

LA OFERTA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES PARA LA POBLACIÓN ANCIANA EN LOS PAÍSES DEL SUR DE EUROPA. (Conclusiones en español)

D^a Tiziana Tesauro
Fecha de Recepción: 18 de Junio de 2008

Conclusiones.

Se envejece hoy, de forma distinta que en el pasado, incluso haciendo la relación con solamente diez años atrás. Al respecto la Comisión Europea (COM 2005^a, 94) ha resaltado que la prolongación de la vida media se acompaña cada vez más con el aumento de la esperanza de vida en buena salud (COM 2005^a, 94) y la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid (2002) ha hecho propia la expresión “*Active Ageing*”, envejecimiento activo.

Sin embargo no debe ignorarse la incidencia de los ancianos no-autosuficientes, sobre todo entre los ancianos mayores. En Italia solo por poner un ejemplo, los “grandes ancianos” representan casi un cuarto de la población anciana (Cfr. Tab. 11^a). Del mismo modo, la demanda de asistencia de parte de la población anciana es una demanda que tendencialmente se declina en femenino. Son las mujeres, en síntesis, las protagonistas de una demanda social, que como se ha visto, es cada vez más compleja.

También por que como han demostrado los datos Istat (2007) referidos a Italia, pero que probablemente puedan tener validez para los países mediterráneos, el problema no está solo en la autosuficiencia sino también en la multicronicidad que la precede, que constituye de hecho una condición que necesita asistencia de

naturaleza diversa a la tradicional, caracterizada por modalidades nuevas de erogación, basadas en principios de continuidad en el cuidado. En el caso de los enfermos multicrónicos pueden ser necesarias prestaciones múltiples, capaces de modificarse a lo largo del progresivo decaimiento psicofísico.

Una única tipología de intervención probablemente resulte insuficiente. Más eficaces son las prestaciones que permiten “acompañar el envejecimiento “adecuándose a necesidades de cuidado que se modifican en el tiempo, y que son capaces, se podría añadir, de apoyar y hacerse cargo de su cuidado.

El cuidado, de hecho, representa en el caso del anciano una especificidad y complejidad intrínseca. Valerie Braiwait, en un estudio de 1992 pone en evidencia como el trabajo del cuidado es especialmente complejo en el anciano.

En primer lugar los ancianos que necesitan cuidado están afectados por un proceso degenerativo e involutivo, por el cual, quienes se ocupan de ellos deben tener en cuenta cada día un proceso que determina la pérdida de las funciones y de las habilidades, sea en el plano físico que en el psíquico. En segundo lugar el proceso degenerativo e involutivo es imprevisible. Con frecuencia no se sabe lo que se puede esperar, desde el momento en que en términos generales puede tener un desarrollo distinto de unos sujetos a otros.. En este proceso, con frecuencia confluyen múltiples causas con por ejemplo, las patologías, lo que hace que sea especialmente difícil prever el futuro. Finalmente la dimensión temporal cambia radicalmente para quien se hace cargo de una persona anciana: a medida que la persona anciana envejece, el cuidador sufre una drástica reducción de su tiempo libre, su vida se ve progresivamente delimitada por la “trampa del cuidador.

Para concluir la especificidad y complejidad de la demanda procedente de la oblación anciana requeriría un conjunto de servicios, pero también y probablemente una organización distinta de tiempos de vida y de trabajo, como indica la Comisión Europea, auspiciando la introducción en todos los países del “*congedo filiale*”. Requeriría también el desarrollo de una serie de medidas

preventivas que promuevan modos de vida y condiciones ambientales favorables a un estado de salud que influya en una esperanza de vida sana (COM 2006^a, 571), medidas sobre las cuales sería deseable según la Comisión orientar también los esfuerzos de la investigación.

Frente a la demanda que se va modificando y articulando, el desarrollo de la oferta pública de servicios en los países del Sur de Europa es todavía carente.

Teniendo en cuenta la dificultad de disponer de datos fiables y comparables de los distintos países (Anttonen – Sipilä, 2001), nos parece poder concluir que las modalidades de oferta en los cuatro países objeto del análisis, está caracterizado por una especie de retraso común de la asistencia a los ancianos.

Los ya citados Pasaresi e Gori¹(2005), considerando al respecto algunos indicadores entre los índices de cobertura de los principales servicios para los ancianos, afirman que los países del mediterráneo resultan como los que tienen menos desarrollada la organización de los servicios para ancianos, con relación a otros países de la Unión Europea, desde el momento que la asistencia a domicilio y la asistencia residencial se conceden a un número muy pequeño de ancianos² cfr. Tab. 12^a.

¹ El estudio toma en examen los 15 países que formaban la Unión Europea hasta el 2003, antes de la entrada en el 2004 de los 19 países; en el ámbito de este estudio se definen tres abordajes de asistencia a los ancianos no autosuficientes: el primero típico de los países del Norte de Europa (Dinamarca, Suiza, Finlandia, Reino Unido, Irlanda) que se realiza en el hacerse cargo de la no-autosuficiencia a través de una intensa red de servicios territoriales sociales y sanitarios; el segundo grupo propio de los países de Europa Central (Alemania, Austria, Luxemburgo, Francia) que es mutualista, es decir se caracteriza por la creación de un sistema asegurador específico para la no-autosuficiencia; el tercero que es el de los países mediterráneos (Italia, Grecia, España, Portugal) donde el desarrollo de los servicios territoriales es todavía residual y permanece central en el cuidado de los ancianos no autosuficientes la asistencia informal de tipo familiar

² De acuerdo a las estimaciones presentadas por los mismos autores, las naciones del Norte de Europa asisten a domicilio un alto número de ancianos (el 24,6% en Dinamarca, el 15,7% en Noruega, el 12% en Holanda) a través de prestaciones integradas sociales y sanitarias dispensadas durante las 24 horas, con el auxilio de tecnologías telemáticas, otros países como el Reino Unido, Francia y Alemania prestan asistencia a un discreto número de ancianos comprendidos entre el 3% y el 10% a través de la construcción de acuerdos sociales, sin haber conseguido resolver el nudo de la integración social y sanitaria.

No obstante nos parece que en el contexto mediterráneo se ha consolidado una especie de orientación común con relación a la asistencia de los ancianos: en primer lugar porque en todos los países parece tendencialmente convergente la elección de las tipologías de servicios. La filosofía que inspira la definición tipológica parece la misma. Por un lado se trata de tutelar el derecho del anciano a vivir en su propio domicilio, a través de una gama de servicios domiciliarios, por otro se incentiva la oferta de servicios residenciales, desde el momento en el que la necesidad de cuidados continuados y especializados en el caso de la no autosuficiencia convierten a estos servicios en necesarios.

La no-autosuficiencia, la cronificación de muchas enfermedades, han puesto en evidencia, de distintos modos, que la forma residencial es especialmente adecuada para hacer frente a estas situaciones.

En este sentido tienen razón Pasaresi –Gori (2005) cuando afirman que los datos empíricos (a nivel europeo) demuestran un posible fallo de políticas de sustitución de la asistencia residencial con la asistencia domiciliar, dado que esta última no parece compensar la falta de estructuras de acogida residencial. Los dos servicios proceden de un modo tendencialmente paralelo.

En segundo lugar en todos los países del Sur de Europa, aunque también en el contexto europeo en general, las relaciones entre oferta pública y privada resultan orientadas de forma semejante. Los principales provisos de asistencia residencial a los ancianos son sujetos privados con un incremento creciente de la organización *non profit* (religiosa y otras) que estipulan acuerdos contractuales con las entidades locales para la oferta de los servicios a domicilio (Forder 2001). En síntesis los provisos privados (*for profit* y *non profit*) en estos últimos años han ido asumiendo un rol creciente en importancia, mientras que el ente público se dedica cada vez menos a la concesión directa de prestaciones y cada vez más a financiar, regular y coordinar las ofrecidas por la iniciativa privada (Rostgaard 2001).

Pero el proceso que ve a lo público “delegar” y a lo privado expandirse a través de concesiones de servicios tradicionalmente ofrecidos desde la público, como por ejemplo, la asistencia a domicilio (como está sucediendo en Italia) crea no pocos problemas desde el punto de vista de la accesibilidad de las prestaciones, desde el momento que no todos los ancianos tienen los recursos económicos necesarios para “pagarse la asistencia” como demuestran los datos citados referidos al riesgo de pobreza.

En tercer lugar en todos los países mediterráneos, la familia desempeña, todavía hoy, el rol de principal agencia de bienestar por lo que se refiere a la asistencia a los ancianos.

No sabemos si y como será posible en el futuro, sobre todo considerando el hecho de que los núcleos familiares se van reduciendo y que en consecuencia crece el porcentaje de personas que viven solas y se reduce progresivamente el número de “potenciales cuidadores”

Finalmente en todos los países ha adquirido una cierta relevancia el tema de la posible fragilidad social de la figura de quienes desarrollan en primera persona el rol de cuidador. En general se ha documentado haciendo referencia a datos españoles, pero no es improbable que este perfil, puede encontrarse en términos de máxima también en los otros países. El cuidador principal es una mujer de media edad, con un título de estudios bajo, sin ocupación, ama de casa o jubilada. Una mujer que de acuerdo con los resultados de la encuesta Meri y desde la perspectiva de los determinantes de la salud (Geddes da Filicaia –Maciocco 2007) tiene un cierto riesgo de convertirse a su vez en no autosuficiente en la edad anciana.