

Cuidados y Economía

Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

9 marzo 2024

Introducción. “Economía de los cuidados”

La longevidad de las personas y el envejecimiento poblacional, sobre todo en los países ricos, hacen que la necesidad de cuidados de largo duración (CLD) vaya en aumento, así como la preocupación por la sostenibilidad de los sistemas de protección social de las personas con limitaciones para las actividades de la vida diaria. Incluso se habla de una “Economía de los Cuidados”.

Los CLD son solo una parte del conjunto de cuidados. Estos definen la esencia de la profesión enfermera, en actividades como la prevención, el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas y nuevos roles como el de “gestoras de casos”. Más allá de los cuidados de enfermería, que definen una profesión, nuestras sociedades organizan los cuidados a quienes los necesitan, sean niños, enfermos con procesos no permanentes (como por fractura ósea de una pierna) o personas dependientes con necesidad de cuidados de la vida diaria.

La vocación de cuidar es más antigua que el homo sapiens. En las excavaciones de Atapuerca, se descubrieron restos de niños con enfermedades congénitas que habían podido sobrevivir hasta la pubertad sólo gracias a los cuidados de la comunidad (Gracia et al., 2010). De hecho, los investigadores de ese artículo barajan la hipótesis de que los grupos humanos se hicieron fuertes gracias al trabajo colectivo, a la cooperación y al cuidado.

Los países acreditan y reconocen las capacidades de los cuidadores formales con procedimientos y requisitos muy heterogéneos. El nivel de formación requerido también difiere internacionalmente. Aunque hay distintos tipos de trabajadores y profesiones centradas en el cuidado, una parte esencial de los cuidados (y cuidadores) son los informales, invisibles en las cuentas y las estadísticas. Los cuidadores informales trabajan fuera del mercado para cuidar a familiares o amigos.

Aunque la necesidad de cuidados no se limita a las personas mayores, este colectivo es el que requiere mayor intensidad de los cuidados. España es el cuarto país europeo con más personas mayores, el 20,1 % de los españoles tiene más de 65 años y el porcentaje aumentará en los próximos 20 años. La longevidad es positiva, es un logro y abre oportunidades a los países, pero también es un doble reto, individual (los mayores se enfrentan a dificultades, pérdida de la autonomía personal, soledad no deseada, brecha digital) y social (aumento de pensiones de jubilación, mayor uso de los sistemas sanitarios y servicios sociales) (Oficina C, 2023). En España, el sistema sanitario está consolidado y recibe financiación pública, en términos de PIB, próxima a la media de la

UE, pero el sistema de dependencia (SAAD, Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia) está infra-financiado. La coordinación entre ambos es deficiente y los sistemas de información apenas están empezando a conectarse (Oliva et al., 2023). Ese problema, y otros son abordados por la Economía de los Cuidados, que investiga la organización, financiación y gasto en cuidados, teniendo en cuenta ambos tipos de cuidado, formal e informal.

Los cuidados informales en Europa

Según un informe de la Comisión Europea (European Commission & Directorate-General for Employment, 2021), el 14.4% de los adultos entre 18-74 años en la UE (52 millones) proporcionan cuidados informales todas las semanas, con una dedicación promedio de 16 horas semanales. La mayor parte de los cuidadores informales son mujeres (especialmente en Bélgica y España). La duración media de su trabajo como cuidadoras informales ronda los cuatro años. Esta dedicación afecta a su salud mental y reduce su participación laboral. Reciben pagas (públicas) muy variables entre países: 29,000 € anuales en Luxemburgo, 900€ en Dinamarca y Polonia, 373 € en Estonia. Esas cifras están en euros ajustados por paridad de poder de compra (PPP).

En el mundo desarrollado hay gran variedad de fórmulas para organizar, proveer y financiar los cuidados de larga duración (Gonzalez Lopez-Valcarcel, 2023). También en la formación de los cuidadores, en su grado de profesionalización y en la formación requerida. Se han estimado y comparado los grandes agregados de coste, cobertura y utilización de CLD en esos países: cómo se organizan y gestionan, su grado de descentralización territorial, cómo se financian, el reparto de papeles entre lo público y lo privado y de competencias entre los gobiernos central y regionales/locales. Destaco tres elementos:

- Preocupación por la sostenibilidad financiera a largo plazo, dadas las proyecciones demográficas para poblaciones por encima de 85 años. La longevidad es una buena noticia, pero conlleva como reto colectivo el envejecimiento saludable, que necesita perspectiva de largo plazo y prevención temprana coste-efectiva (Regueiro -Ons, C. & Lopez-Valcarcel, B.G., 2023).
- La carga creciente, inasumible en algunos casos, soportada por las familias en cuidados informales y en pagos directos a los proveedores de cuidados formales
- La distribución de la carga entre familias según niveles de renta, es decir, el carácter redistributivo del sistema de atención a la dependencia, tanto en cuanto a redistribución intrapersonal (a lo largo del ciclo vital) como interpersonal (de las personas sanas a las que tienen limitaciones).

Hay una gran diferencia entre países en el peso de los cuidados informales y en el *mix* de la composición de los cuidados (residenciales, domiciliarios o en centros comunitarios). A partir de los 85 años el porcentaje de usuarios de CLD en residencias va del 9% en Italia al 45% en los Países Bajos (16% en España) y los que solo reciben cuidados informales va del 8% en los Países Bajos al 58% en Inglaterra (51% en España). Se observa una clara tendencia tanto a facilitar la elección como hacia los cuidados domiciliarios (*“aging in*

place”). De hecho, el envejecimiento activo, según la OMS, consiste en envejecer haciendo lo que cada uno quiere hacer, donde y como quiere hacerlo. Y ese es el reto de las sociedades, no solo vivir más años, sino vivir con salud y bienestar.

Una de las diferencias más relevantes entre países es el papel de los cuidados y cuidadores informales. La ratio entre costes de cuidados informales y formales va desde 0.52 en los Países Bajos, 0.70 en Alemania y 0.75 en Japón (países con buenos seguros públicos) a 1.21 en España, 1.56 en Inglaterra y 2.03 en Italia (tabla 1). Allí donde la cobertura y financiación pública son débiles, los cuidados informales prevalecen.

Tabla 1. Costes de los cuidados informales como fracción del gasto en cuidados formales

País	Ratio coste informal/formal	% del coste de los cuidados informales sobre coste total
Canadá	0,72	42%
Dinamarca	0,53	35%
Inglaterra	1,56	61%
Alemania	0,7	41%
Italia	2,03	67%
Japón	0,75	43%
Países Bajos	0,52	34%
Singapur	0,53	35%
España	1,21	55%
Estados Unidos	0,65	39%

Fuente: (Gruber et al., 2023)

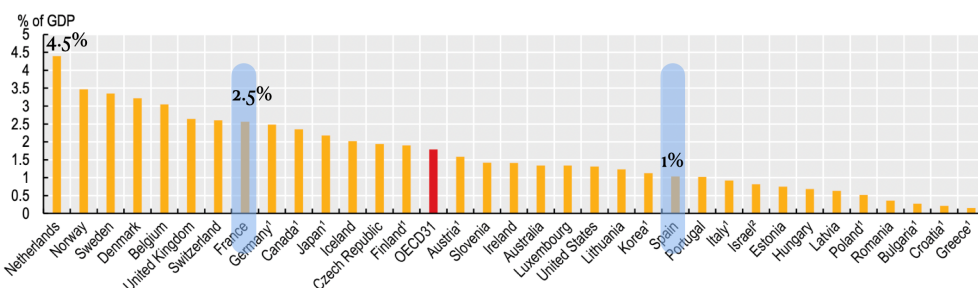
El coste de los cuidados de larga duración

Los países hacen un esfuerzo muy variable en los cuidados de larga duración (figura 1) y España se encuentra en la zona baja del ranking, con un gasto del 0.9% del PIB, la cuarta parte del esfuerzo de los Países Bajos (4.5%) y bastante por debajo de la media de la OCDE (figura 1).


Figura 1. Comparación internacional del porcentaje del PIB destinado a cuidados (formales) de larga duración

Coste de los cuidados formales (CLD)

Total long-term care spending as a share of GDP, 2021 (or nearest year)



1. Countries not reporting spending for LTC (social). In many countries this component is therefore missing from total LTC, but in some countries it is partly included under LTC (health). 2. Country not reporting spending for LTC (health).
Source: OECD Health Statistics 2023.

StatLink  <https://stat.link/fobxem>

OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Donde se reciben y prestan los cuidados: hogar versus residencias

Los cuidados formales a las personas mayores se distribuyen entre cuidados en el hogar y en entornos residenciales. El porcentaje del gasto en atención en el hogar varía entre el 23% en España (somos el país con porcentaje menor) y el 63% en Japón. El bajo porcentaje de España refleja la predominancia de los cuidados informales en el hogar, pues la atención en residencias, basada en cuidadores formales, es minoritaria.

En diciembre de 2020 España contaba con 384.251 plazas en residencias, con un porcentaje de ocupación del 75%-80% (Oficina C, 2023). Predominan las residencias privadas (más del 70%) (186), muchas de ellas con concierto con la Administración. Casi la cuarta parte de las residencias tienen más de 100 plazas. Todavía subsisten centros con características del modelo de asilos benéfico-asistenciales que predominaba en los años 1970. La calidad de los cuidados que prestan es muy variable por lo que, aunque la competencia para acreditar centros corresponde a las comunidades autónomas, el Consejo Territorial del SAAD impuso en 2022 criterios comunes de acreditación y calidad de centros y servicios.

Como refleja en reciente informe de la Oficina C antes citado, puesto que la inmensa mayoría de las personas mayores quiere envejecer en casa hay una tendencia a reorganizar los cuidados en el domicilio y hacia nuevas soluciones habitacionales como compartir vivienda (*co-housing*). Cuando la intensidad de los cuidados requeridos obliga a buscar un centro especializado, se aboga por residencias pequeñas, próximas al entorno de la persona y con gran flexibilidad en la atención (horarios, actividades, etc.) según preferencias de los usuarios, que deben ser los protagonistas del cuidado.

A modo de conclusión

El análisis y evaluación de los sistemas de CLD debe hacerse en conexión con las demás prestaciones del Estado del Bienestar, y específicamente con la sanidad. En último término, las sociedades deciden como repartir los costes de los CLD entre tres grupos: la sociedad, los usuarios y los cuidadores informales. Es una decisión política.

En una Economía cada vez más basada en los Cuidados, resulta paradójico que su trabajo y el valor que aportan sean invisibles para el PIB, pues no se computan en la riqueza nacional de los países, que desde 2015 utilizan el Sistema Europeo de Cuentas (<https://www.boe.es/doue/2013/174/L00001-00727.pdf>). Por contra, en el PIB se incluyen la prostitución y el contrabando.

Referencias

European Commission, & Directorate-General for Employment, S. A. and I. (2021). *Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2767/06382>

Gonzalez Lopez-Valcarcel. (2023). Los cuidados de larga duración en el mundo. Una variedad de experiencias de las que aprender. *Nada es Gratis*. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/los-cuidados-de-larga-duracion-en-el-mundo-variedad-de-experiencias-para-aprender>

Gracia, A., Martínez-Lage, J. F., Arsuaga, J.-L., Martínez, I., Lorenzo, C., & Pérez-Espejo, M.-Á. (2010). The earliest evidence of true lambdoid craniosynostosis: The case of “Benjamina”, a Homo heidelbergensis child. *Child’s Nervous System*, 26(6), 723-727. <https://doi.org/10.1007/s00381-010-1133-y>

Gruber, J., McGarry, K. M., & Hanzel, C. (2023). *Long-term Care Around the World*. National Bureau of Economic Research. <https://www.nber.org/papers/w31882>

Oficina C. (2023). *Envejecimiento y bienestar. Una radiografía de las personas mayores. Informe de la Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados*. https://oficinac.es/sites/default/files/informes/OFICINAC_envejecimiento-bienestar_20231214_web.pdf

Oliva, J., Sancho Castiello, M., & del Pozo-Rubio, R. (2023). Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: Primeros 15 años y una mirada hacia el futuro. *Gaceta Sanitaria*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102253>

Regueiro -Ons,C. & Lopez-Valcarcel, B.G. (2023). Los retos del sistema sanitario a la luz de la transición demográfica. *Papeles de Economía Española*, 176, 112-131.