han mostrado un gran interés por nuestras ideas muchas universidades de todo el país.

El apoyo real y efectivo a proyectos de vida independiente dotados económicamente, aunque de manera parcial, se ha producido hasta ahora sólo en Guipúzcoa. En los demás territorios hemos obtenido diferentes grados de compromiso, que van desde proyectos en planes aprobados y dotados de recursos para el próximo año, como es el caso de la Comunidad de Madrid, a las buenas palabras recibidas muy recientemente por parte del nuevo gobierno de Galicia, pasando por multitud de diferentes tipos de respuesta, como es el caso de la Comunidad Valenciana, que se ha comprometido a realizar un proyecto en Valencia y, además, financiar la Oficina Europea de Vida Independiente, que tendrá su sede en esta ciudad.

8. *¿Crees que el Libro Blanco de la Dependencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*

ofrece algunas vías prometedoras hacia la vida independiente? ¿Cómo valoras el documento?

El Libro Blanco es fundamentalmente un excelente documento de diagnóstico, es decir, un magnífico Libro Verde. En él se abren pequeñas ventanas a la vida independiente, pero habrá que esperar al borrador del proyecto de ley de autonomía de las personas en situación de dependencia para conocer con claridad las posiciones y estrategias del gobierno. En principio, se pretendía aprobar la ley antes de fin de año y, por lo tanto, en estos días el borrador debería ser público, permitiéndonos valorar con rigor la intención del gobierno de tenernos en cuenta en las nuevas políticas sociales.

9. *¿Qué pedirías a quienes están preparando ese proyecto de ley?*

Les pediría que nos vean como ciudadanos de pleno derecho permanentemente discriminados a lo largo de la historia y expertos en nuestras propias vidas. Que se hagan cargo de que este sistema es para toda la sociedad y que lo preparen pensando en sí mismos, ya que mañana, por edad u otra circunstancia, pueden formar parte del colectivo de personas discriminadas por su diversidad funcional. Que entiendan que un sistema universal como éste debe ser como los otros tres: sanidad, educación y pensiones, y seguir sus mismos criterios básicos: libertad de opción, gratuidad y universalidad. Que piensen y razonen sobre nuestras propuestas, que ya les hemos hecho llegar y conocen: opción de asistencia personal, pago directo (prestación económica) y no copago en función de ingresos o patrimonio, es decir, universalidad en lugar de "pruebas de renta", como en el resto de pilares del bienestar. Y que si les parecen razonables, como pensamos que son, las incluyan en la ley.

10. *¿Hay algún país que esté abordando la cuestión que nos ocupa desde una estrategia que se aproxime a los postulados del Foro de Vida Independiente?*

La filosofía de vida independiente se ha introducido ya en el debate público de un gran número de países como Estados Unidos, Suecia, Noruega, Dinamarca, Gran Bretaña, Holanda, Alemania, etcétera. Gran Bretaña, por ejemplo, ha adoptado esta filosofía en su Plan Social Estratégico para los próximos veinte años, porque, tras muchos años de experiencia, se ha podido comprobar que la asistencia personal y el pago directo son las herramientas que producen mayor satisfacción a las personas con gran diversidad funcional y las que mejor

responden al objetivo de la consecución de los plenos derechos, la no discriminación y la igualdad de oportunidades. Más allá, también se ha comprobado que las soluciones propuestas bajo la filosofía de vida independiente resultan menos costosas para el estado y garantizan una respuesta adecuada a cada persona, ya que es él o ella quien decide la solución y toma el control de su propia vida.



¿Qué ofrece España a los inmigrantes? Factores de atracción de la inmigración

CARMEN GONZÁLEZ ENRÍQUEZ*

RESUMEN

España es el país europeo que más inmigrantes recibe en la actualidad. ¿Qué atrae a los inmigrantes? Evidentemente, la oferta de trabajo. Pero no es éste el único factor que consideran importante a la hora de establecerse en España. Escuchar la voz de los inmigrantes, tal y como la expresan en entrevistas en profundidad, permite aproximarse a otros elementos que favorecen la inmigración hacia nuestro país.

1. INTRODUCCIÓN¹

Al analizar las causas de los movimientos migratorios internacionales, la literatura especializada ha diferenciado tradicionalmente entre factores de expulsión desde los países de origen y de atracción de las migraciones hacia los países de destino. Entre estos segundos, ocupa el primer lugar la oferta de puestos de trabajo. Pero desde los años ochenta, tras comprobar que la inmigración hacia la Europa central y nórdica no disminuía a pesar de que la crisis económica de 1973 había puesto fin oficial a la llegada de nuevos inmigrantes y de que aparecía el desempleo entre los autóctonos, el estado del bienestar y sus prestaciones pasaron a ser objeto de los debates públicos sobre las causas de atracción de la inmigración. En España, la oferta de trabajo, especialmente el ligado a la economía sumergida, ha dominado el enfoque público y aca-

* Profesora titular de Ciencia Política de la UNED.

¹ Agradezco a Luis Garrido los comentarios que le suscitó la lectura de una primera versión de este texto.

démico sobre los motivos de atracción de inmigrantes, a los que el debate político ha añadido en los últimos años el del eventual "efecto llamada" de las regularizaciones.

Este artículo presenta una reflexión sobre los elementos que pueden estar influyendo en esa atracción de la inmigración hacia España, el país europeo que más inmigrantes recibe en la actualidad. Más allá del efecto evidente de la oferta de trabajo, en el artículo se recogen otros aspectos que podrían estar actuando como motivos de atracción hacia España. Se ponen aquí en relación los resultados de varias investigaciones, con especial atención a la explotación de entrevistas en profundidad a una pequeña muestra de inmigrantes.

La técnica de la entrevista en profundidad impide otorgar valor estadístico a los resultados; sin embargo, ofrece una riqueza de contenidos muy superior a la lograda en las encuestas cuantitativas con cuestionario formalizado, y proporciona por ello claves interpretativas de interés. En total, se utilizan aquí los resultados de 25 entrevistas en profundidad a inmigrantes de las provincias de Madrid y de Barcelona, de alrededor de una hora cada una, realizadas en el marco de dos investigaciones sobre la convivencia entre autóctonos y extranjeros². Los

² Investigación sobre "La convivencia con los inmigrantes en la provincia de Barcelona" para el Organismo Autónomo Flor de Maig, de la Diputació de Barcelona (2001-2002) e investigación sobre "Inmigrantes y madrileños: relaciones de vecindad e integración social", financiada por la Comunidad de Madrid, Consejería de Educación (proyecto 06/0062/2003). Ambas investigaciones han sido dirigidas por la autora. Una descripción general de los resultados de estos estudios puede leerse en González Enríquez y Álvarez-Miranda (en prensa).

entrevistados eran de origen marroquí (5 personas), ecuatoriano (5), colombiano (5), dominicano (2), rumano (3), peruano (2), paquistaní (1), senegalés (1) y búlgaro (1). Todos ellos llevaban más de dos años en España. Se recogen aquí también algunas conclusiones, pertinentes al caso, deducidas de otra investigación sobre la lucha contra la inmigración ilegal en España³.

2. LA ATRACCIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN EUROPA DEL SUR

Desde hace algunos años, España parece ser el país europeo que más inmigración recibe anualmente en términos absolutos y, aún más, en relación con su población total. Así, en el año 2003 España recibió el 36% de los inmigrantes que llegaron a Europa, seguida por Italia con un 30%, muy lejos del 13% que recibió el Reino Unido o del 7% de Alemania. En conjunto, el desplazamiento del destino de los flujos inmigratorios desde el centro y norte europeo hacia la Europa mediterránea es apreciable desde mediados de los años ochenta y fue descrito desde el principio como un fenómeno muy diferente al de la inmigración de los años cincuenta y sesenta hacia Alemania, Francia, Reino Unido, Bélgica, Holanda y Suiza (Simon, 1987; Werth y Körner, 1991). Ya entonces se señalaron como características diferentes de esta "oleada" la ilegalidad y el empleo en la economía sumergida de los inmigrantes, su extrema variedad de orígenes geográficos y su escasa cualificación, el empleo en pequeñas empresas del sector agrícola y de los servicios y, en conjunto, su mayor marginalidad social (Baldwin-Edwards y Arango, 1999; Ribas-Mateos, 2004).

Desde entonces la tendencia a la concentración de nuevos inmigrantes en la Europa del Sur se ha acentuado. En el año 2000, la inmigración llegada a España e Italia supuso el 41% de toda la que recibió la Unión Europea (UE), frente al 64% de 2004, último año para el que Eurostat ofrece cifras. En puridad, resulta prácticamente imposible realizar comparaciones exactas, dada la inexis-

³ Investigación en el marco del proyecto "Illegal immigration and trafficking and smuggling on human beings" (2004), dirigida por Elspeth Guild y Paul Minderhoud, y financiada por el Centre for Migration Law de la Universidad de Nimega (Holanda). Los resultados se recogen en González Enríquez (en prensa).

tencia de una definición operativa común en Europa del término inmigrante. España, por otra parte, al permitir y alentar el empadronamiento de los inmigrantes irregulares desde la aprobación de la Ley de Extranjería del año 2000, de tal modo que éstos quedan reflejados en las estadísticas oficiales, se diferencia de la casi totalidad de los países europeos, que ignoran en sus cifras de población a este grupo y recogen únicamente la inmigración legal⁴. Puesto que en España la inmigración ilegal suponía entre un tercio y la mitad de la inmigración total en el año 2004, esta peculiaridad de la contabilidad española tiene un efecto importante en la posibilidad de la comparación⁵. Así, por ejemplo, Grecia aparece en las estadísticas nacionales y de Eurostat como un país de escasa inmigración en lo que va de década, por debajo de la media de la UE, pero cuando el gobierno decidió en el año 2001 promover una regularización extraordinaria de inmigrantes se presentaron 400.000 solicitudes, lo que supone una cifra muy alta para un país de poco más de 10 millones de habitantes. El cuadro 1 refleja con claridad la intensidad del saldo migratorio en España en comparación con el de aquellos países que más inmigrantes han atraído en los últimos años.

La atracción de esta inmigración en Europa del Sur ha sido explicada, entre otros factores, como consecuencia del fuerte desarrollo económico de la zona en los años ochenta –en los casos de España, Portugal y Grecia, a raíz de su incorporación a la CE–, de su declive demográfico, de la incorporación masiva de la mujer al trabajo –lo que ha abierto un mayor mercado de trabajo en la ayuda doméstica y el cuidado de niños y ancianos–, del rechazo de las nuevas generaciones, más formadas que las anteriores, a los puestos de trabajo de baja cualificación, y del notable peso de la economía oculta o "sumergida" en la actividad de estos países receptores. A estos elementos socioeconómicos habría que añadir la dificultad de controlar las extensas fronteras marítimas de España, Grecia e

⁴ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Esta norma concede a los inmigrantes sin permiso de residencia el derecho a utilizar los servicios públicos del sistema sanitario, con el único requisito de su empadronamiento. Por su parte, este empadronamiento se logra presentando cualquier documento que muestre residencia en el domicilio, como un contrato de alquiler, de electricidad, gas, teléfono, etcétera.

⁵ Sobre la dificultad de conocer el número de extranjeros en España, véase Garrido (2004).

CUADRO 1

SALDO MIGRATORIO EN MILES DE PERSONAS (2000-2004)*

	2000	2001	2002	2003	2004	Saldo migratorio/pob. total 2004**
EU-15	1.055,6	1.321,8	1.701,2	2.052,1	1.813,5	0,47
España	378,5	427,8	649,9	738,5	610,1	1,46
Italia	55,2	47,6	349,3	600,6	558,2	0,97
Alemania	167,8	274,8	218,8	142,2	81,8	0,10
Reino Unido	168,5	184,3	126,4	260,5	203,6	0,38

* Se recogen aquí todos los países que han llegado a, o superado, los 100.000 inmigrantes en alguno de estos años. El saldo migratorio recoge la diferencia entre el aumento de población y el crecimiento natural (nacimientos menos defunciones) de la población del año anterior.

** Porcentaje que representa el saldo migratorio de 2004 sobre la población total de 2003.

Fuente: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.eu.int> (octubre de 2005).

Italia (países, además, de gran movimiento turístico), la debilidad previa de sus sistemas de control de la inmigración o el uso de sus territorios como zonas de paso para llegar a países del centro y norte de Europa, con políticas muy restrictivas respecto a la inmigración desde mediados de los años setenta.

De entre todos estos factores, el del peso de la economía sumergida ha sido el que mayor atención ha suscitado como elemento explicativo de la atracción de la inmigración hacia Europa del Sur, a pesar de las dificultades para medir o estimar el volumen de esta economía (Baldwin-Edwards y Arango, 1999). Como puede apreciarse en el cuadro 2, los países de Europa del Sur son los que registran un mayor peso de la economía oculta en Europa Occidental, un resultado en el que coinciden las estimaciones realizadas por otras fuentes, como la Comisión Europea⁶.

Junto a los factores socioeconómicos e institucionales mencionados, habría que señalar un elemento de la cultura política o cívica que hasta el momento ha sido minusvalorado como factor de atracción: la tolerancia hacia la ilegalidad en los países mediterráneos, que se traduce en una

⁶ Según estimaciones de la Comisión Europea referidas al año 2000, Grecia se situaba en cabeza en cuanto al peso de la economía sumergida, con un 30% sobre su PNB, mientras que España, Italia, Portugal y Bélgica la seguían con un 22% (*El País*, Economía, 6-8-2001).

amplia aceptación de la presencia de inmigrantes ilegales, incluso entre aquellos grupos sociales que no obtienen ningún beneficio con esa presencia. Al contrario de lo que sucede en Suiza, Alemania, Dinamarca o Finlandia, donde una buena parte de la población considera un deber cívico denunciar a las autoridades la presencia como vecinos de inmigrantes ilegales, en Europa del Sur las denuncias no se producen, excepto en algunos casos de explotación sexual o de condiciones de trabajo extremadamente adversas (Guild y Minderhoud, en prensa).

Por otra parte, la recurrencia al uso de las regularizaciones extraordinarias, tanto en Italia como en España, y la extrema lentitud de los trámites administrativos que el inmigrante debe realizar para conseguir o mantener en regla "los papeles" tiene, entre otros efectos, el de difuminar la frontera entre la legalidad y la ilegalidad; de tal modo que, a los ojos de muchos, la ilegalidad es sólo una estancia previa en el camino hacia la legalidad y, a veces, un espacio de tiempo entre diferentes estancias legales. Los inmigrantes ilegales encuentran así un clima social de acogida que resulta en España o Italia mucho más propicio que en el centro y norte de Europa, y ello al margen de que las actitudes de la población hacia los inmigrantes sean más o menos positivas. Es decir, incluso allí donde la presencia de la inmigración provoca rechazo entre la población autóctona, ésta no acude a la vía policial o administrativa para denunciar la situación ilegal de los inmigrantes "sin papeles".

CUADRO 2

PORCENTAJE DE LA ECONOMÍA OCULTA SOBRE EL TOTAL DEL PNB* (2003)

Austria	10,9
Bélgica	21,0
Dinamarca	17,3
Finlandia	17,4
Francia	14,5
Alemania	16,8
Grecia	28,2
Irlanda	15,3
Italia	25,7
Holanda	12,6
Noruega	18,4
Portugal	21,9
España	22,0
Suecia	18,3
Suiza	9,4
Reino Unido	12,2

Fuente: Schneider (2004). El tamaño de la economía oculta se ha estimado por el autor utilizando diferentes indicadores referidos al volumen de moneda circulante, el mercado de trabajo y el mercado de bienes de producción.

3. LA ATRACCIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

Como ya se ha dicho, los datos ofrecidos por Eurostat –los únicos que, pese a todas sus limitaciones, nos permiten una comparación amplia– señalan a España como el principal receptor de inmigrantes en Europa. De acuerdo con ellos, en cuatro años, de 2000 a 2003, España habría recibido al 48% del total de inmigrantes que se establecieron en la UE (2.194.700 sobre 4.600.700), pese a que la población española en el año 2000 representaba únicamente el 11% de la total de los estados miembros de la UE. Aunque con casi completa seguridad la cifra real de inmigrantes establecidos en Europa en esas fechas es más alta, puesto que las cifras no recogen a los inmigrantes ilegales (y por tanto el porcentaje español es menor), estos datos parecen indicar, en cualquier caso, una fortísima atracción de la inmigración hacia España. La población extranjera en nuestro territorio ha pasado de representar un pequeño 0,9% en 1992 al 9% en julio del 2005 (10% si se toma como referencia a los nacidos en el extranjero) o, en términos absolutos, de 402.350 en 1992 a 4.355.300 en el 2005.

¿Qué ofrece España a los inmigrantes? En primer lugar, trabajo; sobre todo, ese tipo de trabajo que es rechazado por la población autóctona, cada vez con mayores niveles educativos y, por tanto, con mayores expectativas de ingresos y prestigio social (Garrido, 2005). Los inmigrantes, concentrados en edades jóvenes y activas, representan ya el 9,4% de los cotizantes a la seguridad social. Estos son obviamente inmigrantes legales, pero ya antes del proceso de regularización o normalización del año 2005 España contaba con alrededor de un millón de inmigrantes ilegales que, en su inmensa mayoría, trabajaban sin disponer de la documentación necesaria para hacerlo. Esta alta ocupación laboral de los inmigrantes ilegales se deduce de dos indicadores: la escasez de los servicios de asistencia social españoles para atender casos de pobreza extrema –comedores sociales o albergues–, lo que impide a la mayoría de los inmigrantes sobrevivir utilizando ese medio, y el alto número de solicitudes de normalización presentadas en el proceso extraordinario abierto entre febrero y mayo de 2005 (en total, 690.679), que exigía presentar un contrato de trabajo⁷.

⁷ Datos disponibles en la página web del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (www.mtas.es).

La demanda de trabajo es, sin duda, el principal elemento de atracción de la inmigración a España, pero a éste hay que añadir varios otros factores institucionales y sociales. Un primer factor puede identificarse en las expectativas de nueva regularización creadas por regularizaciones anteriores, todas ellas presentadas por los diferentes gobiernos en el debate público como “la última”. Hay que recordar que, dado el cierre de vías legales para inmigrar a España después de la regularización del año 2001, prácticamente la totalidad de los inmigrantes que llegaron en los años 2002 y siguientes lo hicieron de forma ilegal (o entrando con un documento legal, como visado de turista o estudiante, para permanecer después de expirado éste).

Otro factor reside en la concesión a los inmigrantes ilegales del derecho a la utilización de la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles, con la única condición de estar empadronados. Esta concesión, establecida en la Ley de Extranjería del año 2000 y no modificada en las posteriores reformas sufridas por ésta, es relativamente excepcional en el ámbito europeo⁸, donde se tiende a restringir para los inmigrantes ilegales el uso del sistema público de salud a los casos de urgencias, mientras que la asistencia sanitaria no urgente queda a menudo en manos de ONG, servicios médicos específicos o entidades locales, y es, por tanto, muy inferior en prestaciones a los sistemas públicos nacionales⁹. No existen datos estadísticos publicados sobre el uso por parte de extranjeros de los servicios de salud españoles, pero cualquier visita a un hospital en alguna de las ciudades o pueblos españoles en que se concentra la inmigración permite comprobar la notoria presencia de inmigrantes. Por otra parte, son las comunidades autónomas con mayor concentración de inmigrantes las que han visto crecer más el déficit de sus presupuestos sanitarios¹⁰.

⁸ Francia concede a los inmigrantes ilegales derechos sanitarios similares a los accesibles en España, aunque algo más limitados, ya que se les exige una estancia previa mínima de tres meses (Moreno, 2004). En la actualidad existen presiones políticas para restringir esos derechos.

⁹ PICUM (Platform for International Cooperation with Undocumented Migrants) proporciona datos al respecto (www.picum.org).

¹⁰ De acuerdo con los datos recopilados por el Grupo de Trabajo sobre el Gasto Sanitario (formado por representantes de los ministerios de Economía y de Sanidad, y de gobiernos de las comunidades autónomas), el mayor aumento de gasto sanitario se ha producido en las comunidades en las que más ha crecido la población inmigrante, es decir, Melilla –cuyo sistema hospitalario atiende a buena parte de la provincia marroquí de Nador–, Baleares, Murcia, Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y La Rioja.

Como tercer factor cabe señalar que los inmigrantes encuentran en España un ambiente social de aceptación de su presencia, un clima que hasta ahora ha sido notoriamente menos xenófobo que el que se experimenta en otros países europeos. Esta diferencia era muy apreciable en las encuestas internacionales de finales de los años noventa y primeros de este decenio y, aunque se ha reducido en los tres últimos años, sigue existiendo¹¹.

4. LOS ATRACTIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA SEGÚN LOS INMIGRANTES

De las entrevistas realizadas a los inmigrantes se deduce, en primer lugar, y como resultado destacado, una opinión general positiva y de satisfacción con su experiencia en España. Prácticamente todos ellos manifestaron que estaban contentos con su elección, que España había respondido a lo que esperaban de ella, que habían encontrado lo que buscaban al venir y que deseaban quedarse. Ciertamente, percibían la sombra de actitudes racistas hacia ellos, especialmente entre las personas mayores, así como la escasa disposición de los españoles a “socializar” y la frialdad en el trato, pero semejante argumento aparecía en su conversación como un dato de menor importancia frente al de la oferta de trabajo y de servicios públicos. Este resultado es congruente con los que arrojan las encuestas a inmigrantes realizadas por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA) o por la empresa ASEP a varias muestras de inmigrantes en España¹². Recordemos, no obstante, que los entrevistados de las investigaciones que aquí se refieren residían ya en España desde hacía más de dos años, un tiempo

Al parecer, la exigencia del empadronamiento para obtener la cartilla o tarjeta sanitaria, que, a su vez, da paso al sistema nacional de salud, provoca a menudo empadronamientos de personas extranjeras que visitan España únicamente para someterse a una prueba diagnóstica o a una operación que no se realiza o que es costosa en su país de origen. No existe, obviamente, evidencia estadística de este fenómeno, pero así lo constatan los investigadores que han intentado utilizar el Padrón para localizar y entrevistar a inmigrantes.

¹¹ Véanse los datos al respecto de la *Encuesta social europea (European social survey)*, del *Eurobarómetro*, o los recogidos por la *Encuesta mundial de valores* y presentados en España por Juan Díez Nicolás.

¹² Véanse el artículo de Sebastián Rinken en este mismo número de *Panorama Social* y el reciente libro de Juan Díez Nicolás (2005).

que les había permitido una cierta consolidación, tanto ocupacional como habitacional o familiar; por tanto, habían pasado ya la etapa más difícil de acomodación tras la llegada.

Esta valoración global positiva aparece mencionada de forma espontánea en las entrevistas en profundidad. Su primer componente es el trabajo –todos los entrevistados estaban ocupados, si bien la ocupación no constituía un requisito para la selección–, pero a lo largo de la conversación se desgranaban otros elementos que contribuyen a formar esa imagen positiva y que están, de un modo u otro, relacionados con la prestación de servicios y el estado del bienestar en España: la seguridad ciudadana, el servicio médico, el transporte público, la educación y la eficacia e imparcialidad de los servicios. A continuación se pasa revista a cada una de estas dimensiones.

La seguridad

Paradójicamente, cuando todas las encuestas muestran que la población española percibe una disminución de la seguridad pública, que ello es una de sus principales causas de preocupación y que, en buena medida, se culpa a los extranjeros del aumento de la inseguridad, los inmigrantes señalan la seguridad pública como uno de los mejores activos de la sociedad española¹³. Esta valoración destaca especialmente en el caso de los colombianos, cuyo país está sometido a altos niveles de delincuencia y a la violencia de grupos guerrilleros, paramilitares y narcotraficantes. Pero la violencia y las muertes violentas son en cualquiera de los países de los que España recibe más inmigrantes una realidad mucho más frecuente que en el nuestro. Según cálculos propios a partir de los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en España sólo el 0,1% de las muertes se deben a homicidios o asesinatos, mientras que en Colombia tienen ese origen el 14% de los fallecimientos, el 4% en Ecuador, el 2% en la República Dominicana y el 0,5% en Perú y Rumanía (la OMS no ofrece datos sobre Marruecos). Es decir, incluso en el caso de los dos últimos países referidos, su porcentaje quintuplica al español. A la pregunta sobre qué es lo que más le llamó la atención de la vida de los españoles cuando llegó a

¹³ Véanse los barómetros de opinión del CIS de los últimos años, donde la “seguridad ciudadana” aparece mencionada sistemáticamente como uno de los cuatro o cinco principales problemas.

España, un inmigrante colombiano respondía de este modo:

Lo que más me llamó la atención de España fue la tranquilidad y la seguridad que se vive; (...) incluso por eso se vienen muchos colombianos para acá (...). Cuando llegué aquí, me pareció muy buena la forma de vivir, muy tranquila, me gustó mucho. España me gustó, es un país muy tranquilo, en comparación con el país de Colombia, que es un país tensionante. Vivimos tensionados allá; allá roban mucho y eso; y al fin, la gente sin trabajo lo que hace es comerciar robando, que al fin y al cabo, no tienen trabajo y van a robar. Por otro lado, la cuestión de delincuencia común, eso se va sumando... (...). Entonces no hay comparación ..., yo siempre le he dicho, le digo a la gente, “esto aquí es un paraíso en comparación con Colombia” (Varón colombiano, 46 años, Usera, Madrid).

La seguridad no se traduce únicamente en tasas mucho menores de criminalidad, sino también en una sensación de confianza hacia los desconocidos que se encuentran en la calle, el transporte público, los bares, etc., y que se convierte en una impresión de tranquilidad relajante en comparación con la tensión de la calle en el país de origen. Además, los inmigrantes señalan que ellos son los primeros perjudicados por los actos que cometen unos pocos extranjeros en España, es decir, por esa delincuencia que afecta a la imagen de todos los demás. Varios de los entrevistados, de diversas procedencias, insistieron en su interés por que los cuerpos de seguridad españoles sean más eficaces en su lucha contra los delincuentes, independientemente de su nacionalidad. Como manifiesta uno de los marroquíes entrevistados:

...creo que la solución está en manos del poder judicial y del gobierno. A la persona que no se comporta, lo lógico es que se la castigue, que sea un ejemplo para los demás y que no se tome con esta ligereza; y esto tanto para los nacionales como los no nacionales, y esto nos afecta más a nosotros, porque el peso de la información cae sobre el que es ajeno. A lo mejor, a un nacional la sociedad le perdonaría, amparándose en cualquier fenómeno social. Marginación, drogas, le buscan miles de pretextos para que tenga otras vías ¡De esto se tienen que beneficiar tanto los nacionales como los no nacionales! Y no se tiene que enfocar la cámara sobre la inmigración... (Varón marroquí, 42 años, Mataró, Barcelona).

Por otra parte, en contra de lo que podría esperarse a raíz de las denuncias de algunas ONG, como SOS Racismo, sobre el aumento de la violencia xenófoba en España, ante una pregunta direc-

ta sobre este tema todos los inmigrantes entrevistados contestaron que no temían actos de violencia contra ellos.

Los servicios públicos

De las entrevistas a los inmigrantes se deduce una evaluación muy positiva de los servicios públicos españoles y del estado del bienestar. Esta valoración no se refiere sólo a las prestaciones que reciben de ellos, sino a su eficacia y a su funcionamiento basado en la imparcialidad y la igualdad de derechos entre los que acuden a ellos, sean ricos o pobres, autóctonos o inmigrantes. Esta imparcialidad queda simbolizada en el respeto a las colas de espera, algo que implica una actitud de imparcialidad no sólo por parte del que presta el servicio, sino también por parte de los que esperan. Como dice un marroquí:

Ahí se nota mucho, se nota mucho eso que te digo, cuando vas a comprar, o cuando vas en el metro o el autobús, la gente hace cola y, además, nadie se la salta, se hace cola bien.

Entrevistador: ¿Qué se nota mucho?

Lo que te digo de la democracia, que aquí no es como allí, que si viene un militar pasa primero (Varón marroquí, Usera, Madrid).

Los servicios que suscitan más aprecio por parte de los inmigrantes son la sanidad, la educación, el transporte público y los servicios sociales destinados específicamente a ellos. La sanidad es, de todos estos, el servicio cuya gratuidad y funcionamiento provocan mayor entusiasmo, especialmente entre los iberoamericanos. En la mayoría de los países iberoamericanos de donde procede el grueso de los inmigrantes hoy residentes en España, los servicios públicos de salud son muy deficientes, cuando no inexistentes en algunas zonas rurales. En Marruecos, por otra parte, la sanidad pública sólo atiende a una pequeña parte de la población. Algunas citas de las entrevistas realizadas ponen esta cuestión de manifiesto:

Mira, por lo menos en la cuestión médica, aquí la cuestión médica me parece fenomenal; pues primero porque aquí uno se accidenta, cualquier cosa, lo llevan al médico. Uno no tiene que dar dinero, lo atienden como atienden a un español. Sí me entiende, porque pues en mi país, en Colombia, si usted se accidenta y no tienes dinero, te queda la pierna rota como la tienes o tiene que irse a un hospital, que (...) es de lo peor, ¿me entiendes?

Y no te atienden bien; te atienden, por así decir, a gaspatadas (Mujer colombiana, 46 años, Villalba, Madrid).

Porque por lo menos mi mujer llegó y el día que llegó, a los dos días o por ahí, al médico. Le derivaron para ecografías; en Colombia, por una ecografía cobran un dineral, aquí, absolutamente nada. Tras de eso, luego, tarjeta sanitaria. Quién iba a pensar que, de un momento a otro, tarjeta sanitaria gratis. Yo muy contento. Luego, el parto. No le cobran absolutamente nada, pero nada, nada, por el parto. Antes le regalaron unas cositas a la bebé, que no sé, es algo muy bueno, pero muy bueno. En Colombia, me hubiera costado horribles cantidades. Por eso hay algunas mujeres que todavía tienen los bebés en casa, con una partera del barrio.

Entrevistador: ¿Y en cuanto a la relación personal con el personal del hospital?

Muy buena. Precisamente era una señora colombiana la enfermera, y pues era una chica española joven la que estaba recibiendo al bebé, la doctora. Y no sé, muy bien, el trato muy bueno. Iban a todo momento a mirar cómo estaba ella. También pasaba el médico y la revisaba. O sea era un muy buen trato, muy buen trato. Muy buena comida. O sea, un trato pero genial. Pero genial, genial. Mi mujer salió contenta, porque el próximo bebé que tuviera tendría que venir a tenerlo aquí, porque dice que en Colombia no lo quiere tener (se ríe) (Varón colombiano, 19 años, Ciudad Lineal, Madrid).

No, es que nosotros, si queremos un especialista (médico), por ejemplo, lo tenemos en privado, hay que pagarlo. No es como aquí. (...) Con los médicos, nunca he oído una queja de que éste trata a los españoles mejor que a los inmigrantes, eso va muy bien. Funciona muy bien, que lo tratan igual. Si llevas un niño en urgencias, si es marroquí o si no; si tú te toca, te toca, no tienes que esperar más si es inmigrante a que pase el otro, no. Eso no pasa. Nunca (...) lo he visto. Cuando mi hija se puso mala, si tengo el turno, entonces yo puedo pasar. Si yo tengo el volante de urgencias y estoy antes que una española, yo puedo pasar antes que ella. Eso funciona muy bien. Nunca (...) he tenido ningún problema en el centro (Mujer marroquí, 29 años, Villalba, Madrid).

En cuanto a la educación, los inmigrantes aprecian mucho la función de la oferta educativa pública en su bienestar, en su integración laboral actual y en las posibilidades de sus hijos en el futuro, no sólo ocupacionales sino culturales y de integración social. La educación infantil (3 a 5 años) y primaria (6 a 11) gratuita, a la que tienen acceso los hijos de los inmigrantes legales o ilegales, a lo que se une el acceso a las guarderías públicas, per-

mite la ocupación laboral de los progenitores y el establecimiento de redes de amistad con autóctonos a través de los niños, y representa para muchos inmigrantes, especialmente para los decididos a permanecer en España, una perspectiva de progreso para sus hijos. Incluso para los iberoamericanos que planean un retorno a sus países de origen, la formación de sus hijos aquí se presenta como una oportunidad de mejorar sus expectativas profesionales allí. Por todo ello, la educación en España de los hijos se convierte en una de las razones que justifican el sacrificio realizado al emigrar.

Entrevistador: Y ¿qué opinas de la educación aquí en España?

Me parece muy buena. Porque trata, no sé, como de que todas las personas estudien y que salgan especializadas en algo. Que eso me parece muy bueno. Luego, bueno, ya el que quiera estudiar una carrera, pues ya es otra cosa, ¿no? Pero tratan que en el estudio del bachillerato salgan especializados con algún oficio, netamente. Construcción, jardinería, muchas cosas. Que luego les puede servir. Entonces me parece muy bueno (Varón colombiano, 19 años, Ciudad Lineal, Madrid).

No va a tener ningún futuro [un joven en Rumanía]. Puede, dentro de 10, 15 años, para tener algo, pero... para estudiar, sí, en el colegio de estado puede estudiar, pero no le enseña nadie. Tienes que irte a la profesora después de clase para ir a pagarla para enseñar. Te vas a un colegio privado, pero tampoco lo puedes pagar (Mujer rumana, 40 años, Usera, Madrid).

Y hubo mucha gente que estudió acá, y tienen cargo alto allá, sabes. Hizo acá su tesis, o bueno no sé que hizo acá, y fue allá, pasó la hoja de vida [currículum] y la recibieron de buena. Allí en mi país fue cuando yo noté eso, que el estudio acá es muy bueno. Es genial pues, ¿me entiende? (Mujer colombiana, 46 años, Villalba, Madrid).

Sin embargo, a pesar de la estima generalizada de los inmigrantes al sistema educativo español, los iberoamericanos y marroquíes lamentan la falta de autoridad que se aprecia en sus instituciones y que representa una suerte de correlato de la falta de autoridad que perciben en la familia española.

... aunque la educación, en ciertos modos, es un poquito cuestionable... De pronto la relación con los compañeritos, algo que me choca..., me choca la actitud de los adolescentes con sus padres o con sus mayores. En nuestros países es distinta la relación que

tenemos con nuestros superiores, con nuestros maestros, nuestros padres; es más de respeto, no te atreves a decir malas palabras... Habrá excepciones pero, por lo general, no (Mujer ecuatoriana, 34 años, Ciudad Lineal, Madrid).

Ese control, por ejemplo, el instituto no es una cárcel, pero tendría que haber más control. Porque en el instituto no puedes dejar que estén las puertas abiertas, que un chico que termina las clases pueda salir de allí. No, eso es un colegio, y un colegio tiene un horario. Después de que salga del colegio, puedes hacer lo que te dé la gana, o lo que te permitan tus padres; lo que no puedes hacer es estar dentro del instituto y salir y entrar a la hora que te dé la gana. En mi vida he visto yo el fumar un cigarro dentro de un instituto, en mi país. Ni los profesores, ¿eh? Tenían que irse a una sala especial... Pero el que fuma un cigarro, o [bebe] una coca-cola: a la cafetería. Dentro de la cafetería tenían su zona de fumadores, zona de no fumadores, y ahí podían tomar su café... Alcohol no se podía vender dentro, claro. Y eso. Pero aquí (...) tenía que llevarse un poco más de control. (Varón peruano, 36 años, Villalba).

Los servicios sociales dedicados específicamente a los inmigrantes, o que en los últimos años han pasado a atenderles básicamente a ellos, resultan asimismo muy bien valorados por los entrevistados. Estos servicios cumplen una función informativa y orientadora que es vital para el recién llegado, y ofrecen después ayuda y formación de utilidad. Por otra parte, los inmigrantes que llevan aquí más tiempo aprecian un cambio positivo en la calidad y cantidad de servicios que se ofrecen a los inmigrantes. Es curioso que, al hablar de esos servicios, los inmigrantes asimilen ONG y administraciones públicas.

Yo llevo cinco años aquí. Yo tenía estudios, y no tenía a nadie que me informe de qué cursos hay, qué tengo que hacer. No tenía nada. Entonces tenía que buscarme la vida. Hasta para aprender la enseñanza de castellano, tenía que buscar dónde puedo encontrar una academia privada. No sabía que hay cursos que se dan gratuitos. Entonces, ahora hay más información, (...) la gente sabe dónde puede acceder para un curso, para aprender, hay talleres. Hay muchas cosas, hay muchas cosas ahora (Mujer marroquí, 29 años, Villalba, Madrid).

(...) hay un par de ONG que trabajan, que por lo menos aquí dan clases de catalán, tienen bolsas de empleo, ayudan a conseguir habitaciones...

Entrevistador: ¿Sólo a colombianos?

No para todos, en general. Y muy bien, todo gratis...

Entrevistador: ¿Y los colombianos acceden bien a este tipo de cosas?

Sí, pero generalmente lo hacen por la bolsa de trabajo, y uno que otro van a clases de catalán, especialmente los que tienen hijos estudiando aquí, para ayudarles con los deberes... (Varón colombiano, 26 años, El Raval, Barcelona).

...desde las entidades oficiales del país creo que se han hecho pasos gigantescos. Quince años atrás no tanto: cada uno tenía que apañarse, pero actualmente hay esta iniciativa para que el inmigrante conozca el idioma, y sepa cosas sobre lo que es el país, el ambiente y la cultura en general, y esto el inmigrante lo recibe muy bien, de corazón abierto. Tenemos muchos amigos que se han metido en escuelas, ONG, Cruz Roja, entidades y asociaciones. También muchos hacen formación profesional, cosa que antes no existía, pero ahora, al ser ciudadanos de este país ... (Varón marroquí, 40 años, El Raval).

El transporte público es otro de los elementos cuya calidad y bajo precio, en términos comparativos con otros países europeos, constituye un factor importante de atracción hacia las grandes ciudades españolas. Muchos de los inmigrantes iberoamericanos provienen de grandes ciudades, pero en ellas el transporte público resulta generalmente deficiente. Ese transporte público es el que permite a los inmigrantes de bajos ingresos habitar en los barrios de mayor oferta en vivienda barata y desplazarse hasta los barrios donde encuentran trabajo. Sin el transporte público, la ciudad, o el área metropolitana, no sería una unidad habitable, sino una yuxtaposición de barrios aislados. La gran mayoría de los inmigrantes, en sus primeros años de estancia en España, carecen de automóvil, y por ello el transporte público es una necesidad vital.

Entrevistador: Y ¿qué es lo que más te gusta de Villalba?

La tranquilidad, sobre todo. Es un pueblo...; y también eso de los transportes... Como tenemos aquí tren, los autobuses, en media hora, más o menos, estás en Madrid; haces tus cosas y puedes estar aquí en Villalba. Eso también es cómodo (Mujer marroquí, 29 años, Villalba, Madrid).

Entrevistador: ¿Y allí [en Colombia] no hay metro?

No, ni tampoco autobuses como aquí. Allí son como cuatro, cinco empresas de autobuses. Pero viejísimos, viejísimos. Y otros que son muy novedosos, muy novedosos, que son marcas americanas y japonesas. Pero la mayoría son viejos. Hacen unos ruidos horribles, van compitiendo entre ellos. No es como aquí, que la ruta 48 hace su ruta, no. Allí la ruta uno,

la dos, y la tres. Y pues cada persona tiene un autobús. O sea, digamos cada autobús tiene su dueño. Y pasa uno, que hace la ruta tres. Y viene la otra tres atrás, y comienzan: "fuuuum, fuuuuum". A ver quién recoge más pasajeros. Y les timbra uno, y le paran como a los diez minutos de uno haber timbrado. (...) Entonces, no sé, la organización nuestra no es como aquí. Aquí tiene muy buena organización, muy buena organización (Varón colombiano, 30 años, Ciudad Lineal, Madrid).

Yo, teniendo el abono de transportes, me manejo muy bien. Y aquí, Villalba está muy comunicada, es como un centro de transportes, porque hay tren y hay autobús, que van a Madrid cada diez minutos... Hombre, lo que le falta es el metro, nada más... (Varón ecuatoriano, 38 años, Villalba, Madrid).

5. CONCLUSIÓN

España ofrece a los inmigrantes —legales o ilegales— trabajo, asistencia médica gratuita y de calidad, educación, seguridad física, transporte público barato, servicios públicos que operan sobre la base de la imparcialidad y la no discriminación, un ambiente de tolerancia con la inmigración ilegal, expectativas de futuras regularizaciones y un clima de escasa xenofobia en comparación con los posibles destinos alternativos. Sin duda, existen también sombras —la principal es la dificultad para adquirir o alquilar una vivienda, algo que resulta más fácil en otros países europeos con mayor mercado de vivienda en alquiler y precios más bajos—, pero, en conjunto, estas sombras parecen pesar mucho menos que las luces. Parece, en cualquier caso, claro que el conjunto arroja un saldo global satisfactorio.

Indudablemente, la satisfacción y la evaluación positiva de la experiencia vivida no pueden interpretarse automáticamente como factores de atracción de nuevos inmigrantes. No sabemos hasta qué punto los elementos que los inmigrantes señalan como positivos en la sociedad española influyeron en su decisión anterior de viajar a España. Pero es conocida la importancia de las redes sociales en los movimientos migratorios, lo que implica, entre otras cosas, que la decisión de emigrar se toma a partir del conocimiento de las experiencias previas de paisanos parientes, amigos y allegados en el país de destino. Es decir, aunque los elementos recogidos aquí no tuvieran un peso sustancial en la decisión de emigrar a España de los que ahora residen en ella, su evaluación positiva de

esta experiencia se transmite al país de origen y se convierte así en un factor de atracción.

Tampoco sabemos cuántos inmigrantes han renunciado a su proyecto en España y han retornado a su país o lo han intentado en otro. Las fuentes estadísticas no permiten conocer este dato ni realizar estimaciones fiables. Los únicos datos con que contamos provienen de la Organización Internacional para las Migraciones, que gestiona con el gobierno español un programa para facilitar el retorno voluntario de inmigrantes. Este programa les proporciona el billete de avión más 450 euros por persona: desde que se inició el programa en 2003 hasta octubre de 2005, sólo 700 inmigrantes se habían acogido a él. Este dato también puede interpretarse como un indicador de la satisfacción general y las expectativas favorables que, de acuerdo con la información que proporcionan las entrevistas a inmigrantes residentes en España, marcan la experiencia de la mayoría de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

BALDWIN-EDWARDS, M. y J. Arango (1999), *Immigrants and the Informal Economy in Southern Europe*, Londres, Routledge.

DÍEZ NICOLÁS, J. (2005), *Las dos caras de la inmigración*, Madrid, Observatorio Permanente de la Inmigración.

GARRIDO, L. (2004), "Para cuantificar a los extranjeros", *Economistas*, 99: 28-37.

– (2005), "La inmigración en España", en GONZÁLEZ, J. J. y M. REQUENA (eds.), *Tres décadas de cambio social en España*, Madrid, Alianza Editorial.

GONZÁLEZ ENRÍQUEZ, C. (en prensa), "The fight against illegal immigration, smuggling and trafficking in human beings in Spain. Ambiguities and rhetoric", en GUILD E. y P. MINDERHOUD (eds.).

GONZÁLEZ ENRÍQUEZ, C. y ÁLVAREZ-MIRANDA, B. (en prensa), *Inmigrantes en el barrio. Un estudio cualitativo de opinión pública*, Madrid, Observatorio Permanente de la Inmigración.

GUILD, E. y P. MINDERHOUD (eds.) (en prensa), *The Legal Measures and Social Consequences of Criminal Law in Member States on Trafficking and Smuggling in Human Beings*, Nueva York, Kluwer Law International.

MORENO, J. (2004), *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*, Madrid, Consejo Económico y Social.

RIBAS-MATEOS, N. (2004), "How can we understand immigration in Southern Europe?", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30, 6: 1045-1063.

SCHNEIDER, F. (2004), "The size of the shadow economies of 145 countries all over the World: First results over the period 1999 to 2003", *Institut zur Forschung der Arbeit*, DP No. 1431 (www.iza.org).

SIMON, G. (1987), *Geodynamique des migrations internationales dans le monde*, París, Presses Universitaires de France.

WERTH, M. y H. KÖRNER (1991), "Immigration of citizens from third countries into the southern member states of the EEC", *Social Europe*, suplemento 1/91, Bruselas.

La situación laboral de los inmigrantes: ¿una nueva paradoja de la satisfacción?

SEBASTIÁN RINKEN*

RESUMEN

En la búsqueda de mejores condiciones de vida, motor de la inmigración internacional, el empleo constituye el principal medio para los inmigrantes. En este artículo se comprueba hasta qué punto la notable satisfacción subjetiva de los inmigrantes residentes en Andalucía con sus condiciones laborales y su nivel de remuneración, respectivamente, responde a una situación objetiva. Si se define como "paradójica" una evaluación positiva de una situación notoriamente mejorable, resulta que, en el ámbito laboral, tal paradoja se observa en más de un 40% de los trabajadores inmigrantes. Cabe interpretar esta aparentemente paradójica satisfacción de los inmigrantes en virtud de sus expectativas de movilidad ocupacional ascendente. Ahora bien, éstas no sólo representan un aliciente para los inmigrantes que favorece su aceptación de buen grado de la situación laboral en la que se encuentran, sino también un reto estratégico para la sociedad de acogida.

te ampliación) u otros países altamente desarrollados se les suele llamar "extranjeros". Por poco lógica que pudiera resultar dicha convención semántica para los científicos sociales, no cabe duda de que existe una necesidad real de diferenciar entre dos tipos de inmigración bien distintos. Reduciendo dicha diferencia a su contenido tópico (y, por lo tanto, empíricamente dudoso en los no pocos casos que se desvían del estereotipo), se trata de la diferencia entre personas que llegan a España para disfrutar de un notable nivel de bienestar conseguido ya con anterioridad, por un lado, y personas que vienen a España fundamentalmente para mejorar su nivel de vida, por otro. Dicha diferencia puede verse simbolizada por los jubilados procedentes de otros países europeos y por los jóvenes trabajadores procedentes de África, Iberoamérica y Asia, respectivamente.

El uso corriente del término *inmigración* alude, por tanto, a la relación intrínseca de ésta con la búsqueda de un mayor nivel de bienestar material. Si bien es cierto que los motivos de la emigración desde países económicamente menos desarrollados son múltiples, incluyendo potencialmente aspectos personales y familiares irreducibles a las esferas laboral y económica, también lo es que el reciente auge de la inmigración dirigida a España tiene su motor fundamentalmente en el inferior nivel de vida en los países de origen, y su catalizador en la perspectiva de aumentarlo en el país de

1. INTRODUCCIÓN¹

Los medios de comunicación y el "sentido común" de muchos ciudadanos tienden a reservar el término *inmigrantes* a personas procedentes de países menos desarrollados, mientras que a aquellas personas que se han instalado en España procedentes de la Unión Europea (antes de su reciente

constar su agradecimiento a la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias (Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía) por haber encargado al IESA-CSIC y financiado (junto con el Fondo Social Europeo) la realización del proyecto de investigación en el que se basa este artículo, y del que fue coordinador.

* Doctor contratado (Programa Ramón y Cajal) en el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA-CSIC).

¹ La redacción de este artículo ha sido posible gracias al programa Ramón y Cajal, del que el autor es beneficiario desde el año 2001. Asimismo, el autor quiere hacer

acogida. Así, según una encuesta realizada por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA-CSIC) en la primavera de 2003, los tres principales motivos que citan los inmigrantes establecidos en Andalucía a la hora de explicar la emigración desde sus países son, por orden de frecuencia, el deseo de mejorar la calidad de vida (32%); la existencia de importantes "dificultades económicas o el deseo de mejorar la economía" (27%), y el desempleo (24%)². Es decir, factores que pertenecen, todos ellos, al ámbito sociolaboral y económico se colocan por delante de otros motivos como la reagrupación familiar, los estudios, la búsqueda de aventura, etcétera.

Estas observaciones introductorias permiten apreciar la destacada relevancia de la dimensión socioeconómica y sociolaboral no sólo para la génesis, sino también para la evolución futura del fenómeno migratorio en España; relevancia destacada frente a otras dimensiones que suelen acaparar gran parte del considerable interés social, mediático y académico suscitado por el fenómeno de la inmigración, como son las condiciones de admisión de los inmigrantes como ciudadanos con derechos políticos o las reglas de convivencia en una sociedad pluriétnica. En definitiva, si no se alcanzase una adecuada integración sociolaboral de los inmigrantes, todos los avances que pudieran conseguirse en años venideros en las dimensiones política y cultural resultarían a todas luces insuficientes para establecer unas pautas de convivencia satisfactorias.

La situación social de los inmigrantes asentados en España se ha convertido, a lo largo de los últimos años, en un ámbito de investigación importante. En este contexto, la metodología de encuestas emerge como herramienta de investigación potencialmente muy prometedora, dadas las limitaciones de las estadísticas oficiales. A pesar de las importantes dificultades para llevar a cabo este tipo de encuestas de forma rigurosa (Maya, 2001), en algunas comunidades autónomas disponemos ya de radiografías pormenorizadas de la situación social de los inmigrantes, y específicamente de su situación sociolaboral (Laparra, 2003; Rinken, 2004; Pérez Yruela y Rinken, 2005); existen además varias aproximaciones a escala nacional, entre las que cabe citar las de Aparicio (2004), Carrasco (1999) y el Colectivo IOÉ (por ejemplo, 1998).

² El enunciado de la pregunta era el siguiente: "¿Cuáles fueron los motivos u objetivos por los que dejó su país? Dígame hasta tres por orden de importancia" (Encuesta *Necesidades de la población inmigrante en Andalucía* [NEPIA]).

Ahora bien, mientras hemos avanzado algo en la medición de las condiciones de vida objetivas de los inmigrantes, poco sabemos de su evaluación subjetiva. Es decir, desconocemos casi por completo la relación entre las dimensiones objetiva y subjetiva de la calidad de vida de los inmigrantes. En absoluto se trata de un interrogante ocioso: el grado de satisfacción de los inmigrantes con su situación social no dejará de tener importantes implicaciones para las pautas de convivencia en la sociedad de acogida. Desde una perspectiva más amplia, cabe señalar que la relación entre las dimensiones objetiva y subjetiva de la calidad de vida, no ya de los inmigrantes, sino de la población en su conjunto, constituye un campo de investigación bien consolidado a escala nacional e internacional³.

Los conocimientos acumulados por esta línea de estudios (la *quality-of-life research*) apuntan a cierta independencia de la satisfacción subjetiva respecto de las condiciones de vida objetivas, quedando por tanto por determinar cuáles son los factores determinantes de aquélla. Por poner un ejemplo relativo al contexto geográfico específico en el que se centra este artículo, en el caso de Andalucía se ha observado una "paradoja de la satisfacción"; a saber, una tendencia marcada a declarar unos elevados niveles de satisfacción subjetiva por parte de segmentos de la población comparativamente poco favorecidos desde el punto de vista socioeconómico (Navarro Yáñez y Pérez Yruela, 2000; Pérez Yruela, 2002). Esta paradoja se ha atribuido, en el caso andaluz, a la doble expectativa de que el proceso de mejora de las condiciones socioeconómicas observado durante las últimas dos o tres décadas no sólo tendrá continuidad en el futuro, sino que además acabará favoreciendo también a aquellos segmentos de la población cuyos ingresos son, en la actualidad, inferiores a la media regional. En otras palabras, según esta explicación, muchos andaluces estarían atribuyendo al proceso de modernización de la sociedad andaluza una dinámica y una continuidad futuras, saboreando ya, por así decirlo, de manera anticipada los frutos de una evolución esperada.

¿Existe una "paradoja de la satisfacción" también entre los inmigrantes asentados en Andalucía? En este artículo me propongo dar una respuesta tentativa a esta pregunta. Por su relación especialmente estrecha con la búsqueda de un mayor nivel de bienestar material (al ser el empleo, como es obvio,

³ Para una primera orientación, de entre la abundante bibliografía, véanse Diener y Rantz, 2000; Glatzer y Zapf, 1984, y Michalos, 1985.

el principal medio para mejorar las condiciones de vida), me centraré en la situación laboral.

Se trata de un aspecto de vital importancia no sólo para la satisfacción de los inmigrantes con su experiencia migratoria, sino también para la calidad de la convivencia entre las poblaciones inmigrante y autóctona. Baste aludir al hecho de que los inmigrantes suelen desempeñar actividades laborales consideradas "indeseables" por parte de los autóctonos. Ahora bien, por mucho que este hecho goce de reconocimiento generalizado, incluyendo hasta su inclusión en discursos de pedagogía política sobre los efectos positivos de la inmigración, poca o nula atención se ha prestado a la pregunta de qué opinión les merece a los inmigrantes el desempeño de dichas actividades. Es decir, o bien no se ha caído en que podrían considerarlas igualmente indeseables o bien no se ha atribuido importancia al grado de satisfacción de los inmigrantes con su situación laboral (al suponer que su aceptación de ésta no precisa de una evaluación positiva, sino que radica en pura necesidad). Conviene tener en cuenta que tal olvido o desinterés tiene implicaciones poco alentadoras en cuanto a la imagen del inmigrante que predomina en la sociedad española. Es más, cabe pronosticar que, a medio plazo, la relación entre las dimensiones objetiva y subjetiva de la situación laboral de los inmigrantes adquirirá un papel primordial en la configuración de la propia sociedad de acogida en su conjunto, empezando por su grado de cohesión social.

Este artículo se estructura de la siguiente forma. En el apartado 2 presento la fuente de datos de la que extraigo la información cuantitativa de este artículo. A continuación ofrezco datos generales sobre la situación laboral de los inmigrantes en Andalucía (apartado 3), para posteriormente examinar las condiciones laborales de éstos (apartado 4) y su grado de satisfacción con el trabajo (apartado 5). El apartado 6 explora el impacto del nivel de remuneración sobre la satisfacción de los trabajadores. El artículo concluye con una discusión de los resultados (apartado 7).

2. LA ENCUESTA NEPIA COMO FUENTE DE DATOS

Los datos en los que se basa este artículo proceden del estudio *Necesidades de la población inmigrante en Andalucía* (NEPIA), realizado en 2002-2003, en el marco del Primer Plan Integral para la

Inmigración en Andalucía, por el IESA, por encargo de la Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía y con financiación del Fondo Social Europeo. El núcleo de dicho estudio consiste en una encuesta a 1.800 inmigrantes asentados en Andalucía. La encuesta se realizó en marzo y abril de 2003 con una serie de procedimientos metodológicos que maximizasen la representatividad de los resultados (Rinken, 2003). Se trata de una fuente con un elevado grado de validez en cuanto a la descripción fidedigna de las condiciones de vida de la población inmigrante.

Uno de esos procedimientos se refiere a la estratificación de la muestra (es decir, al número de entrevistas realizadas en determinados segmentos de la población estudiada). Se utilizó una estratificación cruzada por zona de procedencia del inmigrante (cinco categorías) y zona de asentamiento (cuatro categorías). En cada estrato se realizó el mismo número de entrevistas por categoría, con independencia de su peso proporcional, reconstituyendo éste a través de una ponderación posterior de los datos obtenidos. De esta manera, es posible establecer comparaciones con criterio de representatividad entre las distintas categorías de los estratos, a pesar del reducido peso relativo de algunas de ellas en relación con la población inmigrante en su conjunto.

La encuesta generó datos sobre un amplio abanico de aspectos temáticos, incluyendo el trayecto y proyecto migratorios, la situación residencial (vivienda y convivencia), la situación laboral (actual y pasada) y la situación financiera, por mencionar sólo algunos de los más importantes⁴. Mientras la mayor parte de los indicadores utilizados en la encuesta NEPIA se refieren a la situación objetiva, la dimensión subjetiva es también abordada en relación con los siguientes aspectos: la convivencia vecinal, las características del domicilio, el estado de salud, el trabajo y el dinero disponible. Asimismo, el cuestionario incluye preguntas sobre los motivos de la emigración (ya referidos arriba en el apartado introductorio), sobre los proyectos migratorios inicial y actual, y sobre la experiencia migratoria en su conjunto. Finalmente, como última pregunta, pedimos a los entrevistados replantearse -de manera obviamente ficticia- la decisión de emigrar.

Los cuadros 1, 2 y 3 ilustran algunas de las características más importantes de la muestra entrevistada.

⁴ Los principales resultados del estudio NEPIA están recogidos en Pérez Yruela y Rinken (2005).

CUADRO 1

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA NEPIA,
POR SEXO**

	Total	Varones	Mujeres
Edad media* (años)	32,4 ¹	32,52	32,27
Sin estudios (incl. analfabetas y primarios sin acabar) (%)	14	15	13
Estudios universitarios (tercer grado) (%)	28	28	27
Llegada a España anterior al año 2001 (%)	53	53,5	52,5
Llegada a España entre enero de 2001 y marzo de 2003 (%)	47	46,5	47,5
Recuento de casos no ponderados	1.797	1.044	753

* Nótese que nos referimos a la edad media de personas mayores de 15 años (16 años cumplidos era la edad mínima para participar en la encuesta).

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

CUADRO 2

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA NEPIA,
POR CONJUNTO GEOPOLÍTICO DE PROCEDENCIA**

	Total	<i>África Subsahariana</i>	Asia	Europa Este	Iberoamérica	<i>Magreb y Oriente Próximo</i>
Principales países de procedencia	Marruecos (32%)	Senegal (34%)	China (51%)	Rumania (41%)	Argentina (30%)	Marruecos (84%)
	Argentina (11%)	Nigeria (19%)	Pakistán (15%)	Rusia (17%)	Ecuador (27%)	Argelia (10%)
	Ecuador (10%)	Guinea Bissau (16%)	Filipinas (10%)	Ucrania (16%)	Colombia (26%)	
Tasa de masculinización (%)	56	78,0	57	47	45	67
Sin estudios (%)	14	28	10	1	2	29
Estudios universitarios (%)	28	15	20	36	36	20
Llegada entre enero de 2001 y marzo de 2003 (%)	47	44,5	22	63	60	34
Recuento de casos no ponderados	1.797	359,0	358	359	360	361
Peso ponderado en muestra total (%)	—	6	5	13	37	39

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

CUADRO 3

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA NEPIA,
POR ZONA SOCIOECONÓMICA DE ASENTAMIENTO**

	Total	Agricultura intensiva	Costa turística	Grandes ciudades	Rural interior
Proporción de todos los habitantes de Andalucía, según Padrón 2003 (%)	—	4	7	50	39
Tasa de masculinización (%)	56	62,5	54	54	54
Sin estudios (%)	14	25	8,4	9,5	20
Estudios universitarios (tercer grado) (%)	28	17	35	31	22,5
Procedencia Magreb y Oriente Próximo (%)	39	54	32	35	38
Procedencia Iberoamérica (%)	37	16	44	43	42
Procedencia Europa del Este (%)	13	19	13	8,5	14
Procedencia Asia (%)	5	0,5	8	7	4
Procedencia África Subsahariana (%)	6	10	2	7	3
Llegada entre enero 2001 y marzo 2003 (%)	47	47	41	49	53
Recuento de casos no ponderados	1.797	450	436	463	448
Peso ponderado en muestra total (%)	—	23	24,5	40	13

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

De los datos recogidos en los cuadros 1 a 3 cabe destacar especialmente el elevado nivel educativo (superior incluso al nivel de estudios de la población autóctona) de los inmigrantes procedentes de Europa del Este e Iberoamérica. Se trata precisamente de los dos conjuntos geopolíticos de procedencia que presentan una proporción muy elevada de llegadas durante los dos años anteriores a la realización de la encuesta. En general, es llamativo que casi la mitad de todos los inmigrantes asentados en Andalucía en la primavera de 2003 hubiese llegado a lo largo de los dos años anteriores.

Se observa asimismo una implantación diferencial por regiones de procedencia de los inmigrantes en las cuatro zonas socioeconómicas en las que hemos dividido Andalucía. De este modo, en relación con la población inmigrante asentada en toda Andalucía, los inmigrantes del continente africano (y en menor medida, los europeos del Este) están sobre-representados en zonas dedicadas fundamentalmente a la agricultura (intensiva o extensiva), mientras los iberoamericanos y los asiáticos se asientan principalmente en las grandes ciudades y en la costa turística. Finalmente, es interesante notar que las zonas de agricultura intensiva (esencialmente, el poniente almeriense) acogen a casi un cuarto de la población inmigrante asentada en

Andalucía, frente a sólo un 4% de la población andaluza en su conjunto.

La distribución por sexo varía fuertemente en función de la procedencia, destacando el África subsahariana y el Magreb por una elevada proporción de varones, frente a una ligera feminización de la inmigración procedente de Europa del Este e Iberoamérica.

3. EL EMPLEO INMIGRANTE: DATOS GENERALES

Los expertos en inmigración suelen destacar la concentración del empleo inmigrante en aquellos sectores de actividad y aquellas ocupaciones que, por la elevada temporalidad de sus formas de contratación y la precariedad de sus condiciones laborales, resultan poco atractivos para la población activa de procedencia autóctona, incluyendo aquella parte de ésta que se encontrase en el paro (Abad, 2002; Cachón, 2002; Hoggart y Mendoza, 1999; Izquierdo *et al.*, 2003). Respecto a estos argumentos, basados fundamentalmente en trabajos cualitativos y la explotación de las estadísticas oficiales,

el estudio NEPIA aporta el valor añadido propio de una encuesta con un elevado grado de representatividad. La situación laboral de los inmigrantes ha sido objeto, por su destacada relevancia, de uno de los apartados más extensos del cuestionario.

Según los datos de la encuesta, las tasas de actividad y de ocupación entre la población inmigrante son muy elevadas, alcanzando aproximadamente un 90 y un 70%, respectivamente, de todos los inmigrantes en edad laboral asentados en Andalucía (frente a tasas del 53 y 44%, respectivamente, en la población andaluza en su conjunto). A diferencia de la población autóctona, en la población inmigrante apenas se observan diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a su incorporación a la población activa. Los trabajadores inmigrantes son, en su gran mayoría, asalariados (79%), aunque la proporción de los que indican trabajar como empresarios o autónomos en absoluto es desdeñable (16,5%). El 45% de los inmigrantes empleados en febrero de 2003 no cotizaron a la seguridad social; esta proporción era superior entre las mujeres (52%) que entre los varones (40%). Para los inmigrantes asentados en Andalucía desde hace más de tres años (llegadas anteriores al año 2000), el porcentaje de cotizantes rondaba el 80%, mientras que la proporción de no cotizantes se incrementaba entre los recién llegados, superando el 80% entre los inmigrantes que llegaron durante el 2002.

Esta fuerte relación entre año de llegada y cotización está, a su vez, condicionada por una tercera variable, al ser la posesión de un permiso laboral un requisito indispensable para poder darse de alta en la seguridad social. Si de las situaciones "regulares", en cuanto a la gestión administrativa del permiso laboral, excluimos las solicitudes pendientes de resolución, en la primavera de 2003, alrededor del 58% de todos los inmigrantes empleados en Andalucía estaban en situación regular. De entre ellos, la proporción de personas que cotizaban a la seguridad social se situó en el 88%. Por tanto, podemos decir que la amplia mayoría de los inmigrantes poseedores de permiso laboral ejercía una actividad laboral con cotización a la seguridad social.

En febrero de 2003 los inmigrantes empleados en Andalucía estaban trabajando mayoritariamente en cinco sectores de actividad⁵: "producción agrícola" (21%), "hostelería" (20%), "hogares que

⁵ Con el término "sectores" me refiero aquí a las siguientes categorías de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE 93): "producción agrícola" (categoría

emplean personal doméstico" (14%), "comercio al por menor" (13%) y "construcción e instalación de inmuebles" (9%). Juntas, estas cinco categorías englobaban a casi el 80% del empleo inmigrante en Andalucía, mientras que el resto trabajaba en un conjunto de "otros" sectores de diversa índole. Por matizar este dato general, la inserción de las mujeres inmigrantes en los sectores de la construcción y la agricultura era nula o comparativamente escasa (con un 0 y 13%, respectivamente, frente al 15 y 25% de los varones), mientras que estaban fuertemente sobre-representadas en los hogares empleadores (un 30% de las mujeres, frente al 1,5% de los varones). Asimismo, se observa una elevada segmentación de la implantación laboral en función de la procedencia. Por poner un ejemplo, más de la mitad de los asiáticos estaban empleados en la hostelería, al tiempo que un 37% de los varones magrebíes y un 29% de los del África subsahariana se dedicaban a la producción agrícola.

El gráfico 1 representa la proporción de los mencionados cinco sectores de actividad, más todos los demás sectores como "otros", en cada una de las cuatro zonas de asentamiento.

Frente al predominio absoluto o relativo, respectivamente, de las actividades agrícolas en las zonas rurales (de agricultura intensiva y rurales del interior), en la "costa turística" destaca la fuerte inserción de los trabajadores inmigrantes en el sector de la hostelería. En cambio, en las "grandes ciudades", el conjunto de las actividades clasificadas como "otras" tiene un notable protagonismo.

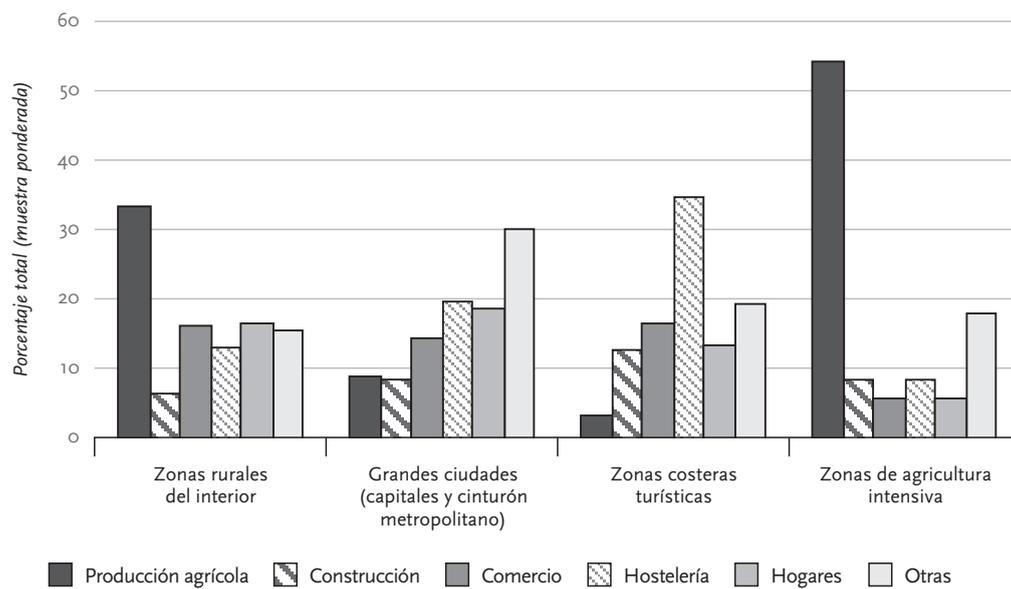
El sector de actividad en el que trabaje el o la inmigrante determina, en gran medida, su nivel ocupacional. El cuadro 4 presenta un cruce entre ambas variables (sector de actividad y nivel ocupacional). Para facilitar la lectura del cuadro, las casillas sin casos o con porcentajes inferiores al 0,5% se han dejado en blanco; los demás datos están redondeados. La modas (los valores más frecuentes) se han resaltado en negrita.

En el sector de la producción agrícola es muy llamativa la concentración casi exclusiva de los inmigrantes en ocupaciones no cualificadas (peones agrícolas), frente a su ausencia absoluta en ocupaciones de nivel directivo y casi absoluta en ocupaciones cualificadas. Un elevado peso de las

011), "construcción" (categorías 451 y 453), "comercio al por menor" (categorías 521-526), "hostelería" (categorías 551, 553 y 554) y "hogares empleadores" (categoría 950).

GRÁFICO 1

PRINCIPALES SECTORES DE ACTIVIDAD ECONÓMICA (CNAE), POBLACIÓN INMIGRANTE OCUPADA EN ÁNDALUCÍA EN FEBRERO DE 2003, POR ZONA SOCIOECONÓMICA DE ASENTAMIENTO



Pregunta: "¿A qué se dedica la empresa donde estaba empleado [en febrero de 2003]?"

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

ocupaciones no cualificadas se observa también en el sector de los hogares empleadores y, en medida bastante menor, en la construcción. En este último sector existe también un porcentaje considerable de inmigrantes que desempeñan trabajos manuales cualificados. En los sectores del comercio y la hostelería se observa un porcentaje comparativamente elevado de ocupaciones de tipo directivo. Con este matiz, la presencia de trabajadores inmigrantes en las categorías superiores de la pirámide ocupacional se concentra fundamentalmente en la agrupación de "otros sectores" de actividad económica, agrupación que incluye actividades de índole muy diversa (por ejemplo, la educación, la sanidad y los transportes) y en la que, en su conjunto, está empleada una quinta parte aproximadamente de los trabajadores de procedencia inmigrante. Como resultado de esta configuración del empleo inmigrante, en las zonas de agricultura intensiva dos tercios de los trabajadores inmigrantes tienen

un empleo no cualificado, proporción que es notablemente superior a la observada en las demás zonas de asentamiento (sobre todo, las de ámbito urbano y turístico, respectivamente, con valores alrededor del 40%).

4. LAS CONDICIONES LABORALES DE LOS TRABAJADORES INMIGRANTES

Para medir las condiciones laborales (excluyendo, de momento, la remuneración, que se examinará a continuación), el cuestionario NEPIA incluye una batería de cinco indicadores: 1) tener alto riesgo de accidentes o enfermedades; 2) disfrutar de descanso semanal, vacaciones y permisos; 3) cobrar puntualmente; 4) trabajar por la noche,

CUADRO 4

GRUPO DE OCUPACIÓN (CNO) POR SECTOR DE ACTIVIDAD, INMIGRANTES OCUPADOS EN ANDALUCÍA, FEBRERO DE 2003 (EN PORCENTAJE)

	Sector de actividad						Total*
	Producción agrícola	Construcción	Comercio	Hostelería	Hogar	Otros	
Grupo de ocupación (CNO) (% de columna)	1	0,5	19,5	12		3	6
	2	3		1		13	3,5
	3	1,5	4	1		12	3,5
	4		2,5	4		10	3,5
	5	1	43	61	24	13	24
	6	1				2	0,5
	7		38	2,5	0,5	14	7
	8	1	4	0,5	1,5	6	2
	9	97	53	28	20,5	27	50
		100	100	100	100	100	100
Recuento de casos no ponderados		291	120	186	281	151	218

Pregunta: "¿Cuál era su oficio o profesión en ese trabajo [el empleo principal]?"

* Se han excluido del cruce 45 casos de "no contesta" y 4 casos de "no sabe" referentes al sector de actividad, y por otra parte, 12 casos de "no contesta" en relación con el grupo de ocupación.

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA. Los números de filas se refieren al primer dígito de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO), interpretado aquí como indicación del nivel ocupacional: 1. Dirección de empresas y administraciones públicas; 2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales; 3. Técnicos y profesionales de apoyo; 4. Empleados de tipo administrativo; 5. Restauración, servicios personales, protección y vendedores de comercio; 6. Trabajadores cualificados en agricultura y pesca; 7. Artesanos, cualificados manufacturas, construcción y minería; 8. Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores; 9. Trabajadores no cualificados. En NEPIA no figura la décima categoría (Fuerzas Armadas).

y 5) trabajar los domingos u otros días festivos. Las opciones de respuesta para cada uno de estos indicadores son: a) habitualmente, b) ocasionalmente y c) nunca⁶. El cuadro 5 recoge los resultados relativos a los cinco sectores con más incidencia de ocupación inmigrante (prescindiendo en esta ocasión, por su naturaleza variada, de los "otros" sectores de actividad). El cuadro desglosa los datos en función de si el entrevistado cotiza o no a la seguridad social.

Frente a unas diferencias intrasectoriales en función de la variable "cotización" sorprendente-

⁶ Por si no fuera obvio, cabe señalar que, para los indicadores 2) y 3) se interpretan como favorables unos bajos niveles de respuestas "nunca" y unos altos niveles de respuestas "habitualmente", al revés que para los demás indicadores.

mente escasas, llaman la atención las abultadas diferencias intersectoriales. Se observa que, en cuanto a las condiciones laborales, cada sector de actividad tiene un marcado perfil propio. La producción agrícola y la construcción destacan por tener los mayores índices de graves riesgos laborales (viéndose hasta un tercio de los trabajadores inmigrantes expuestos habitualmente a un alto riesgo de enfermedad o accidente), mientras que el trabajo en horario nocturno, ausente en el sector de la construcción y muy minoritario en la producción agrícola, afecta habitualmente a aproximadamente la mitad de los ocupados en la hostelería y a aproximadamente un cuarto de los trabajadores en los hogares empleadores y el comercio, respectivamente. El trabajo en días festivos es habitual para alrededor de dos tercios de los ocupados en la hostelería y para algo más de un tercio de los ocupados en el comercio. Según sectores, el

CUADRO 5

CONDICIONES LABORALES HABITUALES DE LOS INMIGRANTES RESIDENTES EN ANDALUCÍA Y OCUPADOS EN FEBRERO DE 2003 EN CINCO SECTORES DESTACADOS, POR SECTOR DE ACTIVIDAD Y COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (SÍ/NO)

	Producción agrícola		Construcción		Comercio		Hostelería		Hogar	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. Riesgo enferm./acc. (%)	25	21	29	30	1,5	1	1	5	5	6,5
2. Descanso (%)	43	35,5	67	65	46	40	59	51	80	73,5
3. Cobro puntual (%)	67	83,5	84	62	75	81	91	77,5	87	87
4. Trabajo nocturno (%)	5	1	0	0	20,5	19	55	53,5	24,5	25,5
5. Trabajo festivos (%)	29,5	27	4	9	48	30	61	77,5	23	24

Pregunta: "En su empleo principal, ¿con qué frecuencia se dan las siguientes condiciones?"

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

disfrute de descanso semanal, vacaciones y permisos es habitual para entre el 40% (producción agrícola) y el 75% (hogares) de los trabajadores inmigrantes.

Sobre la base de estos indicadores puede construirse un indicador sintético de condiciones laborales adversas. Al considerar que el trabajo nocturno y en días festivos, respectivamente, constituye un agravio serio sólo si carece de compensación a través de los turnos de descanso correspondientes, definimos como "condiciones laborales especialmente adversas" la exposición a las variantes más perjudiciales ("nunca" o "habitualmente", según el caso) de cualquiera de los primeros tres indicadores recogidos en el cuadro 5, siendo una de ellas suficiente para clasificar la situación como "especialmente adversa". Definida así, la exposición a condiciones laborales especialmente negativas afecta a casi el 50% de los trabajadores inmigrantes del sector agrícola y a más del 40% de los empleados en la construcción, frente a proporciones alrededor del 25% en el comercio y en la agrupación de "otras" actividades, y valores en torno al 10% en la hostelería y los hogares empleadores, respectivamente. Si bien la inclusión de otras variables más (por ejemplo, la jornada laboral y, notablemente, la remuneración) podría cambiar sustancialmente estas proporciones, para los objetivos de este artículo resulta funcional trabajar con una definición restrictiva.

5. LA SATISFACCIÓN CON LA SITUACIÓN LABORAL

El cuadro 6 recoge la satisfacción laboral de los trabajadores inmigrantes en Andalucía por sector de actividad. En cada sector, la segunda columna (B) se refiere a aquellos trabajadores cuyas condiciones laborales están clasificadas, a tenor de la definición antes expuesta, como "especialmente adversas", mientras que la primera columna (A) se refiere a los empleados con condiciones laborales que, por lo menos en relación con los criterios de valoración reflejados en nuestra definición, no merecen dicha calificación. Para facilitar la lectura del cuadro, los porcentajes están redondeados.

Al ser muchos los datos recogidos en este cuadro, para captar su significado es oportuno proceder en cuatro pasos.

En primer lugar, comparando fila por fila las columnas (A) y (B) en los distintos sectores de actividad, se aprecia que, en la mayoría de los sectores, las proporciones de insatisfechos (filas 1 y 2) de entre aquellos trabajadores cuyas condiciones laborales se clasificaron como "especialmente adversas" (columna B) superan con creces a las de sus compañeros con condiciones laborales com-

CUADRO 6

SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE OCUPADA EN ANDALUCÍA EN FEBRERO DE 2003 CON SU TRABAJO, POR SECTOR DE ACTIVIDAD Y TIPOLOGÍA DE CONDICIONES LABORALES (EN PORCENTAJES)

	Prod. agrícola		Construc.		Comercio		Hostelería		Hogares		Otro		TOTAL	
	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
1	9	22	0	4	9	10	4	10	5	13	5	15	5	15
2	20	42	16	24	10	16	12	20	29	15	19	28	18	31
3	20	7	12	12	15	14	7	24	8	33	15	12	12	12
4	48	29	50	50	55	41	63	31	50	39	41	33	52	35
5	3	0	22	10	11	19	14	15	8	0	20	12	13	7
Recuento de casos (no pond.)	146	140	64	56	117	52	235	41	136	11	156	55	864	355

Pregunta: "Resumiendo, ¿cómo se siente respecto a este trabajo?". Los números de las filas se refieren a una escala de satisfacción de 1 = "muy a disgusto" a 5 = "muy a gusto" (a diferencia de las demás, la opción 3 = "ni a disgusto ni a gusto" no se leyó).

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

parativamente favorables (columna A). Asimismo, aunque con fuertes diferencias entre sectores en cuanto al grado, los trabajadores con condiciones laborales clasificadas como "especialmente adversas" dan valoraciones positivas o muy positivas (filas 4 y 5) en proporciones inferiores a las de otros trabajadores del mismo sector y que disfruten de unas condiciones laborales más favorables. Es decir, en muchos casos, como cabría esperar, una peor situación objetiva se corresponde con un menor grado de satisfacción.

En segundo lugar, sin embargo, es necesario resaltar que las mencionadas diferencias entre las columnas (A) y (B) son reducidas en los sectores de la construcción y del comercio, mientras que son importantes en los demás sectores (sobre todo, en la hostelería y la agricultura). Además, estos mismos sectores (construcción y comercio) son los únicos en obtener una evaluación positiva ("a gusto" o "muy a gusto") por parte de la mayoría de los trabajadores cuyas condiciones laborales se clasificaron como "adversas" (columna B). Tal vez en estos sectores existan mecanismos de compensación (económica, por ejemplo) de las malas condiciones laborales que contribuyen a una mayor satisfacción con el empleo.

En tercer lugar, pasando ahora a comparar los distintos sectores, es menester destacar las importantes diferencias intersectoriales en los niveles de satisfacción declarados. En este sentido, se puede resaltar especialmente la elevada proporción de insatisfechos en el sector agrícola, frente a una proporción sorprendentemente alta, en casi todos los demás sectores, de encuestados que declaran estar "a gusto" o hasta "muy a gusto" con su trabajo.

En cuarto lugar, centrándonos finalmente en el aspecto más relevante para las finalidades de este artículo (y resaltado en negrita en el cuadro 6), resulta que en la mayoría de los sectores de actividad existe una elevada proporción de "satisfechos" (filas 4 y 5) no sólo entre los trabajadores con condiciones laborales supuestamente aceptables (columna A), sino también entre aquellos cuyas condiciones laborales son manifiestamente malas (columna B). Con oscilaciones por sector de actividad de entre un 30% y un 60% en el conjunto de los trabajadores inmigrantes expuestos a condiciones laborales adversas, la proporción de "satisfechos" ronda el 40%. ¿Estamos, pues, ante una "paradoja de la satisfacción"? A continuación, exploraré si el nivel de remuneración puede expli-

car la satisfacción con una situación laboral caracterizada por unas condiciones de trabajo adversas.

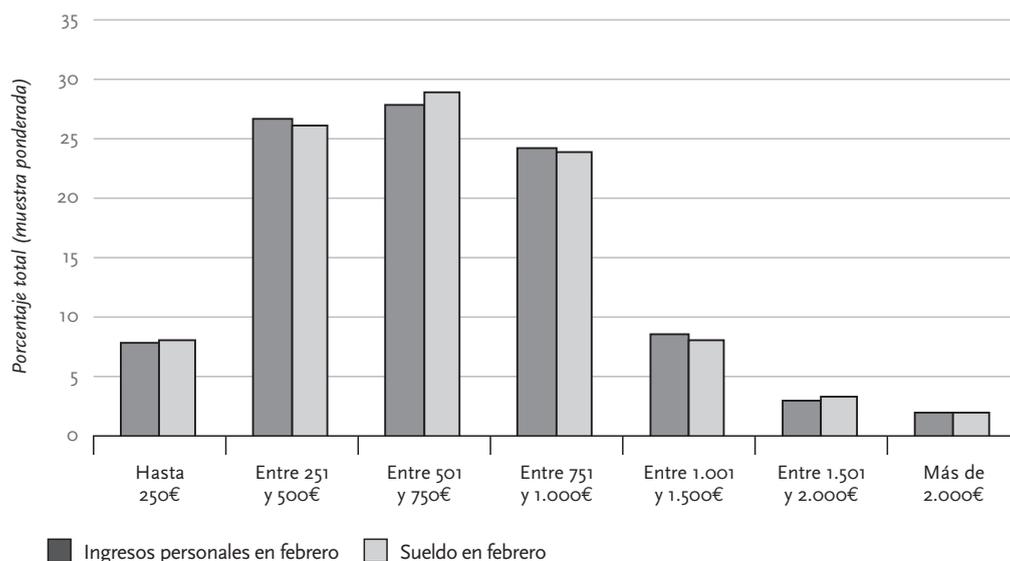
6. SITUACIÓN ECONÓMICA Y SATISFACCIÓN LABORAL

Para la amplia mayoría de los inmigrantes, la totalidad de sus ingresos procede de su actividad laboral y, más específicamente, de su empleo principal (si hubiera varios). El gráfico 2 refleja este hecho, indicando además la cuantía de dichos ingresos (el término "sueldo" se refiere a todo tipo de remuneración procedente del empleo principal, incluyendo las actividades empresariales o profesionales). Se observa que una amplia mayoría de los inmigrantes se ubican en los tres tramos que abarcan ingresos entre 251 y 500 euros, entre 501 y 750 euros y entre 751 y 1.000 euros, respectivamente.

Como información adicional, cabe señalar que las mujeres están sobre-representadas en el tramo de 251 hasta 500 euros, mientras que los varones lo están en los tramos superiores a los 750 euros. Esta situación es especialmente acusada entre los inmigrantes de Europa del Este, de Iberoamérica y del Magreb, y tiene su explicación no sólo en la desigual distribución de hombres y mujeres entre los distintos sectores de actividad, sino también en una menor remuneración de éstas en igualdad de sector y situación ante la seguridad social, como ilustra el cuadro 7. Al margen del notable impacto de la variable "cotización", es desconcertante observar que la variable sexo marca, en muchos sectores, unas diferencias abultadas en cuanto al nivel de remuneración. Especialmente en los sectores mejor pagados para los varones (comercio y hostelería), sobre todo si cotizan a la seguridad social, las mujeres se quedan muy lejos del nivel de remuneración medio alcanzado por aquéllos.

GRÁFICO 2

COMPARACIÓN ENTRE INGRESOS PERSONALES Y SUELDO, FEBRERO 2003



Preguntas: "Y en total, ¿cuántos euros ingresó durante el mes de febrero [de 2003]?", N = 1.312; En febrero [de 2003], ¿cuánto cobró por este trabajo?, N = 1.163).

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

CUADRO 7

REMUNERACIÓN MEDIA MENSUAL (EUROS) DE LOS INMIGRANTES RESIDENTES EN ANDALUCÍA OCUPADOS EN FEBRERO DE 2003 EN CINCO SECTORES DESTACADOS (EMPLEO PRINCIPAL), POR COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (SÍ/NO) Y SEXO

	Cotización		No cotización		Total	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Producción agrícola	590	602	508	488	539	549
Construcción	982	—	763	—	877	—
Comercio por menor	1.159	781	910	459	1.098	636
Hostelería	1.184	835	628	534	1072	733
Hogares empleadores	697	513	426	432	502	451
Total	995	708	620	462	833	573
Recuento de casos no ponderados	344	175	229	177	573	352

Pregunta: "En febrero [de 2003], ¿cuánto cobró por este trabajo?"

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

Sin embargo, para los objetivos de este artículo, el dato más relevante del cuadro 7 es el elevado grado de variación intersectorial. Resulta que los sectores con mejor remuneración media (hostelería, comercio y construcción, en este orden) son también los que agruparon, en el apartado anterior, a los mayores porcentajes de "satisfechos" con la situación laboral. Entonces, ¿hasta qué punto la satisfacción laboral está influida por el nivel de remuneración?

A primera vista, no parece que la satisfacción económica arrastre al alza la satisfacción laboral de los inmigrantes, al ser aquella, en términos generales, notablemente inferior a ésta. Mientras la mayoría de los trabajadores inmigrantes se encuentra "a gusto" o "muy a gusto" con su situación laboral, no ocurre lo mismo en lo que respecta al dinero de que disponen, pues en este caso los "insatisfechos", incluyendo a los "muy insatisfechos", engloban a la mayoría de los encuestados (concretamente, alcanzan el 56%, frente a un 8% de indecisos y un 35% de satisfechos). El gráfico 3 ilustra las proporciones de insatisfechos con su situación laboral y económica, respectivamente, en función de la región de procedencia. Se observa que, entre los inmigrantes procedentes de zonas geográficas caracterizadas por presentar elevados porcentajes de empleados en el sector agrícola, la insatisfacción con el empleo es claramente más elevada que entre otros grupos de procedencia. Sin embargo, la insa-

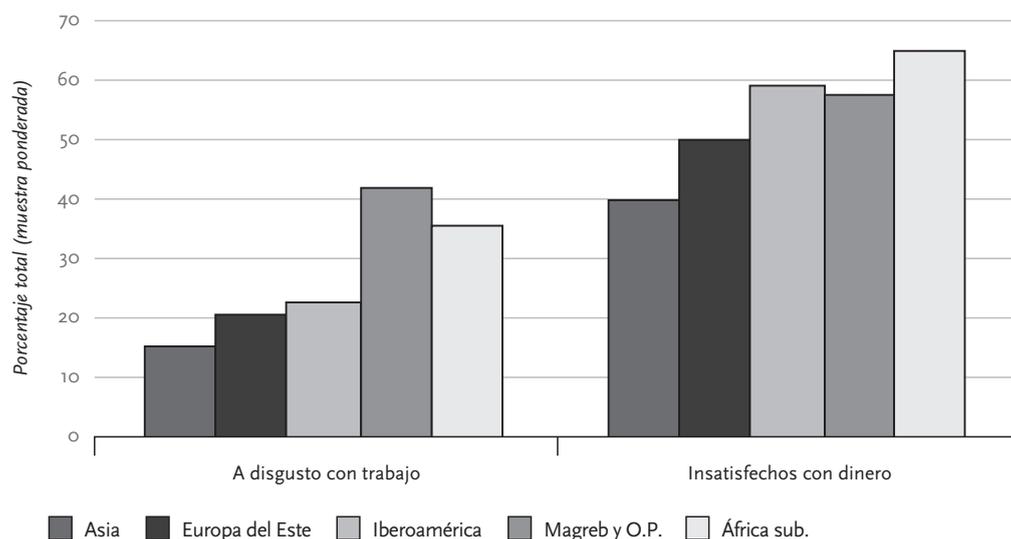
tisfacción con el dinero disponible supera con creces, en todas las agrupaciones de procedencia, la insatisfacción laboral.

Por hacer una comprobación ulterior, los cuadros 8 y 9 relacionan la satisfacción económica y laboral, respectivamente, con el nivel de remuneración. Resulta que, conforme baja el nivel de remuneración, la proporción de personas que se declaran satisfechas con el dinero de que disponen también baja de forma muy sustancial, mientras respecto de la satisfacción laboral, dicha tendencia es mucho menos acusada.

Si invertimos la perspectiva de lectura, el cuadro 8 permite constatar que hasta en los niveles salariales más bajos sigue existiendo una proporción de alrededor de un 20% de trabajadores inmigrantes que se declaran satisfechos con el dinero de que disponen. Por lo menos en el caso de aquellos que cobran menos de 500 euros mensuales, podríamos hablar de una "paradoja de la satisfacción". Esta proporción de "paradójicamente satisfechos" se duplica si nos referimos a la satisfacción laboral, al alcanzar valores cercanos al 50% (cuadro 9). Recuérdese que cuando relacionamos la satisfacción laboral, no ya con el nivel de remuneración, sino con la exposición a condiciones laborales especialmente adversas, la proporción de "paradójicamente satisfechos" rondó el 40% (cuadro 6).

GRÁFICO 3

INSATISFACCIÓN CON LA SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE CON INGRESOS PROPIOS, PRIMAVERA DE 2003, POR REGIÓN DE PROCEDENCIA.



Preguntas: “Resumiendo, ¿cómo se siente respecto a este trabajo [el empleo principal en febrero de 2003]?”; “Con el dinero de que dispone, ¿está...?”

Se han agrupado las categorías de respuesta “muy a disgusto” y “a disgusto” por lo que respecta a la satisfacción con la situación laboral, y las categorías “muy insatisfecho” e “insatisfecho” por lo que se refiere a la satisfacción con la remuneración. La población de referencia de la variable sobre satisfacción laboral es la que declaró haber estado empleada en febrero de 2003 (N= 1.305). La población de referencia de la variable sobre satisfacción con el dinero disponible es la que declaró haber tenido algún tipo de ingresos en dicho mes (N= 1.459).

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

CUADRO 8

SATISFACCIÓN ECONÓMICA DE LOS INMIGRANTES OCUPADOS EN ANDALUCÍA, EN FEBRERO DE 2003, POR NIVEL DE REMUNERACIÓN (EN PORCENTAJES)

	Hasta 500 €	Entre 501 y 750 €	Entre 751 y 1.000 €	Más de 1.000 €	Total
Muy insatisfecho	31	31	11	3	17
Insatisfecho	41	41	34	18	38
Ni satisfecho ni insatisfecho	6,5	6,5	9	10	8
Satisfecho	20	20	43	63	34
Muy satisfecho	1,5	1,5	3	6	3
Recuento de casos (no ponderados)	352	380	266	146	1.144

Pregunta: “Con el dinero de que dispone, ¿está...?”

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

CUADRO 9

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS INMIGRANTES OCUPADOS EN ANDALUCÍA, EN FEBRERO DE 2003, POR NIVEL DE REMUNERACIÓN (EN PORCENTAJES)

	Hasta 500 €	Entre 501 y 750 €	Entre 751 y 1.000 €	Más de 1.000 €	Total
Muy a disgusto	11	10	5	1	8
A disgusto	27	23	16	13	21
Ni a disgusto ni a gusto	13	19	11	11	14
A gusto	42	41	53	54	46
Muy a gusto	7	7	15	21	11
Total de casos (no poderados)	357	385	268	148	1.158

Pregunta: "Resumiendo, ¿cómo se siente respecto a este trabajo?"

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

7. ¿PARADOJA O RETO?

En definitiva, los datos apuntan a un nivel de satisfacción laboral sorprendentemente alto de una proporción sustancial de aquellos trabajadores inmigrantes que se encuentran expuestos a condiciones laborales adversas. En el presente apartado intentaré interpretar este resultado. Sin embargo, es menester señalar que esta interpretación no debe entenderse como una explicación exhaustiva, sino más bien como pinceladas tentativas para la comprensión de una cuestión contraintuitiva.

En primer lugar, se comprueba la relación entre satisfacción laboral y situación administrativa de los trabajadores inmigrantes. Y es que, a primera vista, existe una explicación sencilla de los datos aportados arriba, basada en la idea de que la satisfacción "paradójica", declarada por una parte de los trabajadores inmigrantes expuestos a condiciones laborales especialmente adversas, podría referirse fundamentalmente al propio hecho de disponer de un empleo. Para examinar la veracidad de esta interpretación, averiguaré si la "paradoja de la satisfacción laboral" se manifiesta fundamentalmente entre aquellos inmigrantes que, por su situación específica, a priori tendrían que estar especialmente contentos por el mero hecho de haber encontrado empleo; es decir, personas que carecen de la documentación administrativa correspondiente para el desempeño de una actividad laboral regu-

lar. Como señalé antes, en las fechas de realización del trabajo de campo de la encuesta NEPIA se trataba de una proporción notable de entre todos los trabajadores inmigrantes en Andalucía (concretamente, el 42%). Cabe añadir que, en general, estas personas llevan poco tiempo en España, ya que a partir de una duración de la estancia de más de dos años (llegadas antes del año 2001), una amplia mayoría de los inmigrantes sí se encontraba en situación administrativa regular.

Ahora bien, los datos recogidos en el cuadro 10 indican que se trataría de una interpretación apresurada. De entre las personas expuestas a condiciones laborales especialmente adversas, los trabajadores sin permiso laboral vigente se declaran "muy a disgusto" con su situación laboral en una proporción tres veces mayor que la observada entre aquellos trabajadores que sí disponen de permiso laboral. Asimismo, de entre los empleados con otro tipo de condiciones laborales no incluidas en nuestra definición de especial adversidad, los "sin permisos" señalan estar insatisfechos ("muy a disgusto" o "a disgusto") en proporciones mayores que las personas con autorización administrativa vigente. En resumidas cuentas, de estos datos no se desprende inclinación especial alguna de los trabajadores en situación administrativa irregular a declararse satisfechos con una situación laboral clasificada aquí como "adversa".

Como opción alternativa, cabe sugerir una interpretación centrada en lo que, a todas luces,

CUADRO 10

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS INMIGRANTES OCUPADOS EN ANDALUCÍA, FEBRERO DE 2003, POR TIPOLOGÍA DE CONDICIONES LABORALES Y ESTATUS ADMINISTRATIVO (EN PORCENTAJES)

	Condiciones laborales "especialmente adversas"		Resto de condiciones laborales	
	Con permiso laboral vigente	Sin permiso laboral vigente	Con permiso laboral vigente	Sin permiso laboral vigente
Muy a disgusto	8	24	4	7
A disgusto	32	26	14	23
Ni a disgusto ni a gusto	13	15	11	16
A gusto	39	29	55	46
Muy a gusto	8	6	16	8
Recuento de casos (no ponderados)	216	157	563	330

Pregunta: "Resumiendo, ¿cómo se siente respecto a este trabajo?"

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

es el propósito básico de los inmigrantes en relación con su proyecto migratorio, a saber: mejorar su nivel de vida. En analogía con la explicación de la "paradoja de la satisfacción" observada en la población autóctona andaluza (a saber, la confianza en poder mejorar su situación social en el futuro), la interpretación alternativa se refiere al deseo de mejora social de los inmigrantes y a la confianza en poder conseguirla.

En cuanto al deseo, no cabe duda de que los inmigrantes aspiran a conseguir el acceso a mejores puestos de trabajo tras recorrer la inevitablemente difícil etapa de la primera inserción. La encuesta NEPIA revela que la búsqueda, no ya de cualquier trabajo, sino de un mejor nivel ocupacional, se convierte en la necesidad prioritaria de los inmigrantes una vez superada la primera fase de su estancia en España, típicamente caracterizada por un elevado grado de incertidumbre respecto de la situación jurídica. Por otro lado, ya vimos que, en la actualidad, la amplia mayoría de los trabajadores inmigrantes desempeñan labores poco o nada cualificadas (cuadro 4), a pesar de disponer en muchos casos de un nivel de estudios medio-alto o incluso alto. ¿Podría ser que la "paradoja de la satisfacción" radicara, en realidad, en la expectativa de poder mejorar, en un momento futuro, la propia situación ocupacional?

La bibliografía internacional anima a considerar la plausibilidad de esta idea. Existen conocimientos bien consolidados específicamente acerca de las reducidas posibilidades de movilidad ocupacional ascendente para aquellos inmigrantes que trabajen como asalariados (Portes, 1995; Raijman y Tienda, 1999). En este sentido, el propio hecho de que sean emprendedores o autónomos una proporción relativamente elevada de los trabajadores inmigrantes podría ser indicativo de que ven poca perspectiva de mejora ocupacional en la condición de asalariados. Por tanto, y a pesar del limitado número de observaciones disponibles en NEPIA a estos efectos (como se dijo antes, el 16,5% de los empleados son empresarios o autónomos), es posible interpretar la situación profesional como indicador indirecto de la movilidad ocupacional esperada por los trabajadores inmigrantes.

El cuadro 11 indica que, entre aquellos inmigrantes que trabajan como empresarios o autónomos, una mayoría se declaran satisfechos ("a gusto" o "muy a gusto"), incluso si las condiciones laborales son especialmente adversas, mientras que entre los asalariados dicha proporción se reduce notablemente, sobre todo, si nos referimos a un alto grado de satisfacción. En otras palabras, frente a un 39% de los inmigrantes asalariados, el porcentaje de empresarios y autónomos sujetos a la "paradoja de la satisfacción laboral" alcanza un 57%.

CUADRO 11

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS INMIGRANTES OCUPADOS EN ANDALUCÍA, EN FEBRERO DE 2003, POR TIPOLOGÍA DE CONDICIONES LABORALES Y SITUACIÓN PROFESIONAL (SELECCIÓN) (EN PORCENTAJES)

	Condiciones laborales "especialmente adversas"		Resto de condiciones laborales	
	Empresario o autónomo	Asalariado	Empresario o autónomo	Asalariado
Muy a disgusto	4	15	5	5
A disgusto	21	31	13	20
Ni a disgusto ni a gusto	17	15	9	14
A gusto	36	34	51	50
Muy a gusto	22	5	22	11
Recuento de casos (no ponderados)	58	294	159	707

Pregunta: "Resumiendo, ¿cómo se siente respecto a este trabajo?"

Fuente: Encuesta NEPIA (2003) del IESA.

Con toda prudencia, y sin obviar la necesidad de ulteriores comprobaciones, estos datos parecen reforzar la idea de que, para los inmigrantes, la perspectiva de mejora social es primordial. Quiere esto decir que pueden sentirse "a gusto" con unas condiciones laborales adversas siempre que se inserten en un contexto de una (ya manifiesta o esperada) movilidad ocupacional ascendente.

En definitiva, la "paradoja de la satisfacción" parece aludir, en lo que a la situación laboral de los inmigrantes se refiere, a un reto estratégico para la sociedad de acogida en su conjunto. Para concluir, de entre las implicaciones de los datos presentados en este artículo, quisiera resaltar dos: 1) la importancia de conocer el grado de satisfacción laboral de los inmigrantes, y 2) la necesidad de crear las condiciones objetivas para que pueda evolucionar favorablemente a medio y largo plazo.

1) Como apunté en la introducción, la sociedad española ha demostrado escaso o nulo interés por conocer la satisfacción laboral de los inmigrantes. Para la opinión pública española, el principal beneficio de la inmigración internacional es, precisamente, su aportación de mano de obra a sectores de actividad y ocupaciones en los que los autóctonos no desean trabajar, bien por el reducido nivel de remuneración, bien por la dureza de las condiciones laborales. Por implicación, parece darse por descontada la conformidad de los inmigrantes con

las características de esos empleos. Como suele ocurrir, esta idea de "sentido común" tiene cierto fundamento; en este caso, la manifiesta disponibilidad de los inmigrantes para desempeñar el mencionado tipo de actividades laborales. Sin embargo, es sumamente importante conocer la raíz de dicha disponibilidad. En absoluto es indiferente para la calidad de la convivencia entre autóctonos e inmigrantes, si tal disponibilidad radica exclusivamente en la ausencia de oportunidades alternativas o si las situaciones laborales en cuestión son percibidas, en general, como aceptables o satisfactorias.

2) El grado de satisfacción que revelan los datos presentados en este artículo puede calificarse de ambiguo. En sentido positivo, cabe destacar el hecho de que una mayoría de los trabajadores inmigrantes se declara "a gusto" o hasta "muy a gusto" con su situación laboral (sin embargo, su evaluación de la situación económica es mucho menos favorable). Este dato puede interpretarse no sólo como un indicador más de sus prioridades en cuanto al proyecto migratorio (mejorar su nivel de bienestar), sino también de su voluntad de integración en la sociedad de acogida, incluyendo la aceptación de las convenciones y normas básicas de ésta. No obstante, parece ser que esa satisfacción laboral no radica exclusivamente en la valoración fáctica de la situación actual, sino que, singularmente entre aquellos inmigrantes expuestos a condiciones laborales especialmente duras, tiene

también una dimensión “futurible” relativa a la movilidad social ascendente. Para consolidar y fortalecer la voluntad (y la capacidad) de arraigo e integración de los inmigrantes, será crucial evitar que la segmentación étnica se convierta, a medio y largo plazo, en un rasgo estructural del mercado laboral. En otras palabras, la actual configuración del empleo inmigrante, con su concentración mayoritaria en trabajos “poco deseables” para la población autóctona, no será sostenible a medio plazo, a no ser que, como sociedad, decidamos que la precedencia (propia o de los antepasados) determine la posición social. A tenor de la experiencia en aquellos países de nuestro entorno que cuentan ya desde hace décadas con una notable presencia inmigrante, nos encontramos ante un reto formidable.

BIBLIOGRAFÍA

ABAD MÁRQUEZ, L. (2002), “Trabajadores inmigrantes en las economías avanzadas. La paradoja de la demanda adicional en mercados con exceso de oferta”, en GARCÍA CASTAÑO, F. y C. MURIEL LÓPEZ (eds.), *III Congreso sobre la Inmigración en España*, Universidad de Granada, vol. II (ponencias): 459-467.

APARICIO GÓMEZ, R. (2004), “Los marroquíes en España. Retrato comparativo con otros colectivos a través de una encuesta”, en TEIM (ed.), *Atlas 2004 de la inmigración marroquí en España*, Madrid, Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos: 396-398.

CACHÓN RODRÍGUEZ, L. (2002), “La formación de la «España inmigrante»: mercado y ciudadanía”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 97: 95-126.

CARRASCO CARPIO, C. (1999), *Mercados de trabajo: los inmigrantes económicos*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

DIENER, E. y D. R. RANTZ (eds.) (2000), *Advances in Quality of Life Theory and Research*, Dordrecht, Kluwer.

GLATZER, W. y W. ZAPF (eds.) (1984), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*, Frankfurt / Meno y Nueva York, Campus.

HOGGART, K. y C. MENDOZA (1999), “African immigrant workers in Spanish agriculture”, *Sociología Ruralis*, 39 (4): 538-562.

IOÉ (1998), *Inmigración y trabajo en España. Trabajadores inmigrantes en el sector de la construcción*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IZQUIERDO, A.; CARRASCO CARPIO, C.; GARCÍA SERRANO, C.; MALO OCAÑA, M.; MARTÍNEZ BUJÁN, R.; NOYA MIRANDA, J. y G. RODRÍGUEZ CABRERO (2003), *Inmigración: mercado de trabajo y protección social en España*, Madrid, Consejo Económico y Social.

LAPARRA, M. (ed.) (2003), *Extranjeros en el purgatorio. Integración social de los inmigrantes en el espacio local*, Barcelona, Edicions Bellaterra.

MAYA JARIEGO, I. (2001), “Sesgos de medida y problemas de muestreo en las encuestas de poblaciones inmigrantes”, *Metodología de Encuestas*, 3 (2): 197-213.

MICHALOS, A. C. (1985), “Multiple discrepancies theory”, *Social Indicators Research*, 13 (3): 347-413.

NAVARRO YAÑEZ, C. y M. PÉREZ YRUELA (2000), “Calidad de vida y cambio social. De la polarización social a la axiológica en la sociedad andaluza”, *Revista Internacional de Sociología*, 26: 5-38.

PÉREZ YRUELA, M. (2002), “Para una nueva teoría de Andalucía. Cambio y modernización en la sociedad andaluza”, en MOYANO ESTRADA, E. y M. PÉREZ YRUELA (eds.), *La sociedad andaluza [2000]*, Córdoba, IESA: 19-43 (edición de bolsillo: 21-52).

PÉREZ YRUELA, M. y S. RINKEN (2005), *La integración de los inmigrantes en la sociedad andaluza*, Madrid, CSIC.

PORTES, A. (ed.) (1995), *The Economic Sociology of Immigration: Essays on Networks, Ethnicity and Entrepreneurship*, Nueva York, Russell Sage Foundation.

RAIJMAN, R. y M. TIENDA (1999), “Immigrants' socioeconomic progress post-1965: Forging mobility or survival?” en HIRSCHMAN, C.; KASINITZ, P. y J. DEWIND (eds.), *The Handbook of International Migration: The American Experience*, Nueva York, Russell Sage Foundation: 239-256.

RINKEN, S. (2003), “Las condiciones de vida de la población inmigrante: retos metodológicos y procedimientos de medición”, *Metodología de Encuestas*, 5 (2): 155-173.

– (2004), “Difusión y características del empleo sumergido entre los trabajadores procedentes de países menos desarrollados”, *Temas Laborales*, 77: 173-207, www.juntadeandalucia.es/empleo/carl.

La religiosidad de los inmigrantes musulmanes

Marroquíes en Madrid, turcos en Berlín y bengalíes en Londres

BERTA ÁLVAREZ-MIRANDA*

RESUMEN

En este artículo se comparan las actitudes y los comportamientos religiosos de tres comunidades de inmigrantes musulmanes en grandes áreas urbanas europeas: los bengalíes en Londres, los turcos en Berlín y los marroquíes en Madrid. Los datos proceden de la *Encuesta a musulmanes en Europa*, realizada simultáneamente en las tres capitales, con muestras de reducido tamaño, pero representativas de las poblaciones analizadas. Esta encuesta permite una aproximación cuantitativa a un aspecto tan esquivo al análisis como es la religiosidad de los inmigrantes musulmanes, con el objetivo de comprender mejor una dimensión importante de su vida cultural y sus modos de incorporación a las sociedades de acogida.

de los subgrupos sociodemográficos que cabe distinguir en su seno.

El estudio de la religiosidad de una comunidad puede basarse en indicadores muy variados. Este artículo se centra, por un lado, en tres aspectos de las actitudes religiosas de la población estudiada, concretamente en qué medida los inmigrantes musulmanes construyen sus sentimientos de identidad colectiva en torno a la religión, hasta qué punto consideran que sus creencias religiosas son firmes y qué importancia conceden a la religión en su vida diaria. Por otro lado, se explora el compromiso de los inmigrantes con seis aspectos de la práctica del islam: el rezo en privado, el rezo en la mezquita, la lectura del Corán, el ayuno durante el Ramadán, la participación en organizaciones religiosas y la consulta con líderes religiosos sobre asuntos personales.

1. INTRODUCCIÓN

La atención que ha merecido el islam en los debates públicos de las sociedades europeas como religión profesada y practicada por colectivos importantes de inmigrantes se ha visto reforzada en los primeros años del siglo XXI por el terrorismo internacional islamista. Este artículo pretende contribuir al conocimiento sobre la presencia del islam en Europa. En él se describen, utilizando datos de encuesta, las actitudes y los comportamientos religiosos de los inmigrantes musulmanes que forman las comunidades más numerosas en tres grandes áreas urbanas europeas. Los datos ponen de manifiesto la diversidad de la religiosidad de los distintos grupos nacionales, así como

Los datos analizados aquí forman parte de los resultados de la *Encuesta a musulmanes en Europa*, un estudio comparativo de los inmigrantes venidos de Bangladesh a Londres, de Turquía a Berlín, y de Marruecos a Madrid. La encuesta se desarrolló en la segunda mitad de 2004 y fue financiada por la Comisión Europea y la Universidad de Michigan¹. Los tres grupos estudiados comparten la característica de haber migrado desde países de mayoría musulmana a alguna de las grandes zonas

¹ Las unidades de la Universidad de Michigan que han financiado esta investigación incluyen el *European Union Center*, que recibe apoyo de la delegación en Washington de la Comisión Europea con el fin de mejorar los conocimientos de la población estadounidense sobre la Europa contemporánea, el *Office of Vice President for Research*, el *Center for Political Studies*, el *Research Center for Group Dynamics* y el *International Institute*.

* Profesora titular de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid.

urbanas europeas, pero difieren en otras características. Las comunidades bengalí y turca en Londres y Berlín, respectivamente, presentan un mayor tamaño que la marroquí en España, y son, además, más antiguas. Los flujos migratorios de Bangladesh a Inglaterra son, en gran medida, herencia de la relación colonial entre ambos países, aunque la llegada de contingentes de inmigrantes bengalíes se ha prolongado hasta las últimas décadas del siglo XX. Las migraciones de Turquía a Alemania se iniciaron más tarde, en el marco de las políticas de reclutamiento de mano de obra extranjera llevadas a cabo durante los años cincuenta y sesenta del pasado siglo, y se han extendido en el tiempo por los procesos de reagrupación familiar. Los marroquíes, por último, comenzaron a instalarse en España en números significativos a partir de los años ochenta y noventa, atraídos por la oferta de trabajo del mercado español.

Los tres grupos de estudio son distintos en su composición sociodemográfica (por sexo, edad y educación, entre otros factores), en parte como resultado de sus diferentes historias migratorias. La distribución de la muestra por sexo en Berlín y Londres resulta básicamente equilibrada, con un 46% de mujeres y un 53% de hombres. Sin embargo, en Madrid los hombres marroquíes superan con creces a las mujeres, puesto que representan un 62% frente al 38% de las entrevistadas. También los marroquíes se diferencian de los otros dos grupos en cuanto a la edad: son más jóvenes, con una media de 34 años, cuatro años menos que la correspondiente a los turcos de Berlín y cinco años menos que la registrada por los bengalíes en Londres.

Para facilitar la comparación, se han clasificado los muy variados títulos educativos obtenidos por los inmigrantes musulmanes en tres grupos de nivel educativo: uno inferior, que reúne a quienes nunca han ido a la escuela o no han completado sus estudios obligatorios; uno medio, compuesto por quienes han completado los estudios obligatorios (en el colegio o en educación profesional), y uno superior, que incluye a quienes han estudiado un bachillerato o una carrera universitaria. Aplicando esta clasificación, resulta que los bengalíes londinenses poseen menos educación formal que los otros dos grupos: sólo un 9% de ellos se ubica en el nivel educativo superior, mientras que un 38% se sitúa en el grupo medio y un 52% en el inferior. Los turcos berlineses se distribuyen de un modo más equilibrado, con un 29% integrando el grupo de educación superior, un 51% el de educación media y un 20% el de educación inferior. Por su parte, los marroquíes madrileños se dividen en tres grupos del

mismo tamaño: un 32% en el nivel educativo superior, un 33% en el nivel intermedio y un 35% en el nivel inferior.

Las muestras de inmigrantes musulmanes en cada ciudad son también diferentes en cuanto a su tamaño y al método de muestreo utilizado. Los tamaños varían desde las 141 entrevistas realizadas en Londres, a las 204 de Madrid y las 225 de Berlín. El menor tamaño de la muestra inglesa es un efecto no deseado del método de muestreo, basado en la búsqueda de los inmigrantes bengalíes que habían participado en encuestas anteriores y dado su consentimiento para una futura colaboración. La muestra de la encuesta original se había construido seleccionando direcciones aleatoriamente en los barrios donde se concentran las minorías étnicas, según el Censo Británico de 1991. Pero esta muestra original se saturó antes de completar las 200 entrevistas. La muestra berlinesa se seleccionó al azar de entre una lista de residentes con apellido turco extraída de las guías telefónicas, incluyendo tanto teléfonos fijos como móviles. La muestra madrileña se extrajo de una muestra aleatoria de mayor tamaño compuesta por los residentes en la ciudad que, al empadronarse, declararon la nacionalidad marroquí².

Este artículo ofrece, en primer lugar, una comparación de las actitudes y los comportamientos religiosos de las tres comunidades de inmigrantes con una ambición básicamente descriptiva y exploratoria. Conocer mediante datos de encuesta los sentimientos de identidad, las creencias y prácticas religiosas de los musulmanes de origen extranjero residentes en Europa contribuye a comprender mejor su cultura y sus modos de incorporación a las sociedades de acogida. Explicar las diferencias observadas entre los tres grupos constituye una tarea más compleja, dadas sus distintas historias migratorias y composiciones sociodemográficas, y teniendo en cuenta que cada grupo ha migrado desde un país de origen diferente a un país europeo distinto. El último apartado de este artículo contiene algunas propuestas de explicación de tales diferencias que

² En la encuesta realizada a inmigrantes marroquíes en Madrid, los entrevistados podían elegir entre contestar a las preguntas en castellano o en árabe dialectal, puesto que todos los entrevistadores eran marroquíes adiestrados para llevar a cabo la entrevista en ambos idiomas. Las entrevistas se efectuaron en el domicilio de los entrevistados y se tuvo buen cuidado en hacer coincidir el sexo del entrevistador y del entrevistado para establecer un clima de confianza propicio a la contestación de todas las preguntas. El domicilio de los entrevistados abarcaba toda la ciudad de Madrid, no quedando circunscrito a los barrios en los que habitan más inmigrantes marroquíes.

quizá puedan tomarse como puntos de partida para investigaciones futuras.

En segundo lugar, los apartados siguientes incluyen un análisis más pormenorizado de la religiosidad de los marroquíes residentes en Madrid según su sexo, edad, educación, situación laboral, formación religiosa y fluidez en el manejo de la lengua española. Este análisis se ve limitado por el reducido tamaño de la muestra, cuyo margen de error es de $\pm 6,8\%$ ³, de modo que sólo un reducido número de las variables exploradas en la preparación de este artículo arrojan diferencias estadísticamente significativas, esto es, predicables de la población inmigrante marroquí en Madrid, en general, y no sólo de los seleccionados para las entrevistas. Únicamente los contrastes entre grupos sociodemográficos que resultan estadísticamente significativos han sido descritos en el texto y reflejados en los cuadros. A pesar de los límites de la muestra por su reducido tamaño, es preciso insistir en que su representatividad viene garantizada por el rigor en la aplicación de los métodos de selección aleatoria de los individuos que la componen a partir del listado más completo de los extranjeros que viven en Madrid, es decir, del Padrón Municipal. Como es sabido, los inmigrantes residentes en España tienen incentivos importantes para empadronarse, puesto que este trámite les permite acceder a los servicios sanitarios y la educación pública, dispongan o no de permiso de residencia. Contamos así con una muestra representativa de los inmigrantes marroquíes que tenían esa nacionalidad cuando se empadronaron, independientemente de su situación legal, pero que excluye a quienes tenían la nacionalidad española cuando se registraron en el ayuntamiento, aunque ellos mismos o sus padres hubiesen inmigrado desde Marruecos.

En definitiva, este artículo pretende contribuir al conocimiento de la religiosidad de los inmigrantes musulmanes en Europa a partir de la comparación de las opiniones y conductas declaradas por los miembros de las comunidades musulmanas mayoritarias en tres capitales de la Unión Europea. En el caso de Madrid, la aportación puede ser más novedosa por contar con una muestra representativa de la población inmigrante marroquí, cuyo análisis viene a enriquecer las descripciones ya acumuladas en la literatura académica sobre el islam marroquí en

³ Los márgenes de error en Londres y Berlín son de $\pm 8,3$ y $6,5\%$, respectivamente, para el caso de distribución más desfavorable, es decir $p=q=50\%$. Importa señalar que la proporción de entrevistados que no ofrecieron respuestas concretas a las preguntas sobre su religiosidad (no sabe/no contesta) fue muy reducida, rondando en la mayoría de las preguntas el $2,5\%$

España, sobre todo, mediante técnicas cualitativas o encuestas escasamente representativas⁴.

2. LAS ACTITUDES RELIGIOSAS

2.1. Los sentimientos de identidad colectiva basados en la religión

Los sentimientos de identidad colectiva de los inmigrantes pueden apoyarse en factores diversos como la etnia, la nacionalidad, la lengua o la religión (factores que, como es obvio, no son independientes entre sí, combinándose de distintas formas) y suelen estar sometidos a las tensiones inherentes al hecho de vivir en una sociedad diferente de aquella en la que ellos mismos o sus ascendientes se han educado. Las respuestas a las preguntas sobre fidelidades nacionales y religiosas incluidas en la *Encuesta a musulmanes en Europa* muestran que la religión constituye un rasgo de identidad extremadamente frecuente entre los bengalíes y los marroquíes, pero no tanto entre los turcos, y que va de la mano de la nacionalidad de origen como factor de identidad social para todos los inmigrantes estudiados.

a) *La importancia de ser musulmán en la presentación de uno mismo*

Los inmigrantes turcos residentes en Berlín no parecen estar de acuerdo con los marroquíes en Madrid o los bengalíes en Londres sobre si "para que los demás me conozcan como realmente soy, es importante que sepan que soy musulmán". La gran mayoría de los entrevistados en Madrid (71%) y Londres (81%) se muestran "de acuerdo" o "muy de acuerdo" con esta afirmación, mientras que el 72% de los entrevistados en Berlín expresan su desacuerdo. Ahora bien, la nacionalidad es un factor de identidad social entre los inmigrantes musulmanes tan fuerte como la religión. El porcentaje de los marroquíes de Madrid que confirman que "para que los demás me conozcan como realmente soy, es importante que sepan que soy marroquí" es similar al de asentimiento con la frase sobre ser musulmán (73% frente al 71% anterior). Entre los bengalíes, la afirmación sobre el origen nacional

⁴ Pueden consultarse listados bibliográficos relativamente completos y recientes en López García y Berriane (2004), Pérez-Díaz, Álvarez-Miranda y Chuliá (2004) y Martín Muñoz (2003).

CUADRO 1

**LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID:
“PARA QUE LOS DEMÁS ME CONOZCAN COMO REALMENTE SOY, ES IMPORTANTE
QUE SEPAN QUE SOY MUSULMÁN”, POR NIVEL DE ESTUDIOS (PORCENTAJES VERTICALES)**

	Menos de primarios/no asistió al colegio	Primarios completos/FP	Bachillerato/universitarios	Total
Muy de acuerdo	45	51	42	46
Bastante de acuerdo	34	23	19	25
Poco de acuerdo	16	18	14	16
Nada de acuerdo	5	8	25	13

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

merece aún más acuerdo que la relativa a la religión (97% frente al 81% anterior)⁵.

Entre los inmigrantes marroquíes, la importancia concedida al islam en la presentación de uno mismo depende del nivel de estudios alcanzado por los entrevistados (cuadro 1). Los participantes en la encuesta que han completado un bachillerato o algún grado de educación universitaria se declaran con menor frecuencia “muy” o “bastante de acuerdo” con la afirmación según la cual “para que los demás me conozcan como realmente soy, es importante que sepan que soy musulmán”, y hasta una cuarta parte de ellos niega estar de acuerdo con ésta, frente a porcentajes del 5% y del 8% en los dos niveles educativos inferiores. Por otro lado, merece la pena destacar que quienes han recibido formación en el islam no rechazan en menor medida esta afirmación de identidad social basada en la religión musulmana. Antes al contrario, una cuarta parte (27%) de quienes han asistido a una escuela islámica se declaran poco o nada de acuerdo con la afirmación propuesta en la encuesta, junto con un tercio (34%) de quienes han recibido formación en el islam, aunque no en una escuela islámica. Curiosamente, sólo un 4% de quienes carecen de formación religiosa específica opta por estas respuestas negativas.

b) El orgullo de ser musulmán

Todos los entrevistados de origen bengalí se muestran de acuerdo con la afirmación “estoy orgulloso de ser musulmán”; incluso el 70% declara

⁵ Esta pregunta no se incluyó en el cuestionario berlinés.

estar “muy de acuerdo”. Casi todos (95%) los participantes marroquíes comparten ese sentimiento: un 69% elige la respuesta “muy de acuerdo”, mientras que un 26% se muestra simplemente “de acuerdo”. Resulta algo menor la proporción de los turcos (67%) que se declaran orgullosos de ser musulmanes, sin dejar de constituir una mayoría muy notable, y también entre ellos es más frecuente mostrarse “muy de acuerdo” (47%) que “de acuerdo” a secas (20%).

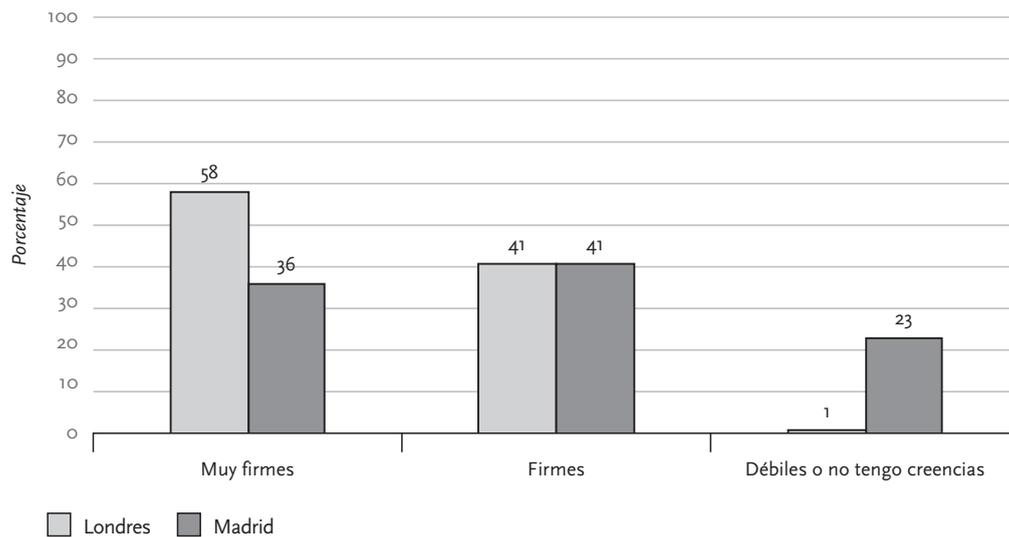
La nacionalidad es asimismo motivo de orgullo para los inmigrantes de países musulmanes en las ciudades europeas. Los turcos residentes en Berlín tienen la misma probabilidad de afirmar su satisfacción con el hecho de ser turcos o kurdos (67%) que con el de ser musulmanes; lo mismo ocurre en Madrid en cuanto a la nacionalidad marroquí (94%). En Londres, la diferencia entre ambas respuestas resulta muy reducida.

2.2. Las creencias religiosas

La mayoría de los inmigrantes participantes en la *Encuesta a musulmanes en Europa* pertenecen a la rama sunita del islam. Pero la firmeza de sus creencias religiosas y la influencia de éstas en la vida cotidiana de los entrevistados varían notablemente. De los tres grupos estudiados, los bengalíes de Londres resultan ser los más devotos, y los turcos berlineses los menos religiosos. En el seno de cada comunidad, los inmigrantes con menor nivel educativo tienden a dar más peso a las creencias religiosas en sus mentes y en sus vidas. Así se comprueba en el caso de los marroquíes residentes en Madrid, que aquí se desarrolla con mayor detalle.

GRÁFICO 1

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MUSULMANES EN EUROPA:
“DIRÍA QUE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS SON...”



Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

a) *Confesión religiosa*

El islam sunita predomina claramente como confesión religiosa en las comunidades inmigrantes estudiadas en la encuesta: el 97% de los bengalíes que viven en Londres se declaran sunitas, al igual que el 71% de los turcos residentes en Berlín y el 63% de los marroquíes empadronados en Madrid. Convive con los sunitas de Berlín una minoría nada despreciable (20%) de alevitas, mientras que en Madrid un 21% de los entrevistados prefiere definir su confesión como islámica o musulmana antes que inclinarse por una opción más concreta; a ellos se suman un 7% de sufíes y un 10% que no se identifica con ninguna tendencia o confesión.

b) *Firmeza de las creencias religiosas*

Los cuestionarios de Madrid y Londres incluyeron una pregunta sobre la fuerza con que los inmigrantes musulmanes se adhieren a sus creencias religiosas: “¿Diría usted que sus creencias religiosas son: a) muy firmes, b) bastante firmes,

c) débiles, o d) no tengo creencias religiosas?”. Una enorme mayoría de los bengalíes de la capital inglesa y una gran mayoría de los marroquíes de la capital española eligen las dos primeras respuestas. No obstante, en Madrid casi una cuarta parte de los entrevistados declara tener creencias débiles (20%) o carecer de ellas (3%) (gráfico 1).

La firmeza de las creencias religiosas declarada por los marroquíes que residen en Madrid guarda relaciones estadísticamente significativas con su edad, su nivel de estudios y su situación laboral. El porcentaje de quienes afirman que se adhieren muy firmemente a sus creencias religiosas aumenta con la edad (cuadro 2). En cuanto al nivel educativo, quienes no han completado la educación primaria obligatoria o no han asistido nunca a la escuela se distinguen claramente del resto por su mayor adhesión a sus creencias religiosas (cuadro 3). Como cabría esperar, este grupo con menor nivel educativo es también el de mayor edad: dos terceras partes de ellos tienen más de 35 años, mientras que en el nivel de estudios intermedio los mayores de esa edad representan aproximadamente una cuarta parte.

CUADRO 2

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID: “¿DIRÍA QUE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS SON...?”, POR EDAD (PORCENTAJES VERTICALES)

	Hasta 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	Más de 45 años	Total
Muy firmes	24	30	40	62	37
Bastante firmes	49	37	48	22	40
Débiles/no tengo creencias religiosas	27	33	12	16	23

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

Por último, la situación laboral distingue principalmente a quienes son activos, tuvieran un empleo o no en el momento de la encuesta (un 67% de los entrevistados se encontraban empleados y un 22% desempleados), del resto de los inmigrantes marroquíes, dedicados en su mayoría al cuidado de la casa y la familia (cuadro 4). Tres cuartas partes (75%) de los inactivos valoran sus creencias religiosas como “muy firmes”, frente al 31% de los que estaban trabajando y al 36% de los desempleados.

parado con un 67% de los turcos y un 62% de los marroquíes. Entre los primeros, un 61% afirma que la presencia de la religión en su vida es muy importante, duplicando aproximadamente los porcentajes de turcos y marroquíes que eligen esa opción (32% y 27%, respectivamente) (gráfico 2).

En las tres ciudades estudiadas, el nivel educativo de los entrevistados influye en sus respuestas a esta pregunta; de hecho, ésta es la única relación entre la religiosidad de los inmigrantes musulmanes y sus características sociodemográficas que resulta estadísticamente significativa en los tres casos (Álvarez-Miranda 2005a). En Madrid, el 78% de los individuos que no han completado sus estudios primarios obligatorios o no han asistido nunca al colegio concede a la religión mucha o bastante influencia en sus vidas, mientras que entre quienes sí completaron los estudios primarios o una formación profesional el porcentaje cae al 62%, seguido por el 39% de quienes obtuvieron un título

c) *La influencia de la religión en el modo de vivir la vida*

Puesto que los bengalíes son quienes con más frecuencia se adhieren firmemente a sus creencias religiosas, no resulta sorprendente que afirmen en mayor medida que la religión tiene mucha o bastante influencia en su modo de vivir la vida. Un 99% de los bengalíes elige esa respuesta, com-

CUADRO 3

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID: “¿DIRÍA QUE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS SON...?”, POR NIVEL DE ESTUDIOS (PORCENTAJES VERTICALES)

	Menos de primarios/no asistió al colegio	Primarios completos/FP	Bachillerato/universitarios	Total
Muy firmes	54	27	30	37
Bastante firmes	33	42	46	40
Débiles/no tengo creencias religiosas	13	31	24	23

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

CUADRO 4

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID: “DIRÍA QUE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS SON...?”, POR SITUACIÓN LABORAL (PORCENTAJES VERTICALES)

	Ocupado	Desempleado	Resto de situaciones	Total
Muy firmes	31	36	75	37
Bastante firmes	44	38	21	40
Débiles/no tengo creencias religiosas	25	26	4	23

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

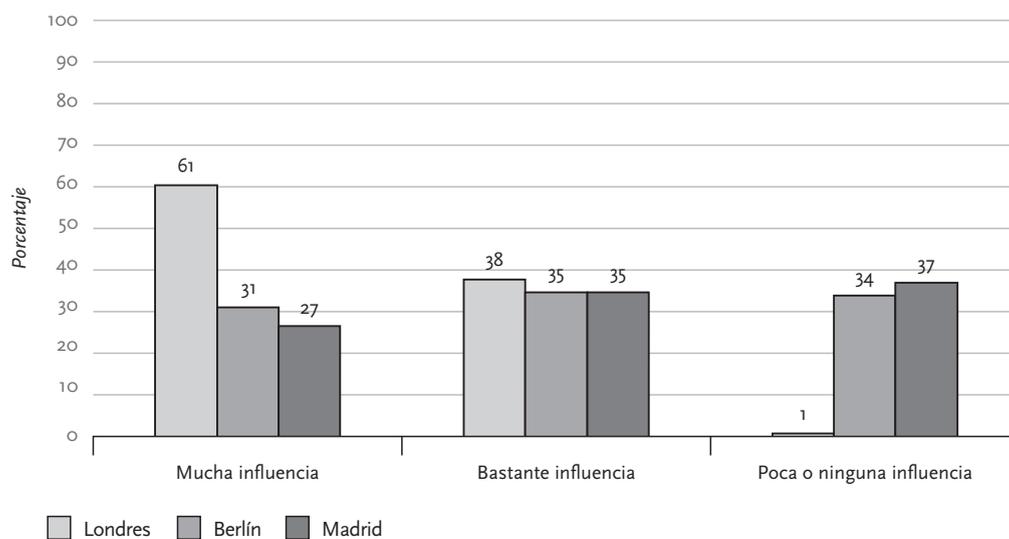
lo de bachiller o universitario (cuadro 5). Agrupando las diversas credenciales educativas en categorías semejantes a las creadas para los marroquíes de Madrid, se comprueba que los porcentajes de mucha o bastante influencia de la religión sobre la vida de los turcos de Berlín caen del 82% al 67% y al 52% según aumenta el nivel de estudios. Entre los bengalíes de Londres, los porcentajes varían del

59% y 63% de quienes se ubican en las categorías inferior e intermedia de estudios, respectivamente, al 18% de quienes han accedido al grupo de educación superior.

La religión cobra una mayor influencia reconocida en las vidas de los marroquíes de Madrid que manejan peor el idioma español, son mujeres y/o no

GRÁFICO 2

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MUSULMANES EN EUROPA: “¿QUE INFLUENCIA TIENE LA RELIGIÓN EN SU MODO DE VIVIR LA VIDA?”



Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

CUADRO 5

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID:
 “¿QUÉ INFLUENCIA TIENE LA RELIGIÓN EN SU MODO DE VIVIR LA VIDA?”,
 POR NIVEL DE ESTUDIOS (PORCENTAJES VERTICALES)

	Menos de primarios/no asistió al colegio	Primarios completos/FP	Bachillerato/universitarios	Total
Mucha influencia	43	28	11	27
Bastante influencia	35	34	38	35
Poca influencia	17	23	35	25
Ninguna influencia	5	15	16	13

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

participan del mercado laboral en el momento de la encuesta. Entre quienes dominan muy bien o bastante bien el idioma de la sociedad de acogida, un 23% concede mucha influencia a la religión en su vida, y otro 33% bastante influencia, frente a sendos grupos del 41% de quienes lo hablan bastante mal o muy mal. Conviene, en cualquier caso, tener en cuenta que la relación entre religiosidad y habilidad lingüística no es independiente de la relación entre religiosidad y nivel educativo, sexo o actividad laboral, puesto que también las respuestas sobre manejo del español guardan relaciones estadísticamente significativas con estos otros factores, así como con el tiempo de permanencia en España de los inmigrantes. Los hombres, los que tienen mayor nivel de estudios, los que están trabajando fuera de

casa y los que llevan más tiempo viviendo en España tienden a desenvolverse mejor en castellano.

También se aprecia una relación estrecha entre el sexo y la actividad laboral, puesto que la mayoría de los inactivos entrevistados son mujeres dedicadas al cuidado de la casa y la familia. No sorprende el hecho de que las mujeres y los inactivos concedan con más frecuencia mucho peso en sus vidas a la religión. El porcentaje de mujeres marroquíes que afirma que la religión influye mucho en su modo de vivir la vida duplica el de los hombres (41 frente a 19%), y el de las que no le conceden ninguna influencia resulta seis veces menor que el de los varones (3 frente a 19%) (cuadro 6).

CUADRO 6

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID:
 “¿QUÉ INFLUENCIA TIENE LA RELIGIÓN EN SU MODO DE VIVIR LA VIDA?”,
 POR SEXO (PORCENTAJES VERTICALES)

	Hombre	Mujer	Total
Mucha influencia	19	41	27
Bastante influencia	37	31	35
Poca influencia	25	25	25
Ninguna influencia	19	3	13

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

3. LOS COMPORTAMIENTOS RELIGIOSOS

La práctica del islam incluye, entre otras prescripciones, la oración cinco veces al día, la oración colectiva los viernes y el ayuno durante el período del Ramadán. Además de estas obligaciones, la *Encuesta a musulmanes en Europa* investigó la costumbre de leer el Corán, la participación en las actividades de organizaciones religiosas y la confianza en los guías religiosos a la hora de buscar consejo sobre problemas personales. Como cabría esperar, los bengalíes londinenses componen la comunidad de inmigrantes musulmanes más practicantes. Al igual que ocurría con las creencias religiosas, la práctica resulta más típica de los musulmanes europeos con menor nivel educativo (Álvarez-Miranda 2005a). Esta relación entre educación y práctica religiosa se explora, entre otras, para los marroquíes de Madrid en este apartado.

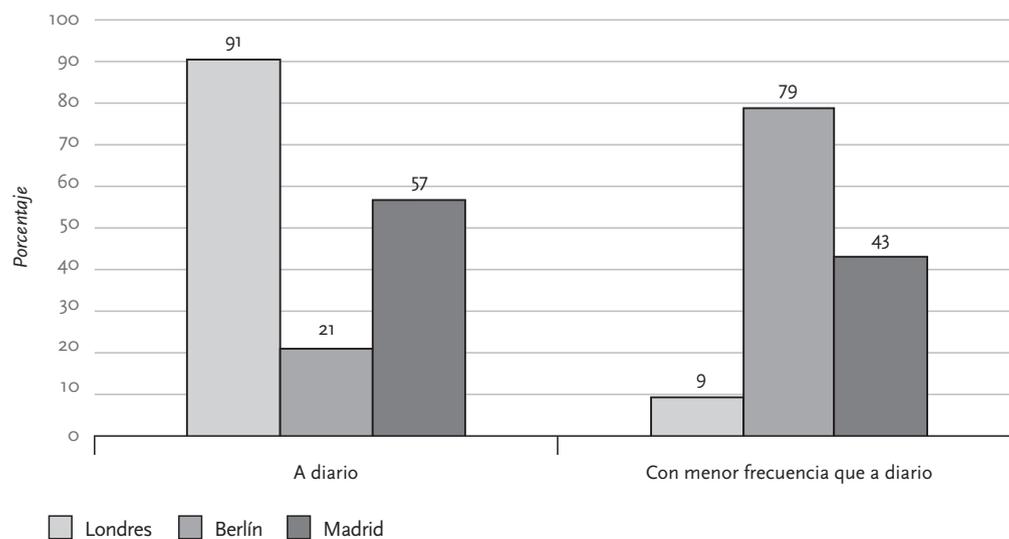
3.1. La oración diaria

Las diferencias entre las comunidades de inmigrantes musulmanes estudiadas en cuanto a la práctica de la oración resultan muy notables. Para la enorme mayoría de los bengalíes de Londres (91%), la oración es un hábito diario; y quienes afirman rezar todos los días también constituyen la mayoría de los marroquíes de Madrid, aunque menos abultada (57%). Sin embargo, sólo el 21% de los turcos de Berlín afirma rezar al menos una vez al día. La respuesta más pía, la que implica rezar al menos las cinco veces al día que prescribe el islam, es la que con más frecuencia eligen los bengalíes (65%). En cambio, señalan esta opción algo menos de la mitad de los marroquíes (48%) y una pequeña minoría de los turcos (14%) (gráfico 3).

Las prescripciones del islam en cuanto a la práctica de la oración dividen a los marroquíes que viven en Madrid en dos grupos de tamaño

GRÁFICO 3

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES EN EUROPA: “¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELE REZAR?”



Fuente: *Encuesta a musulmanes en Europa* (2004).

CUADRO 7

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID:
“¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELE REZAR?”, POR SEXO (PORCENTAJES VERTICALES)

	Hombre	Mujer	Total
Cinco o más veces al día	38	64	48
Menos de cinco veces al día	62	36	52

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

similar: una mitad (el mencionado 48%) que cumple con la norma de rezar cinco veces al día (30%) o supera esa frecuencia (18%), y otra mitad (52%) que no la cumple, y reza “menos de cinco veces al día” (9%)⁶, “los días de fiesta religiosa” (1%) o, más frecuentemente, “rara vez o nunca” (42%). Esta división en dos grupos de tamaños próximos permite observar diferencias estadísticamente significativas en la práctica de la oración de los marroquíes de Madrid según su sexo, edad, nivel de estudios y manejo de la lengua castellana.

Así, las mujeres tienden a rezar con más frecuencia que los hombres (cuadro 7), quizá por preferencias personales o por la mayor disponibilidad de horas y espacio para ello, puesto que suelen

⁶ Este grupo del 9% que reza “menos de cinco veces al día” está incluido en la barra que representa a quienes rezan “a diario” en el gráfico 3, al objeto de favorecer la equivalencia entre los cuestionarios. Sin embargo, para analizar las prácticas de los marroquíes resulta más interesante, por motivos estadísticos, dividirlos en estas dos categorías: los que cumplen la norma de cinco oraciones diarias y los que no lo hacen.

pasar más tiempo en casa. Del mismo modo, los marroquíes de mayor edad tienden a practicar la oración con más frecuencia que los más jóvenes (cuadro 8). Los 45 años elegidos como límite inferior de la última categoría de edad parecen marcar una frontera en cuanto a la práctica de la oración: hasta ese momento vital, la proporción de practicantes estrictos aumenta levemente con la edad, acercándose a la mitad de la muestra, pero entre los mayores de 45 años, casi tres cuartas partes afirman cumplir las normas de su religión al respecto.

En línea con los resultados sobre las creencias religiosas antes expuestos, a mayor nivel de estudios, menor disposición a practicar la oración muestran los inmigrantes marroquíes que viven en Madrid. La proporción de quienes cumplen la norma de las cinco oraciones diarias entre los que no han asistido a la escuela, o no lo han hecho durante el tiempo suficiente para completar sus estudios primarios (6 de cada 10), casi duplica la registrada entre quienes han completado un bachillerato o una carrera superior (1 de cada 3). Entre estos últimos, de hecho, más de la mitad afirma no rezar nunca o hacerlo rara vez (cuadro 9).

CUADRO 8

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID:
“¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELE REZAR?”, POR EDAD (PORCENTAJES VERTICALES)

	Hasta 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	Más de 45 años	Total
Cinco veces al día o más	42	44	46	73	48
Menos de cinco veces al día	58	56	54	27	52

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

CUADRO 9

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MARROQUÍES EN MADRID: “¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELE REZAR?”, POR NIVEL DE ESTUDIOS (PORCENTAJES VERTICALES)

	Menos de primarios/no asistió al colegio	Primarios obligatorios/FP	Bachillerato/ universitarios	Total
Cinco veces al día o más	60	52	33	48
Menos de cinco veces al día	40	48	67	52

Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

Por último, también cabe señalar que los marroquíes con peor manejo del castellano tienden a practicar la oración con más frecuencia que quienes se desenvuelven bastante bien o muy bien en el idioma del país. Como vimos, hablan mejor el castellano los hombres, los más educados, los laboralmente activos y los que llevan más tiempo viviendo en España. A la vista de la relación señalada en esta sección entre la costumbre de rezar a diario y el sexo y la educación, apenas asombra el contraste entre los grupos de habilidad lingüística en castellano: entre quienes lo hablan muy mal o bastante mal, una mayoría del 65% practica como mínimo las cinco oraciones diarias, frente al 43% de quienes lo manejan bien o muy bien (sólo un 11% de los cuales ora más de cinco veces al día).

3.2. La oración en la mezquita

La oración colectiva es una práctica menos frecuente entre los inmigrantes musulmanes en Europa que la oración en privado, algo que apenas extraña, dadas las prescripciones del islam y la relativa escasez de recursos de algunas de estas comunidades para construir y gestionar mezquitas o lugares de rezo. A la pregunta de con qué frecuencia suelen rezar en la mezquita, la mitad de los bengalíes de Londres elige alguna de las respuestas que indican que acostumbran acudir al templo a orar: un 6% lo hace cinco veces al día, un 23% una o dos veces diarias, un 20% todos los viernes, y otro 1% los días de fiesta religiosa. Casi un tercio de los turcos de Berlín (32%) acude a rezar a la mezquita alguna vez, en tanto que algo más de la cuarta parte de los marroquíes de Madrid (27%) se desplazan a la mezquita para orar, la mayoría de ellos sólo los viernes (14%) o los días de celebración religiosa (10%) (gráfico 4).

Así como las marroquíes residentes en Madrid rezan más en privado que sus compatriotas varones, éstos forman más a menudo parte de la minoría que suele acudir a la mezquita para rezar. Entre los varones, un 24% reza al menos una vez a la semana (frente al 7% de las mujeres), básicamente cumpliendo con la regla del rezo colectivo de los viernes (19%). Para las mujeres es más habitual, sin embargo, participar de la oración en el templo sólo los días de fiesta religiosa (16% frente al 6% de los hombres).

3.3. La lectura del Corán

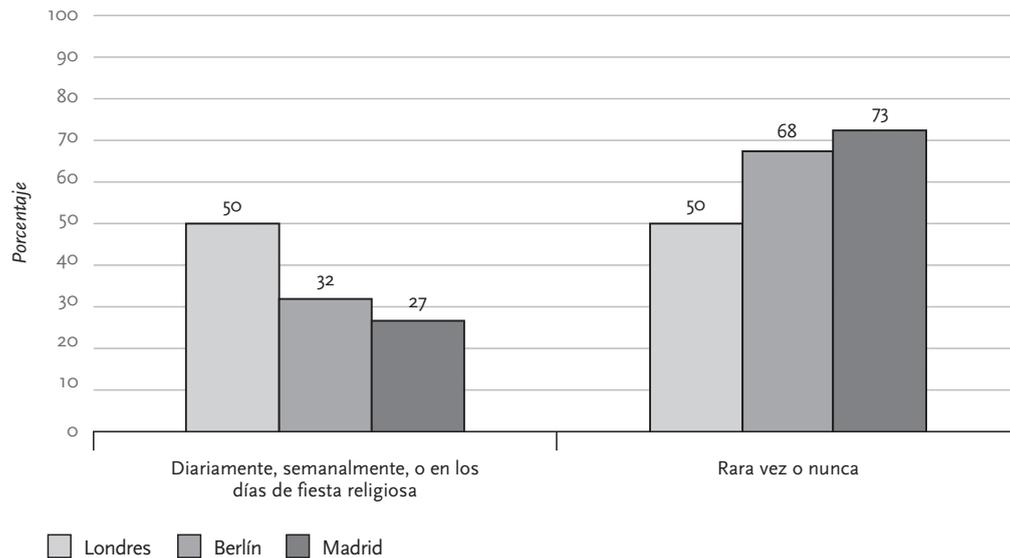
Los bengalíes residentes en Londres también sobresalen por ser el grupo más practicante en cuanto a la costumbre de leer el Corán. El 88% de ellos asegura leerlo alguna vez, y el 82% todas las semanas. Les siguen los turcos de Berlín, con un 36% de lectores del libro sagrado, y un 14% de lectores semanales. Este hábito parece menos arraigado entre los marroquíes de Madrid, ya que sólo un 28% declara leer el Corán, aunque la mayoría de quienes lo leen lo hacen semanalmente (un 21% de la muestra). El grueso de los entrevistados tanto en Berlín (65%) como en Madrid (73%) reconoce que lee el Corán raras veces o nunca.

3.4. El ayuno durante el Ramadán

Entre los musulmanes inmigrados a Londres y Madrid, el respeto del Ramadán es una práctica absolutamente predominante. El 99% de los bengalíes londinenses declara ayunar todos los años, y el 95% de los marroquíes madrileños todos o casi todos los años. Los sentimientos de obligación hacia el ayuno del Ramadán están menos extendidos entre los turcos residentes en Berlín. Aunque

GRÁFICO 4

LA RELIGIOSIDAD DE LOS INMIGRANTES MUSULMANES EN EUROPA:
“¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELE REZAR EN LA MEZQUITA?”



Fuente: Encuesta a musulmanes en Europa (2004).

la formulación de las preguntas no permita una comparación directa de las respuestas⁷, el hecho de que menos de la mitad (43%) de los entrevistados turcos afirme ayunar durante todo el período produce la impresión de que el respeto pleno del ayuno es menos frecuente en esta comunidad inmigrante.

3.5. La participación en las actividades de las organizaciones religiosas

Los inmigrantes musulmanes en Madrid, Londres y Berlín que declaran participar regularmente

⁷ La pregunta sobre este aspecto del comportamiento religioso se formuló de un modo algo distinto en Berlín. Mientras que los cuestionarios de Londres y Madrid concebían el Ramadán como una celebración anual, y a la pregunta “¿Suele ayunar durante el Ramadán?” proponían respuestas como “sí, todos los años”, “sí, unos años sí y otros no” o “no, nunca ayuno”, el cuestionario de Berlín ofrecía opciones como “sí, durante todo el período de ayuno”, “sí, durante la mayor parte del período”, “una parte del período”, o “no, nunca”.

de las actividades de una mezquita u otra organización religiosa representan una minoría muy reducida, del 18% en conjunto, sin diferencias estadísticamente significativas entre ciudades. En particular, un 17% de los entrevistados en Madrid responde que toma parte en las actividades de una organización religiosa, un porcentaje ligeramente inferior al de quienes afirman que participan regularmente en los planes de organizaciones deportivas o de ocio (22%), organizaciones culturales (18%), o sindicales y estudiantiles (20%).

3.6. La consulta con guías religiosos sobre problemas personales

Muy minoritario resulta también el recurso a los imanes u otros guías religiosos a la hora de buscar consejo sobre algún problema de tipo personal. Sólo el 20% de los turcos residentes en Berlín, el 13% de las bengalíes habitantes de Londres y un exiguo 3% de los marroquíes empadronados en Madrid reconocen que suelen consultar con algún líder religioso sus asuntos privados.

4. SÍNTESIS Y REFLEXIÓN FINAL

La *Encuesta a musulmanes en Europa* revela que las actitudes y los comportamientos religiosos de los inmigrantes musulmanes en las ciudades europeas resultan bastante diversos. Las respuestas a las preguntas sobre religiosidad de esta encuesta varían en función de: a) la dimensión de la religiosidad que se esté investigando; b) la comunidad inmigrante que esté respondiendo, y c) el grupo sociodemográfico dentro de cada comunidad que se esté analizando. En cuanto al primer aspecto, las preguntas sobre actitudes religiosas producen menos variación que las relativas a las prácticas, puesto que la gran mayoría de los inmigrantes entrevistados elige las respuestas que indican una mayor adhesión a su tradición religiosa. Respecto al segundo aspecto, los bengalíes residentes en Londres destacan como el grupo más devoto y más practicante, y los turcos inmigrados a Berlín como el más secularizado. Finalmente, en lo relativo al tercer aspecto, llama la atención que los inmigrantes con menor nivel educativo muestran una mayor religiosidad en sus respuestas a varias de las preguntas, seguidos de las mujeres, los mayores y los laboralmente inactivos.

Centrando la atención en esta última vertiente, la de la diversidad de las actitudes y los comportamientos religiosos de los grupos sociodemográficos, que en este artículo sólo se ha explorado en el caso de los marroquíes de Madrid, cabe extraer las siguientes conclusiones. Hombres y mujeres difieren entre sí en algunos aspectos de su religiosidad; por ejemplo, las marroquíes residentes en Madrid dicen conceder al islam mucha influencia en su modo de vivir la vida y rezan en privado con más frecuencia que los hombres; sin embargo, son más los varones que suelen ir a orar a la mezquita. También la edad influye en la práctica de la oración, siendo los mayores quienes suelen rezar con más frecuencia; asimismo, estos últimos tienden en mayor medida a afirmar que sus creencias religiosas son muy firmes. La situación laboral permite distinguir dos grupos: el de los inactivos, dedicados principalmente a las tareas domésticas, y el de quienes están trabajando o buscando empleo. Los primeros son más propensos a considerar que sus creencias religiosas son muy firmes e influyen mucho en su vida. En cuanto al dominio del castellano, el modo de vivir de quienes afirman hablarlo bastante mal o muy mal está más condicionado por la religión, y su vida cotidiana más marcada por la oración.

Con todo, el factor sociodemográfico que distingue más claramente a los marroquíes que viven en Madrid en cuanto a sus actitudes y comportamientos religiosos es la formación recibida: haber pasado más tiempo en el sistema educativo reduce la probabilidad de declarar actitudes y comportamientos religiosos (mientras que haber recibido formación específicamente religiosa no la incrementa, en contra de lo que cabría esperar). Quienes presentan niveles de educación bajos —esto es, no han asistido al colegio o no lo han hecho durante el tiempo suficiente como para completar sus estudios primarios— dan más importancia al hecho de ser musulmán al presentarse a los demás, califican sus creencias religiosas como muy firmes y muy influyentes en su vida y rezan a diario con más frecuencia que el resto de los entrevistados. La relación entre el nivel educativo y la religiosidad se observa también en las otras dos ciudades europeas incluidas en la encuesta, y resulta particularmente evidente entre los turcos de Berlín.

Los datos de la *Encuesta a musulmanes en Europa* han permitido describir en este artículo los contrastes entre las diferentes comunidades de inmigrantes musulmanes en Londres, Berlín y Madrid. Más compleja resulta la tarea de explicar estas diferencias, dadas las diversas historias migratorias, la distinta composición sociodemográfica de cada grupo y el hecho de que cada uno ha migrado de una sociedad de origen distinta a una sociedad de destino diferente.

Las diferencias observadas entre los distintos grupos de inmigrantes en las tres capitales europeas pueden reflejar diferencias en las actitudes y los comportamientos religiosos de los países de origen. Una comparación muy ambiciosa publicada recientemente por Norris e Inglehart (2004), basada en datos de encuesta de ochenta sociedades de todo el mundo, pretende confirmar la hipótesis clásica en ciencias sociales de acuerdo con la cual la modernización socioeconómica trae consigo un proceso de secularización. Los autores definen la modernización en un sentido amplio que incluye las tendencias al desarrollo humano, la riqueza y la igualdad económica, la alfabetización y la educación, la sanidad y el bienestar social, que, juntas, tienden a reducir los riesgos existenciales y, por tanto, la demanda de consuelo religioso. Consideran que el contraste más notable en el nivel de modernización es el que se da entre las sociedades agrarias y las industriales, y clasifican a Bangladesh y Marruecos como sociedades agrarias, a Turquía como sociedad industrial y a los tres países de destino de los entrevistados en la *Encuesta a musul-*

manes en Europa como sociedades postindustriales. Los resultados de esta encuesta, según los cuales los inmigrantes bengalíes y marroquíes declaran actitudes y comportamientos religiosos con más frecuencia que los turcos, podrían explicarse de acuerdo con este argumento.

Evidentemente, la influencia de las sociedades de destino tiende, a largo plazo, a modificar las diferencias entre los grupos nacionales de inmigrantes, difuminándolas o reforzándolas. Por un lado, en la medida en que las tres forman parte de sociedades igualmente postindustriales (para seguir con la clasificación de Norris e Inglehart), los procesos de aculturación (y, por tanto, secularización) de los inmigrantes en las ciudades de Berlín, Londres y Madrid tenderán a difuminar las diferencias entre ellos. Al mismo tiempo, probablemente generarán en el seno de las comunidades inmigrantes formas de variación de los comportamientos y las actitudes religiosas según el sexo, la edad y el nivel educativo similares a las que se vienen observando en las últimas décadas entre las poblaciones autóctonas de las sociedades postindustriales: los mayores y, en general, los individuos con menor nivel educativo tienden a ser más religiosos. Ahora bien, también pueden darse casos de reacción identitaria de las segundas y terceras generaciones de inmigrantes musulmanes hacia el islam: de hecho, en Berlín, son los jóvenes, nacidos mayoritariamente en Europa, quienes se muestran más dispuestos a presentarse a los demás como musulmanes, más orgullosos de serlo y más comprometidos con el ayuno durante el Ramadán (Álvarez-Miranda 2005a).

Por otro lado, los distintos grados y modos de reconocimiento de las diferencias religiosas por parte de los estados europeos pueden influir en la religiosidad de las comunidades de inmigrantes musulmanes. Los estados alemán, británico y español reaccionan a la presencia del islam en sus sociedades principalmente subvencionando o no a las mezquitas y las organizaciones religiosas, y permitiendo o no la enseñanza y la práctica de esta religión en los colegios públicos y/o privados.

El estado británico ha sido el más generoso a la hora de apoyar con fondos públicos la construcción de mezquitas y sus actividades de cuidado de los mayores, fomentar el empleo entre los jóvenes o la enseñanza de las lenguas de origen. Los colegios públicos británicos, que cuentan muchos musulmanes entre sus alumnos, pueden dar la oportunidad de estudiar el islam y practicar el rezo colectivo del viernes en sus aulas, y algunos

colegios privados específicamente islámicos han obtenido recientemente subvenciones públicas.

Por el contrario, el culto islámico no ha merecido apoyo público en Alemania, donde las organizaciones musulmanas no han obtenido de momento el reconocimiento como interlocutores corporativos comparables a las cristianas o judías. Tampoco han recibido subvenciones las mezquitas en cuanto que organizaciones de acción social. Los colegios públicos alemanes no enseñan el islam como religión, aunque en muchas zonas del país los alumnos musulmanes aprenden su tradición en un curso comparativo y no confesional sobre las religiones en el mundo. En particular, Berlín ha abierto camino a la enseñanza confesional islámica en las escuelas públicas, en pie de igualdad con las religiones cristianas. Al tiempo que el Islam gana así presencia en la enseñanza pública, los *Länder* (estados federados) subvencionan un reducido número de colegios privados islámicos: al menos dos centros de educación primaria, en Munich y Berlín, se financian principalmente por subvenciones públicas⁸.

Por último, los musulmanes que viven en España han obtenido amplios derechos a construir mezquitas y practicar su religión de modo colectivo, así como también para enseñarla en las escuelas públicas. Pero estos derechos conservan, en gran medida, un carácter formal, ya que los gobiernos apenas han avanzado en la ejecución de políticas que los garanticen de hecho, y las organizaciones musulmanas no han sabido superar su situación de relativa debilidad y fragmentación⁹.

En conjunto, el estado británico ha sido el más generoso en cuanto al reconocimiento y a la financiación de las religiones minoritarias, lo cual puede contribuir a entender la mayor adhesión de los bengalíes de Londres a su fe y su práctica, en comparación con los turcos de Berlín y los marroquíes de Madrid. Pero el argumento sobre las políticas de los estados receptores no ayuda a esclarecer las diferencias entre estos dos últimos grupos: aun cuando el estado español es el que,

⁸ Comparaciones más exhaustivas entre las políticas públicas hacia los musulmanes en diferentes países europeos pueden encontrarse en Álvarez-Miranda (2005b), Fetzer y Soper (2005), Monsma y Soper (1997), Rath, Penninx, Groenendijk y Meyer (2001), Kepel (1997) y Pauly (2004).

⁹ Más detalles sobre esta cuestión en Pérez-Díaz, Álvarez-Miranda y Chuliá (2004). Véase también el Acuerdo de Cooperación entre el Estado Español y la Comisión Islámica de España, en www.webislam.com.

de momento, les ofrece efectivamente menos apoyo público, son los inmigrantes turcos de Berlín quienes se describen a sí mismos como menos religiosos. La variable del país de procedencia cobra desde esta perspectiva renovado valor en la explicación de las diferencias entre la religiosidad de los tres grupos de inmigrantes estudiados en la *Encuesta a musulmanes en Europa*. El peso del proyecto de un sistema político laico y un sistema jurídico inspirado en las instituciones occidentales en el proceso de construcción del estado y la identidad nacional turcos durante el siglo XX difícilmente puede ser ajeno a las actitudes y los comportamientos religiosos de los emigrantes procedentes de Turquía.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ-MIRANDA, B. (2005a), "Religious attitudes and behaviour of Muslim immigrants in Europe. A comparison of Bangladeshis in London, Turks in Berlin and Moroccans in Madrid", ponencia presentada en la *VII Conferencia de la Asociación Europea de Sociología*, Torun, Polonia, 9-13 de septiembre.

– (2005b), "Muslim communities in Europe. Recognition of religious differences in Britain, Germany and France", *Michigan Paper Series* (extraído el 1 de abril de 2005 de <http://www.umich.edu/~iinet/euc/Academics/MichiganPaperSeries.html>).

FETZER, J. S. y J. C. SOPER (2005), *Muslims and the State in Britain, France and Germany*, Cambridge, Cambridge University Press.

KEPEL, G. (1997), *Allah in the West. Islamic Movements in America and Europe*, Cambridge, Polity Press.

LÓPEZ GARCÍA, B. y M. BERRIANE (dirs.) (2004), *Atlas de la inmigración marroquí en España*, Madrid, Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos, UAM.

MARTÍN MUÑOZ, G. (2003), *Marroquíes en España. Estudio sobre su integración*, Madrid, Fundación Repsol YPF.

MONSMA, S. V. y J. C. SOPER (1997), *The Challenge of Pluralism. Church and State in Five Democracies*, Nueva York, Rowman & Littlefield.

NORRIS, P. y R. INGLEHART (2004), *Sacred and Secular. Religion and Politics Worldwide*, Cambridge, Cambridge University Press.

PAULY, R. J. Jr. (2004), *Islam in Europe. Integration or Marginalization?* Aldershot, Ashgate.

PÉREZ-DÍAZ, V.; ÁLVAREZ-MIRANDA, B. y E. CHULIÁ (2004), *La inmigración musulmana en Europa. Turcos en Alemania, argelinos en Francia y marroquíes en España*, Barcelona, Fundación La Caixa.

RATH, J.; PENNINX, R.; GROENENDIJK, K. y A. MEYER (2001), *Western Europe and its Islam*, Leiden, Brill.

El apoyo de Cruz Roja a las personas dependientes y las familias cuidadoras

La utilización de las nuevas tecnologías en beneficio de la autonomía personal

CARLOS CAPATAZ GORDILLO*

1. INTRODUCCIÓN

Prevenir y aliviar el sufrimiento de las personas en todas las circunstancias constituye el objetivo general del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna, del que España forma parte desde hace más de ciento cuarenta años. Entre los colectivos vulnerables con los que Cruz Roja Española (CRE) trabaja, destaca el de las personas mayores. Con casi 295.000 usuarios y cerca de 13.000 voluntarios en 2004, el Programa de Personas Mayores es el de mayor cobertura de CRE.

Los mayores integran el colectivo más afectado por los problemas de dependencia, definida por el Consejo de Europa como "el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria"¹. Ahora bien, aun cuando este fenómeno afecta mayoritariamente al sector de población de las personas de más edad, accidentes de tráfico, laborales, domésticos, así como determinadas enfermedades y dolencias, crean situaciones de dependencia en la población menor de 65 años. CRE atendió, a lo largo del año 2004, a 32.375 personas que, sin quedar clasificadas en la categoría de mayores, padecían discapacidades. En la ejecución de los

diferentes proyectos ofertados a este segundo colectivo de personas particularmente afectadas por problemas de dependencia participaron casi 3.000 voluntarios.

Consciente de que las situaciones de dependencia tienen un elevado coste económico y humano, no sólo para quienes las sufren, sino también para quienes prestan el grueso de los cuidados que éstos precisan (fundamentalmente, la familia y otras personas próximas), CRE ha convertido a las personas mayores con pérdida de autonomía y las personas con discapacidad en situación de dependencia en colectivos prioritarios de su actuación. En consecuencia, desarrolla una amplia variedad de programas destinados a cubrir toda una serie de necesidades, desde las más básicas (apoyo y cuidados) hasta otras de carácter social y relacional, pasando por la oferta de servicios sociosanitarios orientados tanto a la prevención como a la asistencia y a la rehabilitación. Gracias a la red territorial de CRE (presente en más de 700 localidades en todo el estado), que proporciona la cercanía a las personas con mayores desventajas y permite el conocimiento de las nuevas demandas sociales y el apoyo de miles de voluntarios, CRE se implica fuertemente, tanto a escala central como autonómica y provincial, en la prestación de servicios de carácter social y sanitario, destinados siempre a quienes se encuentran en situación de mayor desprotección.

Así, se ha puesto en marcha un amplio abanico de programas con el propósito de favorecer la permanencia de las personas mayores y las personas con discapacidad en su entorno habitual. El apoyo domiciliario constituye una alternativa a la institucionalización en residencias y se orienta a

* Director del Departamento de Intervención Social de Cruz Roja Española.

¹ En su Recomendación R(98)9 de 1998.

disminuir el aislamiento social y la prevención del deterioro físico y psíquico que éste conlleva. Esta línea de trabajo incluye los proyectos de ayuda a domicilio básica (cobertura de las necesidades domésticas y alimentarias, así como pequeñas curas), ayuda a domicilio complementaria (compañía de voluntarios, apoyo en gestiones, acompañamientos), teleasistencia, ayudas técnicas, transporte adaptado, centros de día –una parte de ellos, especializados en la atención a personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias– y centros de estancias diurnas.

Todos estos proyectos contribuyen a proporcionar seguridad y a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, así como a humanizar las condiciones en las que las familias desempeñan su labor de cuidadoras. Hace ya algunos años, CRE promovió otra serie de proyectos al objeto de proporcionar un tiempo de descanso a los miembros de la familia que ejercen de cuidadores. Los proyectos de “respiro” incluyen sustituciones del cuidador principal, residencias de estancia temporal, grupos de apoyo mutuo, apoyo psicológico, orientación y formación.

Para las personas mayores que carecen de vivienda o no pueden vivir solas por precisar una atención continuada y específica, CRE ha desplegado proyectos de viviendas tuteladas, acogimiento familiar y residencias. Por último, con el objetivo de prevenir el deterioro asociado al envejecimiento o a la discapacidad, para potenciar la integración de las personas dependientes en la sociedad y para fomentar las relaciones intergeneracionales, se vienen desarrollando proyectos de envejecimiento saludable, actividades de ocio y tiempo libre, voluntariado, dinamización de centros externos a la institución, abuelos-nietos, etcétera.

En lo que resta de este artículo se va a enfocar la atención en el papel que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC) pueden desempeñar en el fomento de la autonomía personal entre las personas dependientes. No se pretende aquí analizar técnicamente la gran variedad de dispositivos que la combinación de las tecnologías de la información y de la comunicación está colocando en el mercado de la atención a las personas dependientes. Antes bien, desde nuestro papel como entidad que provee servicios a las personas en situación de mayor vulnerabilidad, se ofrecen algunas reflexiones sobre las necesidades de éstas, sobre las posibilidades de la tecnología para satisfacer las demandas y sobre otros aspectos, no

tecnológicos, que deben ser considerados para que estas herramientas contribuyan efectivamente a mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y de sus cuidadores.

En CRE llevamos varios años estableciendo “partenariados” de colaboración con compañías proveedoras de tecnologías (telefonía móvil, *software*, etc.), universidades y administraciones, gracias a los cuales ha sido posible validar prototipos y dispositivos de apoyo a las personas en situación de dependencia en el marco de nuestros programas. Y, lo que es tanto o más importante, esta cooperación nos ha facilitado la tarea de acercar las soluciones tecnológicas a los sectores de población más vulnerables, que tradicionalmente son los últimos receptores de este tipo de innovaciones; en definitiva, nos ha permitido convertir a las personas con mayor desprotección en los primeros beneficiarios de los adelantos tecnológicos. Este tipo de colaboración refleja lo que los anglosajones han definido como una situación *win-win*, es decir, un proyecto en el que todos los socios se benefician. En el caso de las entidades proveedoras, el contacto con una institución como CRE les proporciona conocimientos sobre las necesidades reales y sentidas de las personas afectadas por dependencias y de las que les prestan cuidados.

CRE ha sido pionera en la prestación de un servicio de teleasistencia domiciliaria para personas mayores, que data de comienzos de los años noventa. Pero el enorme potencial de las NTIC para proporcionar seguridad y autonomía, para evitar el aislamiento y prevenir riesgos se incrementa día a día con nuevas herramientas que permiten la integración de aspectos sociales y sanitarios. La tecnología puede prestar apoyo a la asistencia social, sanitaria y personal, y puede facilitar una asistencia integrada basada en enfoques proactivos que, en cierta forma, “empoderan” a las personas dependientes para autogestionar su salud y conducen a cambios hacia estilos de vida más saludables.

Por otro lado, las NTIC son una fuente indudable de apoyo para quienes tienen a su cargo a una persona dependiente, y no sólo porque proporcionan una ayuda práctica decisiva al cuidador, sino también porque le ofrecen una mayor autonomía y la posibilidad de mejorar los cuidados. Por lo demás, la tecnología puede permitir hoy una racionalización en la gestión de los recursos y una interesante relación coste/eficacia que debe ser valorada por quienes gestionan los servicios sociales y sanitarios.

2. ALGUNOS DATOS SOBRE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Para enmarcar este análisis, conviene que seamos conscientes de las dimensiones que alcanza en nuestro país el fenómeno de la dependencia, la cobertura existente y las demandas sociales que se hacen al efecto. En este año 2005, el debate en torno a la protección a la dependencia está de plena actualidad, como atestiguan la publicación del *Libro Blanco* del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el proceso de elaboración de un proyecto de ley de protección a la dependencia por parte del gobierno.

De acuerdo con los datos que recoge el *Libro Blanco*, la dependencia severa y grave afecta en España a 1.125.190 personas, de las cuales 826.551 tienen 65 o más años. A ellas hay que añadir 1.657.400 personas que necesitan algún tipo de ayuda para alguna actividad de la vida diaria. Las previsiones demográficas indican que en 2020 habrá casi 1,5 millones de personas dependientes en nuestro país.

La atención a las personas dependientes se realiza, sobre todo, en el ámbito familiar y recae especialmente en las mujeres, que suponen el 83% de los cuidadores. La media de edad de los cuidadores se sitúa en los 52 años, y tres cuartas partes de estas personas no desarrollan actividad laboral alguna. Únicamente el 6,5% de las familias que cuidan a personas dependientes se benefician del apoyo de los servicios sociales. Sólo el 3,4% de las personas mayores de 64 años cuentan con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,05% con teleasistencia, y el 0,46% con una plaza en un centro de día. La proporción de plazas en residencias por habitantes es también inferior a la media europea.

Esta situación está provocando un cambio muy importante desde el punto de vista de los derechos. Hasta hace unos años, la cuestión de la dependencia pertenecía al ámbito privado, pero, indudablemente, se está trasladando al escenario público, y la demanda social es muy clara en este sentido. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales encargó al Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) un estudio de ámbito nacional, realizado entre octubre y noviembre de 2004. Según este estudio ("Opiniones y actitudes sobre la familia"), casi el 70% de las personas encuestadas considera que el gobierno debe promover prioritariamente ayudas destinadas a las personas que dependen de otras

para las actividades de la vida cotidiana. Una gran mayoría de los encuestados (94,3%) también considera que el estado, a través de los servicios sociales, debería cubrir las necesidades de atención de las personas mayores.

En relación con otros países de nuestro entorno comunitario, en España cabe observar un notable retraso en el debate y la adopción de medidas sobre esta cuestión. Pero, ultimado el *Libro Blanco*, se está desarrollando a lo largo de 2005 un proceso que debe conducir a la aprobación de una ley para la autonomía personal y al desarrollo de un plan nacional de atención a la dependencia. En este marco, la mayor parte del esfuerzo y de la inversión se destinará a ampliar proyectos de apoyo domiciliario, tendentes a evitar la institucionalización y que permitan a la persona dependiente continuar viviendo en el entorno en que se ha desarrollado su vida. Es precisamente este objetivo el que dota de gran importancia a las NTIC en la provisión de servicios a las personas dependientes.

Entre las múltiples definiciones de dependencia que se manejan en el debate sobre la protección a este riesgo social, merece la pena rescatar del *Libro Blanco* una que hace especial hincapié en la participación de los afectados: "La dependencia puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un *déficit* en el funcionamiento, como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una *limitación en la actividad*. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una *restricción en la participación* que se concreta en la *dependencia* de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana".

Esta definición adquiere un significado especial para CRE, pues nuestra ya larga trayectoria de programa de atención a las personas y sectores sociales más vulnerables nos ha mostrado que uno de los factores que suponen un mayor riesgo de exclusión social es, precisamente, la falta de participación. Para nuestra institución, la provisión de servicios sociales y de salud a través de las NTIC favorece la autonomía y la independencia de las personas el máximo tiempo posible, brindándoles la posibilidad de continuar participando en su comunidad. Concretamente, la participación y las relaciones con el entorno ofrecen a las personas una suerte de "malla social de seguridad" que constituye uno de los más importantes elementos preventivos del deterioro asociado al aislamiento.

A la hora de definir las claves de los futuros sistemas de asistencia, además de los aspectos puramente técnicos, hay que abordar otras cuestiones que reiteradamente señalan los expertos, como la personalización del apoyo que se presta, al acceso para todos, la dependencia del contexto, los entornos multilingües y la asistencia preventiva. Se trata de cuestiones vinculadas a las necesidades de los usuarios, de su entorno familiar, así como de los responsables de los servicios públicos y proveedores de asistencia, que son sumamente importantes a la hora de garantizar la eficacia y eficiencia de las soluciones propuestas.

Por ejemplo, algunos de los problemas que surgen en la implementación de los servicios de tele-asistencia se refieren antes al contexto organizacional en el cual se desarrollan que a la tecnología en sí misma. La prestación de asistencia a través de las NTIC obliga también a plantearse cuestiones de carácter ético sobre la vigilancia y sobre la posible pérdida de privacidad de las personas en situación de dependencia. Otro tema de marcada importancia reside en los aspectos legales relativos a la confidencialidad y a la protección de datos. Asimismo, al tratarse de la provisión de servicios basados en las nuevas tecnologías, se hacen necesarios estándares de calidad, tanto en lo que se refiere a la organización de los servicios como al equipamiento.

3. LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y DE SU ENTORNO SOCIAL Y ASISTENCIAL

CRE defiende que las soluciones tecnológicas deben dar respuesta tanto a las necesidades de las personas dependientes como a las de los cuidadores de proximidad, un sector altamente vulnerable, dado el coste económico y humano con que la dependencia grava la vida de las personas que tienen a su cargo los cuidados. Entre las necesidades *básicas* de las personas dependientes que la aplicación de las NTIC puede ayudar a satisfacer cabe mencionar la seguridad dentro y fuera del domicilio —a la que pueden contribuir las comunicaciones móviles y los sistemas de telelocalización— y la prevención de riesgos. Un mayor grado de autonomía es una demanda marcadamente señalada por muchas personas que se encuentran en situación de dependencia. Las NTIC se convierten así en el soporte a una vida más independiente.

También son evidentes las ventajas en lo que respecta a las necesidades de comunicación y convivencia, es decir, a la disminución del aislamiento y de la soledad.

Otro grupo de necesidades está relacionado con el *diseño para todos*: se requieren dispositivos y soluciones tecnológicas que propicien el acceso a la información y el conocimiento sobre los servicios disponibles. Las herramientas que se ponen a disposición de las personas dependientes deben, por ello, ser sencillas y “usables”, ofrecer tranquilidad al usuario y eliminar la ansiedad sobre su manejo. Se trata, en definitiva, de eliminar las barreras sensoriales o físicas, y también las propias barreras tecnológicas.

Entre las necesidades de carácter emocional de las personas dependientes hay que referirse a la comprensión, el trato humano, la necesidad de sentirse escuchados, la confianza en quienes les cuidan y la participación social, que, como ya se ha mencionado, representa uno de los factores que eliminan el riesgo de exclusión. En este apartado se ha de incluir el respeto a la intimidad: al hacer propuestas de asistencia, es muy importante que los dispositivos no sean intrusivos y que los cuidadores no se adueñen de la vida de la persona dependiente, para permitirle mantener el mayor nivel de autonomía e intimidad posible.

En relación con este último factor, es conveniente que cuando se proveen servicios a domicilio sea una sola persona la que visite al usuario, y que la atención integre aspectos tanto sociales como sanitarios. La multiplicidad de cuidadores y proveedores incrementa la dependencia del usuario.

En un último bloque de necesidades, cabe referirse a la autogestión de la salud y del bienestar, al disfrute de actividades intelectuales y de ocio. Todas estas necesidades deben reivindicarse sin obviar la necesidad de que el coste sea asumible.

Pero las necesidades no las presenta sólo la persona en situación de dependencia, sino también la que se ocupa de los cuidados que precisa aquella. De vital importancia resulta adaptar las soluciones tecnológicas a los *cuidadores de proximidad*. En muchas ocasiones, los instrumentos que se han colocado en el mercado no han tenido éxito por no tener en cuenta este factor.

La dependencia de un familiar genera una variedad de necesidades emocionales, como la defensa del estrés, la tranquilidad y la seguridad.

Los cuidadores precisan tiempo para sí mismos, para su vida personal. Se hacen necesarios estrategias y apoyo para la conciliación de su vida familiar y laboral, dispositivos que se orienten a la prevención de sus riesgos, grupos de autoayuda y orientación para prevenir el *burn-out* ("quemarse"), formación sobre el mejor modo de ejercer los cuidados... A través de Internet (*chats*, correo electrónico) y mensajes SMS se puede incidir en el autoapoyo, asesorar y formar en técnicas de cuidados y disminuir la sobrecarga que experimenta el cuidador familiar. La manejabilidad de los dispositivos representa otro factor decisivo, así como la relación coste/eficacia.

Un período especialmente delicado para la familia es el tiempo que transcurre entre la entrada en situación de dependencia del familiar y el momento en que se dispone de apoyo público o privado. Ésta es una fase de desconcierto y ansiedad en la que pueden ofrecerse respuestas *punte* desde entidades que pertenecen al tercer sector.

usuarios y usuarias de gran valor preventivo. Otro aspecto muy importante para una entidad que utiliza las NTIC para prestar servicios a las personas en situación de dependencia consiste en definir la forma de interacción con los usuarios y, por último, articular sistemas eficaces de gestión de los cuidadores, así como de medición de la calidad de los cuidados.

En función de las necesidades de la persona y de su grado de dependencia de otros para efectuar las actividades cotidianas, los proyectos o servicios pueden partir de un enfoque de autogestión, con una participación activa de la persona usuaria, o de otro basado en tecnologías que no necesitan ser operadas por la persona dependiente (pasivas). La mayoría de los proyectos implantados hasta la fecha parten de un enfoque reactivo: se trata de soluciones que permiten intervenir ante caídas, accidentes domésticos o circunstancias similares. Pero, cada vez más, los avances de las NTIC favorecen el desarrollo de proyectos proactivos, lo que facilita, a su vez, trabajar desde una óptica de prevención.

4. CRUZ ROJA ESPAÑOLA COMO PROVEEDORA DE SERVICIOS A PERSONAS DEPENDIENTES BASADOS EN NTIC

Conocer las necesidades de cuidadores y usuarios, integrar servicios financieramente sostenibles, apoyar a las administraciones públicas, elaborar bases de datos eficaces, unificar protocolos de actuación, planificar la gestión de los recursos humanos y co-gestionar los aspectos sociales y sanitarios son algunos de los retos a los que se enfrenta CRE en su oferta de programas de apoyo a personas dependientes basados en las NTIC. En este momento, estamos en condiciones de crear una suerte de ecosistema, a través de un *contact-center* (centro de contacto), que nos permita ofrecer respuestas a muchas de las necesidades de las personas usuarias y cuidadoras.

Cuando, como proveedores de servicios, analizamos el impulso que las NTIC han experimentado, nos damos cuenta de que se dibuja un nuevo escenario para nuestros programas gracias a la innovación en *detectores* (automáticos/semiautomáticos, móviles/fijos, domésticos/personales...); a los *sistemas de comunicaciones*, que permiten que las señales lleguen al lugar adecuado eficientemente; al *software*, que nos ofrece la posibilidad de diseñar patrones de comportamiento cotidiano de los

Los servicios de teleasistencia de CRE para la prevención de riesgos y el apoyo a personas en situación de dependencia

De todos los proyectos que CRE desarrolla en el ámbito del apoyo a las personas en situación de dependencia, el que cuenta con mayor trayectoria es la *teleasistencia domiciliaria*, que se presta a personas mayores y a personas afectadas por discapacidades. A través de un equipamiento de comunicaciones e informática específico, CRE proporciona a los usuarios la seguridad de poder contactar con un equipo de profesionales, de forma inmediata, ante crisis de angustia o soledad, caídas, necesidades sanitarias o cualquier accidente doméstico.

El equipo profesional es capaz de encauzar o dar solución a situaciones de emergencia, bien a través de su propia intervención, bien movilizando los recursos existentes en la comunidad que sean apropiados para el caso. El sistema funciona las 24 horas del día durante todo el año. La seguridad que ofrece evita múltiples solicitudes de ingreso en residencias y permite al usuario residir en su medio habitual.

CRE ha desarrollado un proyecto piloto de teleasistencia móvil, basado en la utilización de tecnologías de comunicación telefónica móvil y de telelocalización (GSM y GPS), dirigido a rentabilizar el potencial de las NTIC para ampliar las ven-

tajas de la teleasistencia domiciliaria. Este servicio aspira a integrar a los usuarios en su medio habitual, facilitando la comunicación con el exterior y proporcionando el acceso a los servicios de la comunidad, a responder inmediatamente ante las eventualidades que puedan surgir, mediante atención constante y a distancia, y a garantizar protección, seguridad, tranquilidad y acompañamiento fuera del domicilio.

5. PLANTEAMIENTOS DE FUTURO

Los avances en las comunicaciones móviles, en el desarrollo de *software* específico, de detectores y sensores, de centros de contacto para facilitar la relación entre las personas dependientes, los cuidadores y CRE, unidos a nuestra ya la larga trayectoria en la provisión de servicios a sectores vulnerables de la población, nos impulsan a buscar nuevos modelos de apoyo a las personas dependientes, siempre desde una óptica de vulnerabilidad-capacidad, con el objetivo de combatir los riesgos de exclusión social. La cercanía a las personas nos coloca en un papel decisivo en los proyectos de colaboración con nuestros socios tecnológicos. Son las necesidades sociales las que deben estimular los proyectos de ámbito socio-sanitario basados en las NTIC, para que éstos ofrezcan respuestas adecuadas a los contextos que las demandan.

CRE concibe su modelo de intervención como una herramienta dirigida a personas en situación de dependencia o de pre-dependencia, a los familiares o personas próximas que les proporcionan los cuidados, a profesionales y voluntarios y, por último, a responsables de recursos públicos y del diseño de políticas públicas de ámbito socio-sanitario. Este proyecto permite retrasar o ralentizar los procesos que conducen a la dependencia, incrementar el nivel de autonomía de sus usuarios, mejorar su calidad de vida, y fomentar la realización de actividades de ocio y tiempo libre, posibilitando la convivencia y la participación en la vida comunitaria y creando o fortaleciendo vínculos con la red de apoyo social. Asimismo pretende facilitar el aprendizaje de habilidades y técnicas de autocuidado, convirtiendo a los usuarios en agentes de su bienestar socio-sanitario. A la vez, CRE aspira a proporcionar a los familiares que tienen a su cargo una persona dependiente, y a los voluntarios que, desde nuestros programas les prestan apoyo, recursos dirigidos a disminuir su ansiedad y aumentar su bienestar.

En resumen, CRE ha ido creando un sistema que pueda proporcionar a las personas dependientes y sus familias cobertura especialmente en un lapso de tiempo crítico: el que cubre el período inmediatamente anterior y el inmediatamente posterior al reconocimiento formal de la situación de dependencia; es decir, el tiempo en el que no se dispone de servicios de apoyo. En este ámbito, las entidades del tercer sector tienen una flexibilidad e inmediatez que pueden ser de gran importancia para orientar a la familia y evitar situaciones de crisis. Y, como todos los proyectos que dependen de nuestra institución, también éste considera la participación del voluntariado una pieza clave dentro del sistema.

Las personas en situación de dependencia. La visión desde Bilbao Bizkaia Kutxa

XABIER DE IRLA ESTÉVEZ*

1. INTRODUCCIÓN

Este breve artículo ofrece una aproximación a una de las realidades sociales más relevantes a las que se da respuesta desde la acción social de las cajas de ahorros: la dependencia. No se trata de un fenómeno nuevo ni tampoco lo es la intervención de Bilbao Bizkaia Kutxa en relación con él; sí, sin embargo, de una realidad cuya configuración y abordaje están cambiando de forma rápida, de modo que se hace necesario recapitular y revisar nuestra mirada y nuestra acción al respecto.

Tras unas breves consideraciones sobre la dependencia y una presentación de las respuestas sociales que exige, el artículo se centra en los debates actualmente en curso acerca de esta cuestión, para esbozar posteriormente la realidad de las personas que se hallan en situación de dependencia en nuestro entorno. Finalmente, los dos últimos apartados se referirán a la acción social de Bilbao Bizkaia Kutxa y, específicamente, a algunas contribuciones de nuestra entidad a la cobertura del riesgo social de la dependencia.

2. APROXIMÁNDONOS A LA DEPENDENCIA

Cuando hablamos de dependencia, nos referimos, siguiendo la definición utilizada por el Consejo de Europa en la *Recomendación relativa a la*

* Presidente de BBK.

dependencia, de 1998, a “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” o, de forma más precisa, a “un estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Y quizá sea conveniente comenzar diciendo que la dependencia es una situación muy natural y propia del ser humano. Del Río (1992) ha subrayado que la dependencia del bebé humano respecto de quienes le rodean (si lo comparamos, por ejemplo, con un cordero) es algo que caracteriza profundamente al ser humano, algo que nos hace en buena medida ser lo que somos. Posiblemente, si los seres humanos no hubiéramos sido tan dependientes de las otras personas, no habríamos fortalecido nuestra dimensión social, no habríamos desarrollado el lenguaje y no habríamos alcanzado el grado de desarrollo del que disponemos.

Así pues, aunque se afirme que el estado deseable para cualquier persona es el de la mayor autonomía posible, también se ha de reconocer la connatural interdependencia entre las personas y el hecho de que, en algunos momentos de la vida, podamos estar en lo que se denomina *situación de dependencia* sin menoscabo de nuestra dignidad, de nuestros derechos, de nuestro bienestar y de nuestra felicidad. Para todo ello, obviamente, resultan fundamentales las respuestas sociales a esa situación de dependencia.

En todo caso, como ya se apuntó arriba, la dependencia no es un fenómeno nuevo. Como tal

ha existido siempre. Sin embargo, es en años recientes cuando se acuña y se va generalizando el término, y cuando la dependencia adquiere una nueva configuración como objeto de estudio e intervención social. Ello se debe, fundamentalmente, a la conjunción de dos factores: por un lado, el importante aumento del número de personas en situación de dependencia, debido, en buena medida, al incremento de las posibilidades de supervivencia a muchas enfermedades y accidentes; por otro lado, la rápida disminución de la disponibilidad de las familias para la ayuda personal, como consecuencia, entre otras razones, de importantes transformaciones de las estructuras de las familias (menor número de hijas e hijos, incremento del número de familias en las que ambos cónyuges trabajan fuera del hogar, diversificación del modelo de familia nuclear, por citar sólo algunos de estos cambios).

Son estos factores los que han llevado a que, con frecuencia, al hablar de dependencia, se piense inmediatamente en las personas mayores. Sin embargo, si bien las personas de más edad conforman el grueso de la población en situación de dependencia, es importante recordar la heterogeneidad de esta población y la presencia en su seno de personas de todas las edades. Olvidarse de este dato puede llevar a errar en las políticas y las actuaciones para afrontar la dependencia. De hecho, según datos de Rodríguez Cabrero (2004), del millón y medio aproximado de personas en situación de dependencia que hay en España, aproximadamente un tercio tiene entre 6 y 64 años. También hay que notar que, según esos mismos datos, casi dos tercios de las personas en situación de dependencia en España son mujeres.

Sea como fuere, la dependencia se presenta, hoy y aquí, como un verdadero reto social en el que, en buena medida, nos jugamos la calificación moral que pueda merecer nuestra sociedad. Aquello que hagamos con las personas que más ayuda necesitan de otras para llevar adelante su proyecto vital será posiblemente una de las mejores muestras de cuáles son los valores realmente vigentes en nuestras sociedades.

3. RESPUESTAS A LA DEPENDENCIA

Ante la pregunta sobre cómo puede y debe responderse socialmente a este reto, es necesario acudir a la comunidad científica, profesional e institucional relacionada con la dependencia, de la cual

las cajas de ahorros forman parte, para indagar sobre las necesidades y demandas relacionadas con la dependencia y los recursos o instrumentos de actuación adecuados.

Intentando hacer una síntesis muy resumida de los enfoques y herramientas disponibles para dar respuesta a la dependencia, se ha de empezar subrayando la importancia de la prevención de ésta. Es evidente que, más allá de los factores genéticos, existen variables de tipo social y ambiental que operan como desencadenantes o catalizadores de situaciones de dependencia. Por ello, es posible y necesaria la prevención de la dependencia mediante la promoción de hábitos saludables, la estimulación y potenciación de capacidades o el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas, por poner algunos ejemplos.

En la medida en que la dependencia no ha podido ser, o de hecho no ha sido, evitada, se impone, en general, brindar a la persona en dicha situación la ayuda personal que necesite para su desenvolvimiento cotidiano. A la hora de brindar esta atención, existe un amplio consenso respecto a que resulta preferible, en principio, el apoyo prestado por la red sociofamiliar natural o informal de la que forma parte la persona, de tal manera que ésta permanezca en su entorno comunitario. Dicho apoyo, en todo caso, ha de contribuir a que la persona pueda dar respuesta a sus necesidades ejerciendo, en la mayor medida posible, el control libre sobre su vida.

Sin embargo, esta preferencia por los apoyos comunitarios no debe servir para justificar la situación en la que hoy se encuentran muchas familias con personas en situación de dependencia y, fundamentalmente, las mujeres de esas familias que asumen la tarea del cuidado. En muchos de estos casos, la ausencia o escasez de otros apoyos lleva a que estas familias, y en particular estas mujeres, sufran problemas de salud, vean cortocircuitadas sus relaciones personales y actividades sociales y, en definitiva, no puedan desarrollar satisfactoriamente su proyecto personal de vida.

Se impone, por tanto, una respuesta desde el sector formal de cuidados y, en este momento, una estructuración y fortalecimiento de la respuesta desde el sistema de servicios sociales ante una demanda creciente que va a seguir aumentando. Parece evidente la necesidad de ir incrementando la cantidad y el elenco de prestaciones y servicios que ayuden a las personas en situación de dependencia a desenvolverse en sus ámbitos

vitales (escolar, laboral, hogareño, comunitario u otros). Entre estos servicios cabe destacar la teleasistencia, la ayuda a domicilio, la atención socioeducativa, los centros de día y los servicios residenciales, sin dejar al margen otros programas o alternativas de intervención social que puedan satisfacer ese objetivo.

Un reto de particular importancia es el engranaje y la coordinación de los servicios sociales con los servicios sanitarios, tan presentes e importantes en la vida de muchas personas en situación de dependencia. La estructuración de esa respuesta sociosanitaria, tanto en su dimensión asistencial como en su dimensión habilitadora o rehabilitadora, resulta clave en la respuesta a las situaciones de dependencia.

En este breve resumen sobre las respuestas a la dependencia no cabe olvidar otras medidas que, en definitiva, buscan la real equiparación de oportunidades para las personas en situación de dependencia: desde las prestaciones económicas y ayudas técnicas hasta la intervención en los entornos para facilitar la movilidad y la comunicación con un enfoque de "diseño para todas las personas", o la sensibilización social para modificar valores y actitudes excluyentes o discriminatorios.

4. LA DEPENDENCIA EN EL DEBATE DE LA POLÍTICA SOCIAL

La estructuración y provisión de este abanico de recursos constituye, como se ha venido diciendo hasta aquí, un reto al que nuestra sociedad, a pesar de haber dado pasos importantes, dista de estar respondiendo de manera satisfactoria. Y ello es así porque, muchas veces, nuestros propios éxitos en la gestión de los riesgos sociales nos colocan ante nuevos retos para los que hemos de idear nuevas herramientas y modelos de respuesta.

Ciertamente, esta nueva emergencia del fenómeno de la dependencia coloca a la sociedad y las instituciones ante encrucijadas y debates, ya sugeridos, que en este apartado se van a desarrollar algo más; encrucijadas y debates que forman parte de las preocupaciones estratégicas de Bilbao Bizkaia Kutxa como entidad que pretende ajustar siempre su acción social a la hora que, en cada momento, le toca vivir.

En este momento, tras la elaboración del *Libro Blanco de la Dependencia* del IMSERSO, se ha iniciado ya en España el proceso que conducirá a la aprobación de una nueva ley en relación con la dependencia. Cabe pensar que ello responde a una conciencia social sobre el hecho de que se trata de una contingencia ante la que el estado ha de reajustar e incrementar su protección. En efecto, uno de los grandes debates en curso se refiere a la medida y la manera en la que los poderes públicos se harán cargo de la protección social de la dependencia y cómo se incorporará la aportación de las familias y comunidades, las empresas con ánimo de lucro o el sector no lucrativo. Con independencia de las diferentes posiciones legítimas en materia de política social o de los modelos de solidaridad preferidos por cada cual, no parece discutible la necesidad de conceder un papel estratégico y fundamental a los poderes públicos en materia de protección social de la dependencia, ni tampoco la conveniencia de buscar sinergias entre las aportaciones de los diferentes sectores mencionados, pues el concurso de todos ellos va a ser necesario para responder al reto que tenemos delante.

Un segundo debate, diferente del anterior pero relacionado con él, es el que tiene que ver con el modelo de atención que se va a ofrecer a las personas en situación de dependencia. Como ya se ha apuntado, desde la comunidad científica y técnica de referencia se plantea un modelo de "atención comunitaria" que promueva la integración de la persona en su entorno y la continuidad de cuidados con una perspectiva de atención integral. Sin embargo, no deja de haber dinámicas y tendencias que van, con o sin discurso justificador, en contra de dicho modelo y plantean el eterno retorno a fórmulas de atención que parecen llevarnos de vuelta al modelo de "institución total".

Un tercer debate de interés está relacionado con el papel del sistema sanitario, el de los servicios sociales y la coordinación de la atención entre ambas redes. Las personas en situación de dependencia constituyen uno de los grupos para los que resulta más necesaria la adecuada integración entre las prestaciones sanitarias y las de servicios sociales. Hoy en día son diversas las dificultades para la articulación del espacio sociosanitario, y una de ellas radica en el diferente grado y modo de estructuración del sistema de salud y del sistema de servicios sociales. Por ello, se habla de la necesidad de fortalecer los servicios sociales como "cuarto pilar del Estado del bienestar".

Como cuarta cuestión que caracteriza los actuales debates en relación con la atención a las

personas en situación de dependencia, se ha de señalar que el propio concepto de dependencia invita a una nueva forma de segmentación de las poblaciones destinatarias en el ámbito de la intervención social. Así, muchas iniciativas públicas y privadas, convencionales o voluntarias, se han estructurado en torno a segmentos como los de "las personas mayores" o "las personas con discapacidad". Esta segmentación, y la consiguiente estructuración de la respuesta, sin embargo, resultan muchas veces disfuncionales para una adecuada atención a las personas en situación de dependencia, cuyo colectivo no coincide con ninguno de los segmentos clásicos utilizados que se han mencionado.

En última instancia, el de la dependencia es un debate político, ético e incluso antropológico. La decisión sobre si hay que invertir los recursos escasos, por ejemplo, en hacer una carretera o en incrementar la ayuda a domicilio es política y, en el fondo, remite a valores morales y a concepciones sobre el ser humano. En definitiva, el debate sobre la dependencia nos coloca ante la pregunta acerca del valor que concedemos a la vida humana; a la vida humana, sin más, despojada de muchos de los atributos a los que nuestra cultura está acostumbrada a otorgar valor.

5. LA SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y SU ATENCIÓN SOCIAL EN NUESTRO ENTORNO

En el proceso de planificación estratégica de Bilbao Bizkaia Kutxa hemos intentado hacer un análisis de las necesidades y las respuestas que hay en nuestro entorno en materia de acción social a personas en situación de dependencia. Así, un análisis de los servicios sociales para estas personas en la Comunidad Autónoma del País Vasco nos muestra un creciente compromiso público, que actúa tanto con un modelo de gestión pública directa como de gestión concertada con centros privados. Se ha de destacar, no obstante, la iniciativa privada convencional, particularmente especializada en servicios residenciales, que parece haber encontrado en ellos un nicho de mercado interesante.

El mayor porcentaje de gasto público corresponde a las residencias, que, sin embargo, no alcanzan aún el estándar de cobertura recomendado por el Plan Gerontológico de 1992. No olvidemos, sin embargo, que los centros de día se van consoli-

dando como una nueva oferta asistencial, complementaria de la atención domiciliar y alternativa a la residencial. Atención especial merecen los problemas detectados en relación con el transporte, la rigidez de algunas ofertas y su precaria conexión con los recursos comunitarios.

Los programas de apoyo a cuidadores y cuidadoras (como los servicios denominados de alivio o respiro, o de asesoramiento) son realmente escasos, aunque se espera que crezcan en los próximos años. En este aspecto interesa señalar la incidencia que está teniendo el envejecimiento de la población también en el colectivo de cuidadores y, sobre todo, de cuidadoras. No es extraño el caso de personas mayores de 65 años que, pudiendo ser objeto de cuidados y atención ellas mismas, ejercen de cuidadoras de familiares ya en la cuarta edad y con graves limitaciones de autonomía.

Este análisis sería compartido por el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia (que es la competente en materia de servicios sociales especializados para personas en situación de dependencia), ya que en su Plan Estratégico 2004-2007 contempla actuaciones para la ampliación del parque de plazas en centros residenciales. Apuesta asimismo por la creación de una red comarcalizada de centros de día especializados y la extensión al fin de semana de estos servicios, además de explorar la financiación de la asistencia informal remunerada. La persona cuidadora es también objeto de atención, y a ella se dirige la implantación de un programa psicosocial de cuidado.

6. LA CONCEPCIÓN DE LA ACCIÓN SOCIAL EN BILBAO BIZKAIA KUTXA

Según se recoge en la declaración de misión de nuestro Plan Estratégico 2004-2007, "nuestra obra social es la principal razón de ser de Bilbao Bizkaia Kutxa y su instrumento primordial para el apoyo comprometido a la integración social activa y solidaria de las personas".

En Bilbao Bizkaia Kutxa entendemos la acción social en términos de influencia proactiva, sistemática y legítima en los procesos de exclusión o inclusión social. Asimismo, partimos de que la exclusión social no representa un problema que afecta únicamente a determinados colectivos, sino que todas

las personas pueden verse, en un momento u otro de sus vidas, afectadas por procesos de exclusión social, y todas pueden participar en procesos que generen mayor inclusión social.

Los destinatarios de la obra social de Bilbao Bizkaia Kutxa son, por tanto, las personas, los grupos, las organizaciones y las comunidades de su entorno, en tanto en cuanto vivan riesgos o presenten situaciones de exclusión social, o puedan involucrarse o estén participando en procesos que generen mayor inclusión social. Si bien la acción social puede tener en muchas ocasiones un carácter asistencial o paliativo, cada vez se pone más énfasis en la promoción y en la prevención. Por todo ello, las personas en situación de dependencia y sus redes familiares y comunitarias son consideradas como destinatarias de la acción social de Bilbao Bizkaia Kutxa.

7. LA ACCIÓN SOCIAL DE BILBAO BIZKAIA KUTXA EN RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA

En este marco que acabamos de presentar se encuadra la acción social de Bilbao Bizkaia Kutxa dirigida a las personas en situación de dependencia. La intervención de la obra social de Bilbao Bizkaia Kutxa, en lo que respecta a la prevención de la dependencia y la atención a personas en situación de dependencia, se realiza fundamentalmente a través de:

- los recursos residenciales, con 400 plazas en residencias para la tercera edad y un extenso programa de actividades socioculturales, que se realiza tanto en nuestros treinta clubes de personas jubiladas como en medio centenar de clubes de Bizkaia que colaboran con BBK;

- la Fundación Eragintza¹ y la colaboración con la Fundación Argia² en el ámbito de las enfermedades mentales.

¹ La Fundación Eragintza es una entidad de carácter benéfico, sin ánimo de lucro, constituida en 1991 por la Diputación Foral de Bizkaia y Bilbao Bizkaia Kutxa, cuyo objetivo es la rehabilitación y reinserción socio-laboral de las personas con enfermedad mental de larga evolución.

² La Fundación Argia es una institución benéfico-asistencial dirigida a personas con secuelas provocadas por el padecimiento de trastornos psíquicos crónicos.

Además de nuestra actuación directa, trabajamos en estrecha colaboración con el importante tejido social de Bizkaia que apoya a las personas en situación de dependencia. Fortalecer este tipo de entidades y ayudarlas en su actuación se ha convertido en un objetivo estratégico para nuestra entidad, como fórmula eficaz y flexible de apoyo a las personas que precisan cuidados. A través de las convocatorias anuales de ayudas a proyectos sociales, apoyamos más de 200 proyectos con una dotación de más de 2,5 millones de euros cada año.

Por otra parte, en nuestro plan estratégico actualmente vigente está previsto un estudio de viabilidad para la construcción y gestión de residencias como medio para la generación de empresas sociales económicamente rentables y la inserción laboral de personas desempleadas. Merece destacarse, sin embargo, la transformación que estamos realizando en nuestro centro situado en la localidad de Ola, creado en 1972 como institución pionera en el ámbito de la educación especial para niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual. Por el colegio del Centro de Ola han pasado desde entonces cerca de 1.600 niños y jóvenes, y a casi 7.000 ha atendido su centro de diagnóstico. Con anterioridad, en 1967, habíamos creado el Taller Ocupacional Iturlan, que desde su fundación ha logrado ocupar a 209 jóvenes con deficiencias intelectuales.

De hecho, puede decirse que, en este campo, hemos sido una entidad de referencia, puntera y pionera en las respuestas educativas y en el desarrollo del empleo protegido, que ha contribuido de manera importante a sentar las bases del actual sistema de atención a las necesidades educativas y laborales de las personas con discapacidad intelectual.

Intentando mantener esa capacidad referencial, en los últimos años la obra social de Bilbao Bizkaia Kutxa se ha embarcado en una revisión a fondo de su respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y sus familias, y ha optado por reorientar su intervención a los momentos de transición en la vida de los afectados por estos problemas o de segmentos no atendidos en esa población. Por ello, uno de los grupos a los que se dirigirá principalmente el nuevo *Centro Ola para la Atención Integral a Personas con Discapacidad* es el de las personas con discapacidad intelectual que se van aproximando a una situación de creciente dependencia. Ello sucederá fundamentalmente en etapas de envejecimiento de las personas, en las que puede ocurrir, por ejemplo, que el

centro ocupacional o de empleo al que venían acudiendo encuentran dificultades para adaptarse a la nueva situación de la persona.

Este nuevo centro en Ola, para cuya creación se ha previsto una inversión de 4,6 millones de euros, supondrá la remodelación de los servicios actuales y la oferta de nuevos recursos, potenciando la intervención diurna y residencial en el proceso de envejecimiento; la prevención de la dependencia; la investigación, el desarrollo y la innovación, o el servicio de información, orientación, formación y gestión de recursos. Bajo la única dirección de Bilbao Bizkaia Kutxa, el *Centro Ola de Atención Integral para Personas con Discapacidad Intelectual* combina obra propia y obra en colaboración con las administraciones públicas y las entidades privadas sin ánimo de lucro del sector, para aunar esfuerzos de cara a conseguir una mayor eficacia en la prestación de los servicios sociales al mundo de la discapacidad. Con una cobertura prevista de aproximadamente 1.750 usuarios, comenzará a funcionar entre finales de 2005 y comienzos de 2006.

BIBLIOGRAFÍA

BBK (Bilbao Bizkaia Kutxa) (2004), *Plan estratégico de la Obra Social de Bilbao Bizkaia Kutxa*, Bilbao.

DEL RÍO, P. (1992), "La discapacidad, único camino hacia el hecho humano", en Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, *Discapacidad e información*, Madrid, RPPAPM: 91-113.

IMSERSO (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid, MTAS (<http://www.imsersomayores.csic.es/libroblancodeladependencia.html>).

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004), *El Estado de bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Madrid, Fundamentos.

Las cajas de ahorros ante la inmigración

CARLOS EGEA KRAUEL*

1. INTRODUCCIÓN

Desde finales del pasado decenio, estamos asistiendo a una intensificación de la presencia de población extranjera en España. Este fenómeno, que es ya una realidad ampliamente reconocida, influye notablemente en muchos ámbitos de la vida económica y social española. El sector financiero, en general, no ha sido ajeno a este fenómeno, toda vez que con la figura del inmigrante surge un nuevo tipo de cliente al que ha sido necesario atender, tanto adaptando productos y servicios como incluso introduciendo otros nuevos. Pero al mismo tiempo, y sobre todo desde el sector de las cajas de ahorros, se están realizando otras actuaciones que contribuyen a la integración de este colectivo y evitan el riesgo de exclusión social y financiera.

Como se ha puesto repetidamente de manifiesto, la población extranjera residente en España constituye un grupo social de difícil cuantificación. Es conocida la presencia de un importante número de inmigrantes en situación irregular que, por tanto, escapan, en gran medida, de los procesos estadísticos de medición. De ahí que cualquier aproximación a su dimensión, realizada a partir de fuentes

oficiales, tenga siempre un carácter de mínimos. Las cifras que se barajan van desde algo más de 2.000.000 a casi 4.500.000 de inmigrantes¹.

Conviene, en cualquier caso, distinguir dos grandes grupos de origen y comportamientos diferentes en la conformación del colectivo de inmigrantes residentes en España. De una parte se encuentran los procedentes de los países comunitarios y de otros que pueden considerarse desarrollados². Este grupo, que representa tan sólo el 22% del total, se diferencia notoriamente del formado por el resto de nacionalidades y tiene su propia especificidad, en sentido amplio, destacando por su proximidad a la población española en cuanto a su comportamiento social, cultural, económico y financiero. Por lo que se refiere al resto de inmigrantes de otras nacionalidades, proceden de los con frecuencia denominados "países en vías de desarrollo", y entre sus motivos para emigrar prevalece la búsqueda de trabajo y medios materiales. Aunque de origen diverso, se aprecia una concentración en determinadas nacionalidades, entre las que descuellan la ecuatoriana, la marroquí, la rumana, la colombiana y la argentina. Se trata, en todo caso, de una inmigración que presenta características comunes en cuanto a su motivación última, pero también elementos claramente

* Director General de CAJAMURCIA.

¹ A 31 de marzo de 2005, antes de iniciarse el último proceso de regularización, la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración situaba la cifra de inmigrantes regulares en 2.054.453. Según el INE, el número de extranjeros inscritos en el Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005 se elevaba a 3,7 millones de personas, un 8,4% de la población española. Conviene recordar que la inscripción

en el Padrón no requiere la posesión de un permiso de residencia y también que una gran parte de los residentes nacionales de países de la Unión Europea no solicitan permiso de residencia. La cifra de casi cuatro millones y medio aparece publicada en el artículo de Carmen González incluido en este número de *Panorama Social*.

² Entendidos como el grupo de los 30 países pertenecientes a la OCDE.

te diferenciales en términos culturales, educativos, vitales e incluso idiomáticos que deben tenerse en cuenta en el trato y la oferta de integración a los inmigrantes.

consecuencia de las barreras culturales e idiomáticas existentes.

De ahí que el inmigrante, como usuario de productos y servicios financieros, tenga un perfil particular, al que el sector de cajas de ahorros, en su conjunto, ha adaptado su estrategia. Las cajas tratan al inmigrante como un cliente cuyas demandas y necesidades van más allá de las estrictamente financieras; es decir, aplicando una estrategia general –con las lógicas peculiaridades de cada entidad– que se apoya en dos grandes líneas, esquematizadas en el gráfico 1: una exclusivamente financiera, con productos y servicios adaptados a sus necesidades, y otra, complementaria de la primera, derivada de la orientación social de las cajas, basada en líneas de actuación y programas que contribuyen a la inclusión social y financiera de los inmigrantes.

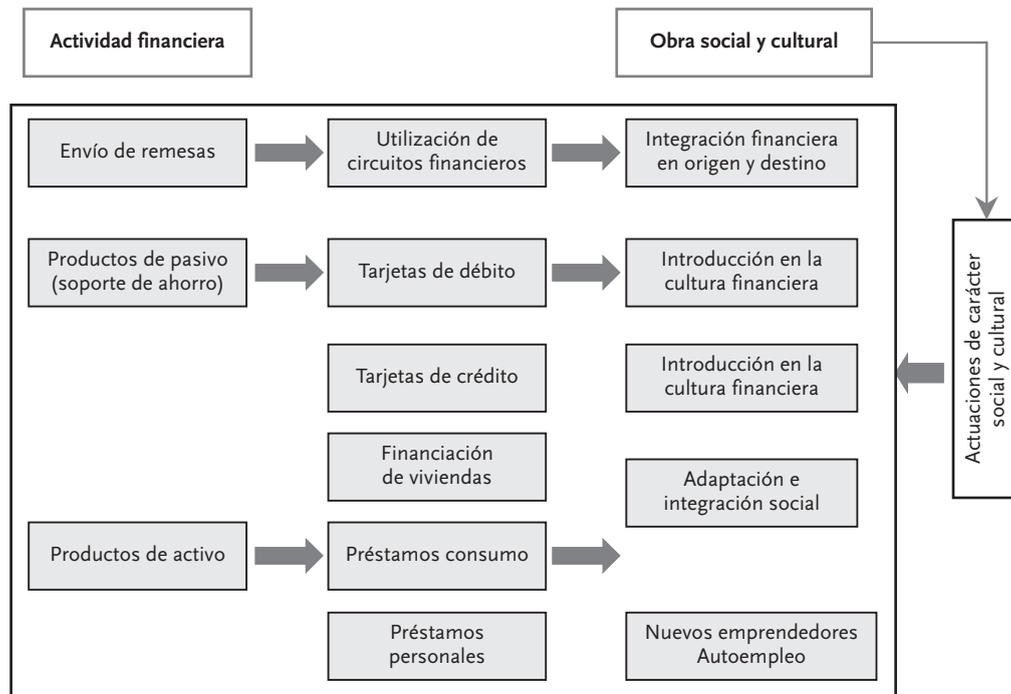
Aparte de lo ya indicado, importa resaltar el modo en que las cajas de ahorros han realizado su aproximación al inmigrante. Este acercamiento se

2. LA ACTUACIÓN DE LAS CAJAS EN MATERIA DE INMIGRACIÓN

El inmigrante laboral se caracteriza, en general, por una escasa cultura financiera. Se deriva ésta, entre otras razones, de la propia desconfianza en el sistema bancario de su país de origen, del desconocimiento del coste asociado al uso de determinados productos financieros, de la reticencia a utilizar una oficina bancaria, de la calidad del servicio recibido en casos concretos, e incluso de la falta de adaptación de ciertas entidades financieras para atender adecuadamente a algunos de estos emigrantes, tanto por cuestiones de horario como del tiempo de dedicación que pueden precisar a

GRÁFICO 1

DE LA INTEGRACIÓN FINANCIERA A LA INCLUSIÓN SOCIAL DEL INMIGRANTE



ha abordado de muchas formas, pero sobre todo mediante un proceso de adaptación a su idiosincrasia, que parte del convencimiento de que, además de medidas que puedan considerarse tradicionales, se precisan otras de acompañamiento que generen proximidad y confianza. En esta línea se han puesto en marcha actuaciones específicas, con tratamiento personalizado y adecuado en múltiples formas y conceptos. Entre ellas cabe resaltar el uso de agentes financieros, la definición de espacios o áreas especializadas en algunas oficinas y la creación de oficinas específicamente orientadas y adaptadas a las necesidades de los inmigrantes tanto en horario como con empleados de su nacionalidad. También se han desarrollado conceptos más amplios, como los centros multiservicio, en los que se incluyen tanto servicios de telefonía y videoconferencia como de envío de remesas, gestión de microcréditos o servicios financieros y bancarios a través de agentes con una disponibilidad de horarios y de atención personalizada específicos.

Entrando ya en la cuestión del comportamiento financiero del inmigrante, puede afirmarse que sigue una línea evolutiva en cierto modo acompasada con su tiempo de permanencia en España y su integración social y laboral. Así, el inmigrante pasa de ser inicialmente un demandante neto, y casi exclusivo, de un servicio de remesas o de envío de dinero a su país de origen a convertirse, más tarde y en función de que alcance un cierto grado de estabilidad, en consumidor de determinados productos de activo y pasivo que cabe calificar de tradicionales, aunque con determinadas singularidades.

Para atender las necesidades financieras de su primera etapa, las cajas de ahorros han abordado el servicio de remesas con diferentes fórmulas, pero siempre desde la perspectiva de que, con la prestación de este servicio, se consigue un doble y positivo efecto. Por una parte, se incluye al inmigrante en la operatoria bancaria habitual, y por otra, se logra también que el dinero enviado al exterior entre a formar parte, en el país de destino, del ahorro generador de inversión.

Así, con la prestación de este servicio, las cajas han impulsado diversas iniciativas que van desde actuaciones particulares a estrategias de grupo, incluyendo la definición de procedimientos específicos y novedosos como los que se exponen a continuación:

- Acuerdos o alianzas con empresas remesadoras que hacen llegar el dinero al beneficiario

utilizando su red de distribución en los países de destino. Las iniciativas en este sentido van desde el acuerdo mutuo entre una caja de ahorros y una empresa remesadora hasta las alianzas con empresas concretas o la participación en el accionariado de éstas. Es el caso de algunas cajas y, en particular, del proyecto BEM-Centro del Emigrante puesto en marcha recientemente por un conjunto de ocho cajas de ahorros para ofrecer un modelo de servicio integral al inmigrante, como los centros multiservicio antes indicados.

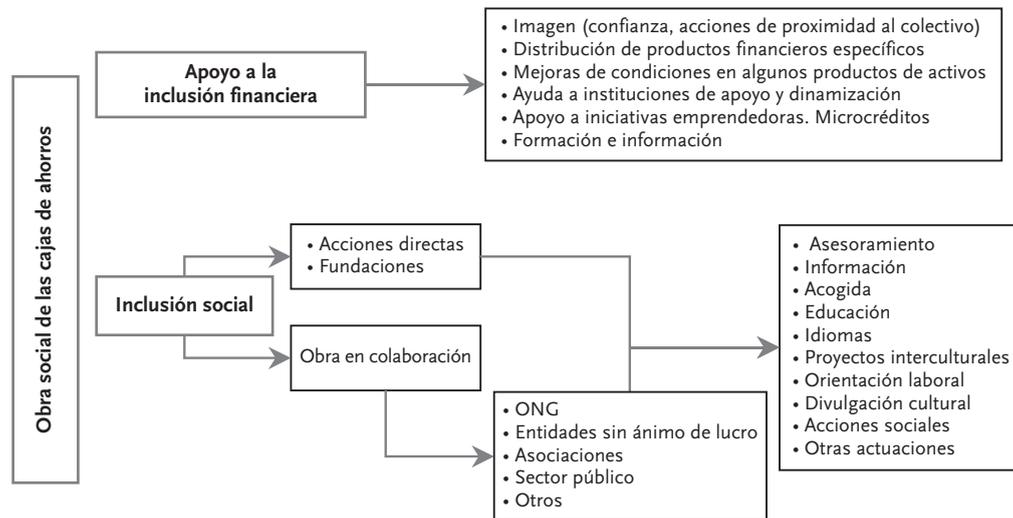
- Realización de convenios de colaboración con entidades financieras en el país de origen del inmigrante, las cuales reciben el dinero y lo ponen a disposición del beneficiario. Pueden citarse aquí tanto los convenios realizados por alguna caja en particular, como la iniciativa BRAVO, recientemente adoptada, que consiste en una plataforma de envío de remesas integrada por 32 cajas y coordinada por la Confederación Española de Cajas de Ahorros.

- Además de estos dos enfoques, e incluso superpuesto a ellos, se han dado pasos y avances basados en las posibilidades que abren las nuevas tecnologías y el uso de tarjetas para ofrecer el servicio con más facilidad y rapidez. Cabe citar aquí la utilización de tarjetas que permiten hacer transferencias internacionales desde cajeros, los sistemas de envío de dinero a través de móvil que permiten retirarlo en cajeros automáticos del país de destino, e incluso la utilización de tarjetas prepago.

El siguiente paso del inmigrante como consumidor de productos financieros, dentro de su ciclo de permanencia en España, se orienta fundamentalmente hacia los productos de pasivo. Conforme comienza a tener una cierta estabilidad laboral, pasa a ser demandante de un producto de ahorro, libreta o cuenta corriente, que, además, sea soporte de una tarjeta de débito. Con ello puede afirmarse que empieza realmente la etapa de su integración financiera, en la que juega un papel significativo la posibilidad que supone la utilización de una tarjeta para realizar disposiciones de efectivo en cajeros automáticos. Es éste un hecho que, en otro contexto, puede parecer trivial, pero que aquí alcanza particular relevancia, dados los horarios, usos y costumbres de gran parte de los inmigrantes. No obstante, es preciso señalar que en estos productos apenas existe diferenciación con el cliente habitual de una entidad financiera. O, dicho de otro modo, frente a este tipo de demanda apenas ha sido necesario realizar proceso de adaptación alguno de los productos previamente existentes.

GRÁFICO 2

LA OBRA SOCIAL Y LA INCLUSIÓN FINANCIERA Y SOCIAL DE LOS INMIGRANTES



Donde surge una diferenciación más concreta, siempre que el inmigrante haya logrado consolidar su residencia en España y se convierta en usuario de un abanico amplio de productos y servicios financieros, es en determinados productos de activo que requieren un diseño o un tratamiento específico. Así, es habitual que el inmigrante se haya endeudado en origen para poder realizar su viaje, o bien que precise dinero para volver a su país o traer a su familia a España. En caso de alquilar una vivienda, suele necesitar avales, o incluso financiación para llevar a cabo reparaciones o atender los primeros gastos de equipamiento de ésta. Son algunas de las necesidades de los inmigrantes que, en no pocos casos, son difíciles de cubrir con los estándares habituales del negocio financiero. La carencia de garantías, el escaso conocimiento que se posee del cliente, dada su corta historia como tal, y los empleos temporales son algunos elementos que no encajan fácilmente con la operatoria bancaria usual.

Es aquí donde, de nuevo, las cajas han puesto en marcha otras iniciativas que ayudan netamente a la inclusión social y financiera de los inmigrantes. Así, se han iniciado actuaciones puntuales y de carácter específico, entre las que destacan ofertas concretas de préstamos a grupos desfavorecidos o con escasas posibilidades de acceso al crédito,

y dirigidos a financiar necesidades personales o familiares. De ello constituyen un ejemplo los programas destinados a superar situaciones de exclusión, ayudas para cuestiones relacionadas con el alquiler de viviendas, o bien productos específicos a muy bajo coste, con condiciones especiales al ser apoyados por la obra social de las cajas (gráfico 2).

No obstante, las necesidades más relevantes de los inmigrantes, desde el punto de vista de la financiación, son las derivadas de iniciativas de autoempleo o de adquisición de vivienda en España (con el objetivo de reagrupar a la familia con una perspectiva de mayor permanencia) o en su país de origen (con vistas a un futuro regreso o al alojamiento de familiares que han quedado allí). En particular, y por lo que se refiere al autoempleo o a iniciativas emprendedoras, hay que poner de relieve la línea de microcréditos. Nacida en la década de los setenta, se ha extendido mundialmente, culminando su reconocimiento con la designación del año 2005 como Año Internacional del Microcrédito por parte de la ONU.

Aplicado al caso de los países desarrollados, y con la lógica adaptación conceptual, en España esta iniciativa fue lanzada institucionalmente por el Instituto de Crédito Oficial (ICO) con su línea de microcréditos en 2002, en la que las cajas partici-

pan. Tras varios años de vida y un éxito razonable, las acciones puestas en marcha desembocan en un impulso específico en el presente ejercicio.

En este sentido, el pasado mes de julio se firmó un protocolo de colaboración entre el ICO y las cajas de ahorros para impulsar la concesión de préstamos dirigidos a colectivos con mayor dificultad de acceso a la financiación –entre los que se encuentran los inmigrantes–, con el objetivo de promover la creación de empresas o autoempleo. La renovada adhesión de las cajas a este proyecto, además de consolidarlo, abre la posibilidad de ampliar su alcance apoyándose en su extensa red de oficinas.

Aparte de lo indicado hasta el momento, las cajas de ahorros promueven acciones de carácter exclusivamente social, a través de su obra social, de distintos modos y maneras y con una panoplia de programas y líneas de actuación. Precisar todas ellas aquí desborda las posibilidades de este breve artículo, si bien pueden aportarse algunas referencias concretas. Las actuaciones que las cajas practican en orden a la inclusión social se realizan bien directamente, bien a través de sus propias fundaciones, bien en colaboración con diversos organismos y entidades. En este último caso, las cajas ofrecen en sus territorios de actuación programas, convenios o líneas de ayudas en colaboración con aquellas instituciones, generalmente sin ánimo de lucro, que mejor conocen la casuística o las necesidades de los inmigrantes, siendo éstas las que realizan las acciones directamente.

Destaca aquí, en todo caso, la orientación de estas actividades hacia proyectos de inserción laboral, programas de interculturalidad, integración social, orientación educativa o sanitaria, formación y servicios de asesoramiento, que, dotados con fondos en algún caso significativos, pretenden satisfacer una necesidad sentida por la sociedad española y difícilmente abordable desde otras instancias. Todo ello conforma un amplio abanico de acciones que constituyen una tupida red de apoyo al colectivo y que pueden englobarse dentro de la cultura de responsabilidad social corporativa en la que las cajas se encuentran inmersas desde su fundación, aunque adaptándola siempre a los nuevos tiempos y las necesidades de la sociedad en la que actúan.

Ésta es, en líneas generales, la orientación que CAJAMURCIA ha dado a su actuación con el colectivo de inmigrantes. Como consecuencia del dinamismo del fenómeno migratorio en su zona de influencia, esta actuación se caracteriza por su

intensidad y anticipación, habiendo sido pionera en determinadas actividades. De este modo, y desde el punto de vista de las relaciones financieras, se han puesto en marcha diversas iniciativas que van desde la apertura de agencias financieras, atendidas por personal de la misma nacionalidad que el inmigrante, hasta el establecimiento de convenios específicos con entidades financieras de su país de origen, como el realizado con el Banco Solidario de Ecuador. En virtud del mismo, y desde hace ya varios años, no sólo se ha conseguido que el envío de dinero se realice con seguridad, agilidad y un reducido coste, sino que también se ha avanzado en la atención personalizada al inmigrante ecuatoriano, con la apertura de varias agencias financieras. Por otra parte, y en un contexto más amplio, CAJAMURCIA participa en el ya citado proyecto BEM-Centro del Emigrante, que permitirá el establecimiento, con carácter inmediato, de cuarenta centros de atención multiservicios.

Por lo que se refiere a las actuaciones de índole social, y en la misma línea de lo indicado para el conjunto de las cajas, se pueden señalar tanto la participación activa de nuestra entidad en la línea de microcréditos como la realización de numerosas actividades en colaboración con diversas organizaciones no lucrativas a través de la Fundación CAJAMURCIA. Entre ellas cabe mencionar la atención, las ayudas y el asesoramiento en cuestiones laborales, culturales o de integración, como ejemplifica el convenio con el Consorcio para la Acción Social con Migrantes, CEPAIM, para fomentar encuentros culturales.

En definitiva, CAJAMURCIA ha desarrollado a lo largo de los últimos años una extensa oferta de actuaciones dirigidas a la integración de los inmigrantes, desde el convencimiento de que constituyen un colectivo de referencia que forma parte singular de nuestro entorno socioeconómico.

Tú eliges, tú decides: una iniciativa de Caja Navarra que hace protagonistas a los clientes

ENRIQUE GOÑI BELTRÁN DE GARIZUETA*

1. INTRODUCCIÓN

Italo Calvino se había comprometido a pronunciar seis conferencias en la Universidad de Harvard durante el curso 1985-1986. Murió antes de partir para Estados Unidos, sin llegar a redactar el texto de la última. Las otras cinco fueron publicadas en un libro que rinde culto en su título al plan original de aquel ciclo de intervenciones: *Seis propuestas para el próximo milenio*.

Los títulos de las conferencias se correspondían con los valores de la literatura y las carencias que Calvino apreciaba en la sociedad finisecular, y que habían de cuidarse como rasgos característicos en el tercer milenio: *Levedad, Rapidez, Exactitud, Visibilidad y Multiplicidad*.

Caja Navarra, fundada en el primer cuarto del siglo XX, considera, al igual que Calvino, que el siglo XXI viene caracterizado por sus propios rasgos, y que dar respuestas a las demandas sociales exige en esta época dotar a cada una de sus actuaciones de una serie de dimensiones específicas:

– Transformadora

Toda actividad social que gestione la Fundación Caja Navarra ha de tener voluntad y acción transformadora en la sociedad, especialmente en aquellos ámbitos de actuación a los que no llega la acción de las administraciones públicas.

* Director General de Caja Navarra.

– Universal

Las actuaciones de la Fundación habrán de proyectarse hacia ámbitos y colectivos lo más extensos y plurales posibles, con el fin de que lleguen al mayor número de beneficiarios, que en la actualidad superan 1.200.000.

– Intergeneracional

Las acciones integran a colectivos muy diversos, tanto por edad, como desde el punto de vista social: infancia, juventud, ONG, grupos de discapacitados, asociaciones (culturales, deportivas, ecologistas), administraciones públicas, universidades y centros educativos.

– Participativa

La participación de todos los públicos, colectivos y grupos relacionados con la Entidad constituye uno de los principales objetivos de ésta. Los clientes de la Caja tienen la posibilidad de escoger el destino de los fondos que sufragan las acciones de la Fundación Caja Navarra mediante la iniciativa *Tú eliges, tú decides*. Por otra parte, el desarrollo de las actividades gestionadas por la Fundación permite la participación de un amplio número de personas, y no sólo en la definición de las actuaciones, sino también en su organización, materialización y desarrollo.

– Independiente

La independencia de los criterios está garantizada por las decisiones individuales de decenas de miles de clientes que eligen individual y soberanamente el destino social del beneficio que su rela-

ción con la Caja proporciona. Son ellos quienes deciden las prioridades, los plazos y la ejecución de las actuaciones.

– *Adaptable*

Una de las características más notables de la sociedad actual es su condición mudable, por lo que la actividad social debe anticiparse a las demandas y necesidades, y adaptarse permanentemente a los nuevos tiempos mediante la incorporación de los valores socialmente dominantes en cada momento.

– *Transparente*

La Fundación Caja Navarra ha hecho de la transparencia uno de sus rasgos. Su gestión está rigurosamente supervisada por el Patronato y los profesionales de prestigio que integran los distintos comités de la entidad. En busca de esa transparencia, la Caja requiere la colaboración de personalidades y entidades que participan en sus actividades. Además, la adecuación de la asignación de fondos de acuerdo con las decisiones de los clientes es auditada anualmente por Ernst & Young para dar testimonio público del rigor en la gestión de dichas decisiones.

Actualmente, ninguna organización empresarial puede considerar seriamente que su cuenta de resultados y los efectos secundarios que genera de manera natural su actividad económica, como la creación de empleo y la contribución al aumento de la riqueza del país, son suficientes para el arraigo social de la empresa. Hoy no hay empresas que puedan sustraerse a debates sociales como el medioambiental o el crecimiento sostenible, aunque tales causas no figurasen entre sus objetivos en el momento de su constitución. Los valores colectivos han cambiado, y en la actualidad no sería imaginable en nuestro entorno una empresa que aspire al liderazgo careciendo de sensibilidad hacia esos debates.

Siendo esto así en el mundo empresarial que conocemos en el siglo XXI, lo es especialmente para las cajas de ahorros, en cuyo nacimiento se encuentran ya las señas de identidad que las distinguen de otras entidades financieras, que se resumen en su responsabilidad social empresarial. Lo que para otras empresas o entidades financieras son exigencias de los tiempos que ponen a prueba su flexibilidad adaptativa, para las cajas de ahorros es su razón de ser, su vocación empresarial. Nacieron con una decisión fundacional que se recoge en los principios fundamentales de todas las cajas de ahorros: sus órganos de gobierno deciden destinar una parte

importante de sus beneficios a finalidades sociales de manera análoga a las decisiones que toman el consejo de administración y la junta general de accionistas de las sociedades anónimas, cuando fijan qué cantidad se destina a dividendo, a reservas o a otros fines. Este objetivo se atiende a través de sus respectivas obras sociales y constituye el dividendo social de las cajas.

Caja Navarra, que desarrolla un modelo de banca universal, con una gama amplia de productos y servicios de banca minorista, banca de negocios y banca privada, ha definido sus objetivos en la divisa: *Hacerlo bien, hacer el bien y hacerlo diferente*. *Hacerlo bien* –es decir, la eficacia en la gestión y la excelencia empresarial a todos los niveles– es la condición necesaria para satisfacer su responsabilidad social empresarial, la exigencia inexcusable que le permite generar recursos para su obra social, al mismo tiempo que contribuye al crecimiento económico de su entorno y obtiene rentabilidad para sus clientes. *Hacer el bien* implica que al resultado económico de la actividad de la Caja, a su gestión como entidad financiera, ha de sumarse la cuenta de resultados sociales o, lo que es lo mismo, la mejora de la calidad de vida en los entornos en los que se desarrolla su actividad. Y *hacerlo diferente* es la expresión de un compromiso de naturaleza doble que se dirige a los clientes y a la sociedad a través de iniciativas únicas y originales. El modelo de Caja Navarra se asienta sobre la fórmula *Resultados con diferenciación*, con la que se aspira a la maximización de rentabilidad, eficiencia y beneficios, al mismo tiempo que se persigue la definición de un modelo único de gestión, de relación con los clientes y de atención a éstos basado en el diálogo y en el reconocimiento de la capacidad de decisión a sus clientes.

2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE TÚ ELIGES, TÚ DECIDES

Caja Navarra es la primera entidad de carácter financiero en el mundo cuyos clientes pueden decidir el destino social de los beneficios que genera su relación económica con la Caja mediante el programa *Tú eliges, tú decides*. El procedimiento es muy sencillo: en el momento de contratar un servicio o un producto, los clientes indican la actividad social de su preferencia como destino social del beneficio que genere su dinero, que se encargará de gestionar la Fundación Caja Navarra. Después reciben una tarjeta y una libreta nuevas, que susti-

tuyen a las que estaban en vigor y en las que destaca la opción que han elegido.

Así, los clientes, además de tomar una decisión financiera al contratar una hipoteca o un fondo de inversión, están adoptando también una decisión de carácter social que les va a vincular con las personas que han de recibir las ayudas por ellos mismos decididas. Caja Navarra se compromete a gestionar la financiación de las actividades que los clientes han decidido y a informarles de los programas que están financiando. En adelante, éstos podrán elegir un proyecto particular e incluso participar en él. Todo el proceso en el que se desarrolla esta iniciativa es auditado e incluido en el informe anual de auditoría de Caja Navarra y en una memoria de responsabilidad social corporativa que ha sido validada por AENOR, y que sigue los requisitos establecidos por la guía de Global Reporting Initiative (GRI) para la elaboración de memorias de sostenibilidad, sobre actuaciones económicas, medioambientales y sociales de la empresa.

En 2005 muchos clientes han elegido ya la línea de acción social a la que desean destinar los beneficios que su dinero genera en Caja Navarra. En 2006 podrán elegir proyectos concretos dentro de cada línea y se contempla como objetivo para 2007 que puedan participar de alguna forma en los propios proyectos si así lo desean.

A lo largo del año 2005 se ha invertido en obra social una tercera parte del beneficio neto correspondiente al año anterior. Una mayoría considerable de los clientes de la Caja ha decidido por vez primera cuál es el destino que desea para esos fondos entre una gama amplia de opciones que se describen a continuación.

– *Discapacidad y asistencia*

Con el fin de mejorar la calidad de vida de los discapacitados y de las personas que, por su edad u otras causas, requieren asistencia, la Fundación mantiene una serie de líneas de actuación que comprenden la educación especial, los acuerdos de colaboración y las medidas de asistencia a los discapacitados. Especial mención merece el Premio Caja Navarra de Investigación en Discapacidad Intelectual. Este premio, creado en 2004, es de alcance internacional, tiene carácter bienal, está dotado con 120.000 euros y pueden optar a él las personas, equipos de trabajo e instituciones que más hayan contribuido a la integración social de los discapacitados intelectuales, mediante sus trabajos de investigación o su tarea divulgadora.

Para la primera convocatoria, realizada en septiembre de 2004, se realizaron 1.200 envíos por correo postal y más de 7.000 por correo electrónico. Se recibieron 36 candidaturas, más de la mitad de las cuales eran procedentes de España. El fallo del jurado, que tuvo lugar el 15 de marzo de 2005, eligió como ganador el proyecto *Roma*, cuyos autores son Miguel López Melero y Pablo Pineda Ferrer, de la Universidad de Málaga. Dicho proyecto define las estrategias y diseña las herramientas necesarias para integrar, educativa y humanamente, a personas con síndrome de Down.

En este ámbito de actuación destaca también la teleasistencia a las personas mayores, con respuesta a más de 57.000 llamadas; las vacaciones para minusválidos; los comedores para personas mayores; el apoyo a proyectos de investigación de la dependencia; el programa de vacaciones para los familiares, y el apoyo al voluntariado y a la cooperación internacional.

– *Investigación*

El impulso a la investigación es un compromiso social que la entidad ejerce mediante un gran número de iniciativas, como la financiación de becas, estudios e iniciativas que persigan la innovación y el conocimiento; la dotación de premios fin de carrera; el patrocinio de congresos, cursos y reuniones científicas; los estímulos a la innovación empresarial, y el fomento del desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías, entre otras.

– *Medio ambiente*

La preocupación por el medio ambiente se expresa a través de la financiación de programas educativos, actividades del voluntariado, como la limpieza de ríos, revegetación y recuperación de montes, recuperación de caminos e itinerarios de montaña, así como numerosos proyectos para la recuperación del entorno, programas de sensibilización medioambiental, etcétera.

– *Cooperación*

Caja Navarra entiende la cooperación como una actitud solidaria, que apoya mediante la financiación de toda clase de proyectos de las más variadas asociaciones dedicadas a la ayuda de quienes lo necesitan en todo el mundo: desde la dotación de infraestructuras y servicios en favor de comunidades indígenas hasta la ayuda humanitaria a los afectados por catástrofes naturales.

– *Deporte y ocio*

La Fundación fomenta el deporte y financia propuestas de ocio para todos los públicos, entre las que cabría destacar, a título de ejemplo, las becas a deportistas olímpicos, las ayudas a deportistas de todas las modalidades, los clubes de jubilados y las actividades deportivas y recreativas para los mayores, el patrocinio de espectáculos deportivos y la organización de actividades para jóvenes y adultos a través del centro cultural de Caja Navarra Civican.

– *Cultura*

Caja Navarra promociona las actividades culturales mediante el patrocinio de festivales, el apoyo a fundaciones musicales y culturales, y la financiación de exposiciones, conciertos, espectáculos, conferencias, publicaciones y cursos.

– *Empleo y emprendedores*

El apoyo a los emprendedores se expresa financiando programas de formación y proyectos de empresas innovadoras. Estos programas y proyectos van desde las ayudas al autoempleo universitario hasta el impulso a la internacionalización de las empresas, pasando por el establecimiento de acuerdos con la Cámara de Comercio, la Asociación de Jóvenes Empresarios, el CEIN (Centro Europeo de Empresas e Innovación de Navarra), la ANEL (Asociación Navarra de Empresas Laborales), la Fundación Cetenasa, etc., y la promoción y el desarrollo turístico de zonas rurales.

– *Conservación del patrimonio*

El apoyo a la conservación del patrimonio como parte fundamental de la memoria colectiva es un objetivo por el que se financia la recuperación de obras de gran valor histórico y artístico.

Existe, por último, una novena opción bajo el epígrafe de *Todos*, para los clientes que prefieren repartir equitativamente entre todas las opciones citadas los beneficios que genera su relación económica con Caja Navarra.

- Discapacidad y asistencia: 29,22%.
- Investigación: 13,17%.
- Medio ambiente: 10,31%.
- Cooperación: 10,26%.
- Deporte y ocio: 7,63%.
- Cultura: 4,26%.
- Conservación del patrimonio: 1,71%.
- Empleo y emprendedores: 1,63%.
- Todos: 21,77%.

La entidad ha incrementado paulatinamente el porcentaje de participación en la iniciativa hasta alcanzar a toda la clientela, que en un breve plazo de tiempo decidirá sobre el destino de todos los fondos destinados a programas sociales.

Éste es, sin duda, uno de los logros más estimables del diálogo con los clientes, que señala un camino de futuro para las cajas de ahorros y aun para otras entidades financieras.

4. LA INICIATIVA VIÁLOGOS

Semejante evolución no es, sin embargo, el único logro de Caja Navarra en lo que respecta a la participación de los clientes. Los empresarios forman un sector de clientes de importancia capital para el desarrollo económico y social, lo que nos ha llevado a establecer con ellos una vía específica de comunicación, un modelo de gestión de clientes por segmentos. Con el fin de mejorar su relación con las empresas clientes, Caja Navarra lanzó más de 700 cuestionarios en petición de críticas y opiniones que pudieran optimizar dicha relación. Esta iniciativa, *Viálogos*, está orientada a empresas cuya facturación supere los tres millones de euros anuales, y busca crear una red de negocio nacional e internacional orientada hacia sus clientes del segmento empresarial.

Hoy participan en este programa más de mil empresarios y doce cajas de ahorros que cubren la práctica totalidad del territorio nacional, incluidas las islas. Las cajas aportan el conocimiento minucioso de sus respectivos mercados locales, de

3. PRIMEROS RESULTADOS DE TÚ ELIGES, TÚ DECIDES

Hasta septiembre de 2005, las decisiones de los clientes se han distribuido de esta manera:

manera que las empresas clientes de otras cajas disponen de una vía privilegiada para acceder a información. *Viálogos* tiene también carácter de foro, de lugar de encuentro en el que empresarios y ejecutivos pueden intercambiar ideas, informaciones y proyectos sobre aspectos relevantes de la economía y el mundo empresarial. Esta iniciativa, puesta en marcha hace dos años, constituye también una plataforma mediante la cual los clientes de Caja Navarra pueden acceder a servicios en lugares en los que la entidad carece de presencia física. En definitiva, *Viálogos* facilita a sus clientes el acceso a proveedores, distribuidores e instituciones en mercados de su interés, además de poder disponer de una caja que les dispensa servicios financieros en las mismas condiciones que la suya propia. Han bastado los dos años transcurridos desde el nacimiento de *Viálogos* para que el volumen de actividad de Caja Navarra con las empresas haya aumentado en un 68%, alcanzando una tercera parte de la cifra total de negocio de la entidad.

5. EL OBSERVATORIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL Y LA OFERTA DE SERVICIOS ESPECÍFICOS A LOS INMIGRANTES

El pasado mes de abril se constituyó en Pamplona el Observatorio Navarro de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) como fruto de la colaboración entre cuatro entidades relevantes para el presente y el futuro de Navarra: la Asociación de Industria Navarra, la Confederación de Empresarios de Navarra, el grupo *La Información* y Caja Navarra, en un acto que contó con la asistencia de más de cien empresas.

La ética se ha incorporado al mundo económico como índice de calidad para las instituciones públicas, pero también para las privadas y para cualquier tipo de entidades y organizaciones, convirtiéndose en la piedra angular sobre la que se levanta la responsabilidad social corporativa. No se trata de una responsabilidad que sea definible en términos jurídicos. Tal como indicó el profesor Manuel Olivencia durante la conferencia que pronunció con motivo de la constitución del Observatorio de RSE, se trata más bien de una responsabilidad voluntariamente asumida por los empresarios ante la sociedad. La RSE empezó a instalarse en las grandes empresas a través de los códigos de conducta de

los que se dotaron las que cotizan en Bolsa. Las prácticas de buen gobierno están cada vez más arraigadas en la empresa y operan claramente a favor del prestigio empresarial. Cada vez resulta más obvio que los beneficios no se cuantifican exclusivamente en términos monetarios.

Hoy asistimos a un fenómeno migratorio de proporciones desconocidas hasta ahora. Durante los últimos años se han empadronado en Navarra unas 50.000 personas procedentes de distintos países, en busca de mejores oportunidades de vida y de un futuro para ellos y sus familias. Conforman un sector de población con necesidades muy específicas. Para satisfacer sus demandas, Corporación Can, *holding* que agrupa los activos empresariales del Grupo Caja Navarra, participa en un proyecto empresarial para definir y materializar una red de distribución multiservicio dirigida a este segmento especial de clientes. Se trata de construir una red de oficinas abiertas en las que puedan contratar una gama amplia de servicios y productos que van mucho más allá del locutorio o del acceso a Internet –los servicios más habituales que se les ofrecían en espacios acotados–, añadiendo otros como la videoconferencia y el asesoramiento financiero. La red de oficinas *Más cerca* facilita también el envío de remesas de dinero y de paquetería a otros países, servicios de oficina, asesoramiento para la realización de toda clase de eventos y actividades, correduría de seguros, agencia de viajes y alquiler de vehículos.

Los cinco rasgos que, en opinión de Italo Calvino, van a caracterizar la realidad en la que nos estamos moviendo ya en el tercer milenio están implícitos en las características de las actuaciones sociales de Caja Navarra. El sexto, que no llegó a desarrollar, llevaba un título que parece pensado específicamente para señalar la característica más destacada de la responsabilidad social corporativa de las cajas de ahorros, en el siglo XXI como en su momento fundacional a comienzos del XX: *Consistencia*.

