

Las demandas de trabajo no monetarizado (DETRANME) de los ancianos¹

C. Herrera y
M.^a Ángeles Durán

1. El estatuto económico de la vejez

1.1. El estatuto económico de la vejez

Ningún tránsito de edad tiene un significado económico tan decisivo como los sesenta y cinco años, y ningún grupo de población es tan interesante para mostrar las conexiones entre los distintos subsistemas económicos en las sociedades de economía avanzada como el formado por los que superan este límite de edad. A partir del momento en que cumplen los sesenta y cinco años, un importante sector de la población de los países con sistemas desarrollados de seguridad social ve alterada su posición económica previa por dos acontecimientos: la retirada obligatoria del mercado laboral y el comienzo de la recepción de prestaciones de varios tipos, por jubilación.

Después del retiro, no sólo cambia para el jubilado la relación con los componentes monetarios (origen, cuantía, regularidad) de su posición económica. También cambia su relación con la asignación y uso de recursos no monetarios, especialmente el tiempo. De golpe, los jubilados acceden a grandes cantidades de tiempo disponible para actividades ajenas al empleo, y esto constituye un dato económico, no monetario, de primera magnitud.

Siendo el tiempo un recurso escaso y susceptible de usos alternativos, nada presupone un patrón obligatorio de uso por parte de los ancianos: el «capital de tiempo», como ha sido llamado, puede destinarse a actividades personales, pero también a la producción de servicios para otros familiares, o a fines filantrópicos, además de la participación indirecta o subterránea en el mercado de trabajo.

Lo que interesa destacar es que *el patrón de uso del tiempo no es homogéneo ni inmóvil*, sino que se ajusta elásticamente a circunstancias personales (salud, sobre todo), familiares y sociales de muy diverso signo. Del modo como se configure este patrón dependen dos magnitudes económicas fundamentales: *la disponibilidad de mano de obra femenina para el mercado de trabajo y la demanda de servicios públicos sanitarios y asistenciales*.

En un país como España, con una baja tasa de incorporación al mercado de la mano de obra

femenina, no puede esperarse un aumento considerable de la Renta Nacional a menos que este parámetro se modifique: lo contrario sería esperar una productividad superior a la del promedio de los restantes países de la Unión Europea.

La población de edad avanzada juega un importante papel en la determinación de este parámetro, tanto como oferente de trabajo no remunerado (relaciones de sustitución con la mano de obra femenina en el subsistema de hogares), como consumidores de trabajo que no pueden pagar con sus propios recursos monetarios, que se traducen en presión sobre los servicios públicos o sobre el trabajo no remunerado de los familiares, especialmente de las mujeres del mismo hogar. Es necesario algún sistema de conversión que permita homogeneizar las cifras de producción de los hogares con la de las empresas y el sector no mercantil, porque las relaciones de complementariedad entre estos tres subsistemas son evidentes pero muy poco conocidas.

El sujeto económico prototípico de la economía de mercado es el que cambia su trabajo por una cantidad de dinero que le permite comprar o acumular bienes y servicios por un valor global equivalente. Pero el jubilado, excluido por ley del mercado laboral, no puede entenderse desde este marco interpretativo básico: en ese momento de su vida no hay ya una correspondencia directa entre el valor (a precios de mercado) de lo que entrega y de lo que recibe, y hace falta recurrir a otros criterios no exclusivamente intercambistas, para entender su estatuto económico.

En 1980, el grupo de edad de más de sesenta y cinco años sólo representaba en España el 11 % de la población, pero al inicio de la década de 1990 ya ha pasado a ser el 15 %. Para el año 2010 se prevé que la población mayor de 65 años se acerque al 20 % del total de la población. Lo más importante, desde el punto de vista de las demandas sociales, es que se distribuye de modo no uniforme entre las Comunidades Autónomas, las comarcas y los barrios de las grandes ciudades.

Según el Censo de 1991, uno de cada cuatro hogares tiene como sustentador principal una persona mayor de sesenta y cinco años. En estos hogares, el promedio de ingresos anuales es de 1,7 millones si el sustentador principal es varón y 1,2 millones si es mujer. Los ingresos de los hogares sustentados por varones ancia-

nos están un 26 % por debajo de la media de ingresos de los hogares sustentados por varones, y las mujeres ancianas ingresan un 23 % por debajo de la media de hogares sustentados por mujeres. Las mujeres ancianas ingresan un 24 % por debajo del promedio de los varones ancianos y un 47 % por debajo del promedio de todos los hogares.

Vejez y enfermedad son conceptos asociados; aunque no haya límites fijos para ello, a medida que la edad avanza son más frecuentes las pérdidas de vigor, las incapacidades y los episodios de enfermedad. Como la vejez es un acontecimiento previsible, las economías desarrolladas tienen, sin excepción, sistemas económicos que garantizan la subsistencia a los trabajadores a quienes la enfermedad empuja, temporal o definitivamente, fuera del mercado laboral.

La retirada del mercado de trabajo con motivo de la jubilación es un acto con muchas dimensiones, de las que algunas se han analizado poco. Entre los trabajadores por cuenta propia —cada vez más escasos en las economías desarrolladas— la jubilación no es obligatoria y puede por tanto identificarse, «a grosso modo», con una decisión individualmente asumida. Sin embargo, para la mayoría de los trabajadores, *el retiro* a una edad determinada es obligatorio y no pueden oponerse a él; de ahí que se trate de *una decisión política o acto de poder* de extraordinaria magnitud. Los fundamentos teóricos de esta decisión son muy diversos: en unos predomina el argumento económico y en otros el político. En cuanto al sujeto beneficiario del retiro, no coinciden plenamente las argumentaciones públicas y las que se expresan privadamente, ajustándose éstas considerablemente en función del interlocutor o audiencia.

Según *la definición del beneficiario*, hay argumentaciones que definen *el retiro como un beneficio logrado para el retirado* y las que lo definen como un *beneficio logrado para los no-retirados*, los que les sustituyen en sus puestos de trabajo o posiciones organizativas. En cuanto al *tipo de argumentación*, los *argumentos económicos* tienden a presentarlo en forma de *puntos de equilibrio* (como «devolución capitalizada de sus pagos previos» en el argumento contractual privado, y como «solución menos costosa entre las posibles» en los argumentos de la economía pública), en tanto que en los argumentos de *tipo político* aparece inevitablemente la mención a

finés últimos, esto es, *al bien común* y sus representantes o ejecutores.

La jubilación, en tanto que retiro del mercado laboral, sólo afecta personalmente a quienes antes dispusieran de un empleo. Y una gran parte de las personas mayores de sesenta y cinco años no tenían un empleo en el momento de llegar a esa edad, porque eran mujeres y ocupaban su papel económico principal en el subsistema doméstico.

¿Qué tipo de argumento, implícito o explícito, justifica la permanencia en la producción doméstica por encima de los sesenta y cinco años y propone, en cambio, la exclusión del mercado de trabajo? ¿Qué idea del «trabajo» y del «derecho al descanso» subyace en ella? ¿Cómo altera la jubilación, en un pareja, el reparto previo de obligaciones y derechos, tanto formales como sustantivos? ¿Y cómo se compaginan los argumentos de tipo contractual-privado (el pago previo de las primas o cuotas) o de tipo político (la intervención de los impuestos como garantía de las pensiones) con la adscripción de las obligaciones de trabajo mediante criterios o familiares?

Los trabajadores incorporados al mercado laboral reciben, junto con el salario y formando parte de él, el derecho a la interrupción del trabajo cuando enferman o resultan incapacitados, sin que por eso pierdan los ingresos monetarios que antes recibían como contrapartida o al menos no los pierden completamente. Pero cuando el trabajador enferma, no sólo deja de producir para el mercado de trabajo. Cuando no es capaz de valerse por sí mismo, necesita, además de los «productos» del sistema sanitario (tratamiento médico, medicinas, etc.), que otras personas le presten los servicios (—el tiempo, el trabajo—) necesarios para su subsistencia. En el fondo de esta demanda de cuidados subyace una teoría política implícita que establece los límites de la reciprocidad y de la subordinación entre distintos sujetos sociales. En otras palabras, que establece qué sujetos sociales tienen obligaciones con qué otros, bajo qué condiciones, y hasta qué límites. ¿A quién dirigen los ancianos españoles estas demandas? ¿Al mercado privado, a los servicios públicos, a las instituciones sin fines de lucro, a su familia? ¿De qué depende que dirija su demanda a unos u otros, y en qué medida los distintos subsistemas económicos están dispuestos a recibirla, o a traspasárselas entre ellos?

1.2. La compra de servicios en el mercado

Casi todos los estudios socioeconómicos sobre la vejez han utilizado indicadores monetarios, de renta más que de patrimonio. Una buena parte de ellos derivan de la Encuesta de Presupuestos Familiares. Sin negar la utilidad de esta perspectiva, queremos señalar la necesidad de incorporar otras perspectivas a los estudios sobre pobreza o bienestar de la población anciana.

En relación con las empresas o *economía de mercado*, los ancianos siguen siendo consumidores, propietarios, ahorradores e inversores. Su capacidad de consumo agregada es considerable, y ya se ha generado un mercado de bienes y servicios dirigido específicamente a ellos. También juegan un papel importante como propietarios, y aún podría ser mayor en el futuro si se desarrollasen los sistemas financieros que permiten activar o convertir en dinero líquido su principal bien de uso, la vivienda.

A través de la Encuesta de Presupuestos Familiares y otras fuentes, se conocen los ingresos y gastos de este grupo de edad, e incluso su distribución aproximada. Pero no es esto lo que queremos destacar, sino lo contrario. ¿En qué medida puede entenderse el papel económico de los ancianos desde un marco teórico que sólo considera la economía de mercado?

La compra de servicios presupone un punto de encuentro entre la oferta y la demanda a través del mercado y permite eludir, aparentemente, la referencia a un «pacto» o relación de poder más allá del simple intercambio entre sujetos iguales. Sin embargo, ni siquiera la demanda orientada a la compra de servicios escapa a un fuerte contenido político. Los enfermos, y los ancianos en su conjunto, necesitan «comprar» grandes cantidades de tiempo de atención, de servicios que se agotan en la prestación misma. Las pensiones equivalen a unos ingresos medios inferiores a los de los trabajadores que están en el mercado laboral: si el precio del trabajo en el mercado es más alto que sus pensiones y no pueden repercutirlo de ninguna manera en otros sujetos económicos ni aplicarles la reducción del coste unitario derivada de la tecnología o la producción seriada, los ancianos y enfermos serán clientes naturales del mercado subterráneo, empleadores proporcionalmente frecuentes de trabajadores inmigrantes que trabajan en circunstancias ajenas a las del mercado visible y legalizado.

1.3. La demanda de servicios públicos

Parte de la demanda de los ancianos se dirige a *los servicios públicos*, tanto sanitarios como asistenciales. La oferta de servicios públicos para atender a necesidades no sanitarias de los ancianos (aseo, compra, gestiones, etc.) es una novedad relativa en los ayuntamientos españoles, que se ha visto rápidamente sobrepasada por el crecimiento de la demanda y las listas de espera. Sea cual sea la respuesta ofrecida por los servicios públicos (estatales, de las Comunidades Autónomas, locales, de los Organismos Autónomos, etc.), esta tiene un significado político evidente, porque obliga a realizar elecciones en la asignación de recursos escasos. ¿A qué otros colectivos sociales se les reducen las asignaciones, para cubrir las demandas de los ancianos enfermos? ¿A qué otras funciones se les reducirá la asignación, para atender la función de cuidado de la salud? O, a la inversa, ¿De qué otras funciones, qué otros colectivos pueden llevarse los recursos disputados por los ancianos enfermos, y sobre qué base argumental o qué criterios?

1.4. La demanda a las instituciones de voluntariado

Las instituciones sin fines de lucro tienen una larga historia al servicio de los enfermos y, de hecho, son más antiguas que los modernos sistemas de seguridad social. Sin embargo, no son actualmente muy importantes en España, donde gran parte de sus funciones, e incluso de su personal e instalaciones, han sido incorporados a los servicios públicos. En otros países desarrollados, no obstante, son un sector muy pujante, que ofrece una respuesta eficiente a gran número de demandas sociales.

¿Puede permitirse la sociedad y la economía española un sistema global que casi prescindiera de ellas? ¿O tiene que relanzarlas, especialmente a medida que las familias y los servicios públicos se revelan incapaces de cubrir las crecientes demandas? ¿Qué «cuota» de cobertura tienen actualmente, cuál podría ser la cuota óptima, quién lo decide, y en qué argumentos políticos y económicos se basaría este cambio?

1.5. La demanda a los hogares

Finalmente, las demandas a la familia, a *los hogares* que reflejan el pacto implícito entre géneros y entre generaciones, definido por cada época de una nueva manera. ¿Hasta dónde llega la recepción de la demanda, en qué argumentos se basa, cómo presionan los restantes subsistemas económicos sobre su cuantía y sobre su adscripción a los sujetos concretos unidos por vínculos familiares a los ancianos?

2. Vejez, enfermedad y necesidades sociales

La demanda de cuidados generada por la enfermedad puede clasificarse en tres tipos:

1. La derivada del estado general de salud, en períodos normales.
2. La derivada de episodios mórbidos.
3. Las demandas en período de vacaciones.

En los ancianos con problemas habituales o incapacidades, la distinción entre salud y enfermedad se hace más borrosa que entre la población joven. Según el Ministerio de Sanidad, la esperanza de vida en España en 1987, (Indicadores de Salud». Ministerio de Sanidad, Madrid, 1993) era de 76,4 años; 73,2 para los varones y 76,4 para las mujeres. Sin embargo, a efectos de la DETRANME el indicador más relevante no es la EV sino la EVLI (esperanza de vida libre de incapacidad)². La EVLI, en España igual que en todos los países desarrollados, crece mucho más lentamente que la EV, por lo que el número de incapacitados aumenta constantemente, tanto en cifras absolutas como en proporción a la población. La aspiración de tantos ciudadanos de «añadir vida a los años», está cada vez más lejos de la realidad, y no se vislumbran los avances técnicos ni los cambios axiológicos, jurídicos y organizativos que puedan hacerla posible.

La EVLI, en España, es de 60,8 años para los varones, 62,6 para las mujeres y 61,6 para el total. *A las mujeres les corresponden como promedio 17 años de invalidez y a los varones 12,5.* Las mujeres viven más años que los varones, pero no son años de salud, sino de incapacidad.

En Madrid los períodos libres de incapacidad son aún más largos; 20 años para las mujeres y 14 para los varones. («Indicadores de Salud». Ministerio de Sanidad, 1993).

La demanda de trabajo ajeno no monetarizado (DETRANME) que generan los ancianos, depende de su estado de salud. A nivel agregado, la demanda total de trabajo generada por este colectivo se debe a tres factores principales:

- a) El número de personas mayores de sesenta y cinco años.
- b) El nivel de salud.
- c) La confianza en que sus demandas puedan ser atendidas por otras personas o instituciones.

El volumen de población anciana no es susceptible de variaciones rápidas, y se conoce anticipadamente con cierta precisión, por proyecciones, tanto en magnitud como en composición (género, edad, distribución espacial, etc.).

Según el Censo de Población de 1991, en España hay 5.352.352 personas mayores de sesenta y cinco años: de ellos, el 36 % son mayores de setenta y cinco años. En Madrid, esta proporción es del 40 %.

La confianza de los ancianos en que sus demandas puedan ser atendidas por otras personas o instituciones es el más elástico de los tres factores señalados. Es el más fácil de cambiar rápidamente, sobre todo para aumentar las expectativas, y tanto las declaraciones políticas como las campañas en medios de comunicación pueden lograr que las demandas se disparen en muy poco tiempo. Su elasticidad es tan elevada que reacciona ante el simple anuncio de un posible aumento de la disponibilidad de los recursos familiares e institucionales.

3. La medición del nivel de salud: algunos problemas metodológicos

En este trabajo se analizan los primeros resultados de una encuesta inédita sobre demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los ancianos (en adelante EDSA), realizada en Madrid en 1993 como parte de un proyecto sobre demandas

sociales vinculadas al cuidado de la salud, promovido por la CICYT, realizado en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Las entrevistas (400) se realizaron a ancianos que viven en hogares [y que respondieron por sí mismos]. También se han analizado, complementariamente, el Avance del Censo de 1991, las Encuestas de Salud del Ministerio de Sanidad [1987, 1993], las Encuestas de Presupuestos Familiares, la Encuesta de CIRES sobre «Tercera Edad» y otras fuentes disponibles. A menos que se precise otro origen, los datos utilizados en este artículo proceden de la EDSA que a diferencia de las otras fuentes se dirige principalmente al estudio del trabajo no monetarizado. Como complemento de este artículo se ha preparado una adenda de indicadores sociosanitarios en España, que se publica en las últimas páginas.

Algunos de los problemas generales más difíciles de resolver en las mediciones de salud son *la disparidad entre los criterios subjetivos y técnicos, la dificultad de acceso a los enfermos, la invisibilidad de los fallecidos durante los períodos de referencia en las muestras, y la necesidad de obtener información a través de referentes o representantes de los enfermos.*

Otras dificultades, comunes en todos los estudios de tiempos, son la definición de los períodos de referencia (año, semestre, mes, semana, día, etc.) y su *convertibilidad en unidades de tiempo diferentes*, así como la estimación de la duración de las enfermedades y de la prestación de cuidados, especialmente en los casos de *multiplicidad de actividades simultáneas*. También genera dificultades *el uso de las medias*, especialmente por el distinto peso de las enfermedades de larga duración y los episodios breves.

El nivel de salud varía considerablemente según el tipo de indicador utilizado. Las encuestas, igual que los censos, ilustran más sobre la composición transversal de la sociedad, que sobre su transformación o sobre el lugar que ocuparán en el futuro los grupos actuales. *Los indicadores sociosanitarios o de estado civil son generalmente «transversales» y no longitudinales.* Por ejemplo, la incidencia de enfermos o de viudos que en un momento determinado miden las encuestas no puede confundirse con la probabilidad de que la población, a lo largo de su vida, llegue a alcanzar la condición de viudo o de enfermo. Los indicadores de duración de las

incapacidades miden el tiempo transcurrido hasta el momento en la encuesta pero no su duración real, puesto que continuarán en el futuro.

El indicador *nivel de salud autopercebida* ofrece los resultados más positivos, porque sólo un 0,5 % de los ancianos opinan que su salud es «muy mala» y un 9 % «mala», frente al 17 % que opinan que es «muy buena». Si se ponderan las respuestas en una escala de cinco puntos, la puntuación media resultante es intermedia (3,3 %) entre «regular» y «buena». Estos resultados se aproximan a la Encuesta CIRES sobre «Tercera Edad» en la que el 1 % de los mayores tenía «muy mala salud», el 8 % «bastante mala» y el 13 % «muy buena».

Si obtenemos el índice ponderado de salud autopercebida, la encuesta de CIRES da un resultado de 3,6. La capacidad de ajuste psicológico a las condiciones físicas queda patente si se comparan estos resultados con la Encuesta Nacional de Salud de 1987, (Ministerio de Sanidad), en la que sólo el 12 % de las mujeres y el 16 % de los varones, en la población general, consideraba que su salud era «muy buena», y en la que el índice general de salud autopercebida de 3,7 sólo se reducía al 3,2 entre la población mayor de 65 años.

Si se estima el nivel de salud a través de otros indicadores los resultados no son tan positivos. El indicador *Episodios mórbidos recientes* (porcentaje que declara haber sufrido alguna enfermedad en los últimos seis meses) da una magnitud de 42; y siete han padecido dos o más episodios. Los ancianos declaran que una cuarta parte (26 %) de sus enfermedades han sido graves, lo que equivale a que el indicador *Episodios mórbidos graves recientes* alcance una magnitud superior a 12 sobre cien.

Junto a los indicadores de enfermedad, son igualmente relevantes los indicadores de *Problemas de salud que impiden hacer una vida normal*. El 85 % de la población entrevistada dice padecer alguno de estos problemas, siendo los más frecuentes los que afectan al sistema muscular-locomotor (afectan al 30 %), al sistema circulatorio (28 %) y a la vista (9 %). Una cuarta parte consideran que su dificultad les afecta gravemente, lo que equivale a una magnitud de 21 en el indicador *Dificultad grave para la vida cotidiana*.

Otro indicador es el *tiempo de incapacidad padecida*, que estima el número de años trans-

curridos desde el inicio del padecimiento hasta la actualidad, y que da, según la EDSA, una media de catorce años.

Sobre un volumen de 5,4 millones de personas mayores de 65 años, la generalización de estos datos supondría las cifras siguientes:

1. Nivel de Salud autopercebida:	
• Ancianos con «muy mala salud» autopercebida.....	0,027 millones
• Ancianos con «mala salud» autopercebida.....	0,5 millones
2. Problemas habituales de salud o incapacidades:	
• Ancianos con «problemas graves de salud».....	1,1 millones
• Ancianos con «problemas de salud».....	4,6 millones
3. Episodios mórbidos:	
• Ancianos que padecen una o más enfermedades graves en seis meses.....	0,6 millones
• Ancianos que padecen una o más enfermedades cada seis meses.....	2,2 millones

4. La respuesta de las instituciones sanitarias y sociales

4.1. El uso de servicios sanitarios y la demanda potencial

Las instituciones sanitarias sólo recogen las demandas de asistencia médica en los períodos agudos, de modo temporal; pero incluso en los momentos de atención o internamiento, el sistema sanitario descansa en el supuesto organizativo de que los ancianos disponen de una red eficiente de apoyo familiar o vecinal, complementaria, que mantiene la conexión con los centros sanitarios, les transporta, ejecuta sus instrucciones y atiende a las necesidades personales (limpieza, comida, gestión, etc.) de los enfermos.

En la encuesta EDSA se obtuvo información sobre el uso de servicios para el cuidado de salud a través de dos indicadores; uno, referido a los *recibidos con ocasión de las enfermedades*; y otro, referido *al conjunto de los cuidados du-*

rante el semestre anterior. A grosso modo, el primero se refiere a los episodios mórbidos, especialmente al lugar de prestación. El segundo engloba tanto las atenciones por dolencias crónicas como los episodios diferenciados y se dirige sobre todo al uso de servicios sanitarios. El porcentaje de enfermedades semestrales es 53% y el de dolencias crónicas o discapacidades, 85%.

La utilización de servicios sanitarios durante el semestre anterior es elevada: 46% han utilizado ambulatorios, 33% han consultado especialistas, 10% urgencias, 10% han sido ingresados en hospitales, 6% han sido trasladados en ambulancias, 2% han estado en residencias privadas, 0,3% en residencias públicas, 5% en centros de día, 0,8% han recibido ayuda de voluntariado y un 14% adicional han recibido otros tipos de atención médica, presumiblemente visitas domiciliarias. No llegan al 1% los que dicen haber necesitado atenciones sanitarias que no recibieron³.

En el 12% de los casos la enfermedad no produjo consultas al sistema sanitario y en el resto sí. En 30% de los casos los enfermos recibieron visita médica en su casa; en 3% se desplazaron para la consulta; en 17% de los casos se hospitalizaron y en 2% recibieron otros tipos de ayuda sanitaria en su domicilio. Desde la perspectiva de la DETRANME, lo más relevante es que la ayuda familiar fue previa, simultánea y posterior a la atención del sistema sanitario⁴.

4.2. El acceso a las instituciones totales

El sistema asistencial/sanitario público apenas ofrece cuidados totales a través de sus instituciones. El número de residencias está muy por debajo de la demanda actual, y más lejano todavía de la demanda potencial. Tampoco el sistema asistencial/sanitario privado actual es accesible, por su precio, a la mayoría de los ancianos.

Un ejemplo de la presión ejercida por esta demanda lo encontramos en los datos facilitados por el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, según los cuáles han sido atendidos durante 1993 en ayuda a domicilio, en la modalidad de auxiliar del hogar, una media mensual de 5.294 personas. Ello supone un incremento del 8,37% sobre 1992, representando el sector de personas mayores el 92,6% de

los atendidos. El precio/hora de este servicio para 1995, se fija en 1.688 ptas. en días laborables y 2.532 ptas. en días festivos.

Los recursos monetarios de los ancianos son tanto patrimoniales como de rentas; los primeros son muy opacos y de escasa liquidez. Los segundos consisten principalmente en pensiones. Ya hemos señalado las grandes diferencias de ingresos por hogar entre los distintos grupos de edades. Las diferencias son menores en el gasto, y menos aún en el gasto por persona, pero los indicadores generales de gasto son poco útiles para comprender la situación económica de los ancianos, debido a la incidencia de los gastos generales no divisibles. De hecho según los indicadores de ingreso por persona, y más aún los gastos por persona, las ancianas parecen disfrutar de mejor situación que los ancianos, y éstos parecen acercarse mucho al promedio nacional. Esto se debe a la fuerte incidencia de los hogares unipersonales, que distorsionan los resultados incluso cuando se ponderan con la escala de Oxford (unidades de consumo monetario). De ahí la necesidad de complementar los análisis basados en esta escala con el uso de la escala de Madrid (unidades de consumo de tiempo de trabajo no monetarizado).

En la encuesta de EDSA, el 21% no respondió respecto a sus ingresos familiares mensuales, un índice normal de no-respuesta en este tema en las encuestas generales. De los que respondieron, 15% dijeron recibir menos de cuarenta y cinco mil pesetas mensuales; lo más frecuente es entre cuarenta y cinco y setenta y cinco (44%); otro treinta por ciento, entre setenta y cinco mil y ciento cincuenta mil; y sólo un 9%, más de ciento cincuenta mil. Según la EPA 1992, los ingresos familiares medios en los hogares cuyo sustentador principal es un anciano varón son seiscientos ochenta y siete mil pesetas por persona, y setecientos cincuenta y dos mil si es una anciana lo que equivale a 57.000 pts. mensuales por persona en los hogares de varones y a 62.000 en los de ancianas (12 mensualidades al año).

Si estos ingresos familiares son veraces, el 95% de los ancianos madrileños no pueden pagar el precio medio de una sola plaza en una residencia privada de categoría modesta, para ancianos válidos, y aún menos para dos plazas. Sólo con la venta de activos patrimoniales o con la ayuda económica de otros familiares

podrían pagar, a precios de mercado, las residencias para válidos, y no llegan al 1 % los que pueden pagar por sí mismos una plaza para no válidos. La posibilidad de liquidar activos patrimoniales para garantizarse la compra de servicios en el mercado es más difícil por razones psicológicas y organizativas que por verdadera carencia de patrimonio. Según la Encuesta Sociodemográfica de la CAM, de 1991, en Madrid el 76 % de las personas mayores de setenta y cinco años viven en una vivienda de su propiedad o de su cónyuge.

La vivienda no es sólo un bien de uso sino una garantía de supervivencia y un elemento de negociación entre generaciones. El acceso a la titularidad y a la propiedad de la vivienda crece ininterrumpidamente en España hasta que se alcanza la máxima frecuencia, en el grupo de edad de 60 a 69 años, en el que el 77 % de los varones y el 80 % de las mujeres son propietarios de su vivienda (o lo es su cónyuge). Sin embargo, a partir de los setenta años decrece bruscamente la titularidad, sobre todo en las mujeres (desciende del 91 % al 74 %, lo que revela su mayor dependencia de otros familiares) y también desciende la propiedad (se reduce desde 79 hasta 74 % en los varones y desde 77 hasta 61 % en las mujeres). A pesar de este descenso brusco, que se debe tanto a cambios de domiciliación como a necesidades económicas y previsiones fiscales, sigue siendo *muy alta la proporción de ancianos de bajo nivel de renta que usufructúan un patrimonio inmobiliario cuyo valor en mercado cubriría holgadamente sus necesidades monetarias.*

En la encuesta EDSA, pocos ancianos manifestaron abiertamente su deseo de trasladarse a vivir a una residencia. Sólo 1 % dijo estar a la espera del ingreso y otro 1,5 % dijo habersele denegado la solicitud; a ellos habría que añadir otro 1 % que dijo no tener recursos para pagar una residencia privada. En total 3,5 %, que si se extrapolase a toda la población fijaría una demanda nacional expresa de 189.000 plazas.

La dificultad de estimación de plazas en instituciones totales no deriva tanto de la demanda expresa cuanto de la implícita o soterrada: así, por ejemplo, el 7 % de los entrevistados en la EDSA, dijo que no se iba a una residencia «porque no quieren mis familiares»: en la mayoría de los casos, esta oposición de los familiares al traslado a instituciones va acompañada con una oferta de cuidados y compañía

que la hace bien recibida por el anciano. Pero en otras ocasiones encubre una situación de malestar profundo para el anciano o para sus familiares, que asumen la situación por razones económicas o de presión social y no por sus preferencias reales.

5. La recepción de la DETRANME por el sistema familiar

5.1. La DETRANME generada por las condiciones generales de salud

Según la Encuesta de Nuevas Demandas (Duran, 1990), el colectivo de los mayores de sesenta y cinco años dispone de cinco horas diarias de ocio y descanso, aparte del sueño. Este tiempo es un recurso precioso para quienes les rodean, que crecerá en volumen, reconocimiento social y organización en los próximos años.

Para el conjunto del país, el bloque de tiempo relativamente libre de los ancianos equivale a unos treinta y dos millones de horas diarias, que es una cifra mayor que la de todos los trabajadores de la agricultura juntos. Hasta ahora, este ha sido un recurso muy poco formalizado en el diseño de políticas sociales, pero ante la demanda creciente de servicios que las organizaciones de economía formal, —y muy especialmente la Seguridad Social— no pueden satisfacer, la sociedad española tendrá que encontrar nuevas formas de utilización colectiva de estos recursos actualmente limitados a la esfera de las relaciones privadas.

Los ancianos constituyen un colectivo de gran importancia en la prestación de trabajo no remunerado a sus propios familiares para el cuidado de la salud. En el semestre anterior, según la EDSA, un 22 % de los ancianos ha cuidado a algún familiar; en casi la mitad de los casos (48 %) el cuidado se ha prestado a su cónyuge, en un 11 % de los casos, a hijas o nueras; en 7 % de los casos a hijos o yernos; en 14 % de los casos a nietos, y otro tanto a otros familiares. Un 8 % de los receptores de cuidados no eran familiares sino otros tipos de relaciones sociales, generalmente vecinos.

No obstante, los ancianos son también una fuente de demandas para todo el sistema social,

debido a la precariedad de su salud. Del 85 % que manifiesta padecer algún tipo de incapacidad, el 97,7 % necesita ayuda para al menos una actividad. Las necesidades de tiempo ajeno de este colectivo son tan grandes que no pueden pagarse a precios de mercado ni cubrir las con servicios públicos sin provocar una conmoción en los presupuestos generales, o en los de Comunidades y los Ayuntamientos.

Como ya hemos señalado, el 85 % de los ancianos, y el 90 % de los que viven solos, tienen problemas de salud que dificultan su vida habitual. La gran mayoría de los mayores de sesenta y cinco años padece alguna dificultad derivada de su precariedad física (85 %), aunque de ellos, solamente una cuarta parte considera, que es grave. Esta dificultad puede derivar en la necesidad de ayuda o aceptarse por los ancianos simplemente como una limitación, que no se convierte en demanda ante terceros. Según la EDSA, un tercio de los ancianos entrevistados (34 %) necesitan ayuda para, al menos, un tipo de actividad.

Para el conjunto de las incapacidades o problemas citados en primer lugar, el promedio es de 14 años transcurridos desde su comienzo, y 6,5 años desde que reciben ayuda por su causa. La dificultad más referida es la muscular-locomotriz, (30 % de los casos), que genera problemas de movilidad y, por tanto, de dependencia. También es muy frecuente (29 %) la dificultad derivada de problemas circulatorios, que son considerados graves en mayor proporción (29 %) que las musculares. Las dificultades respiratorias no son tan frecuentes como las dos citadas (7 %), pero se consideran graves con más frecuencia (48 %) e igual sucede con los problemas mentales (5 % de frecuencia, 31 % de gravedad). Las dificultades en la vista (9 % de los ancianos) y en el oído (5 %) no se consideran graves más que por un 18 % de los afectados.

Aunque el 85 % de los ancianos dice tener algún tipo de dificultad o incapacidad, el 57 % dice tener dos y el 27 % tres. El índice de gravedad en la segunda incapacidad es 28 % y en la tercera, 23 %. Si en lugar del indicador de ancianos con incapacidades o dificultades, utilizásemos el de incapacidades por cada cien ancianos, que es más adecuado para la estimación de demandas sanitarias, este sería 168 %.

El orden de prioridad en la referencia de las incapacidades, no refleja grandes desniveles en

la gravedad, pero no puede atribuirse al azar. Los ancianos dan preferencia en su relato a las dificultades circulatorias y musculares, (se citan con mayor frecuencia relativa en primer lugar), en tanto que las dificultades de vista, oído y bucodentales se citan con mayor frecuencia en segundo o tercer lugar. Las dificultades mentales y genitourinarias tienen mayor frecuencia relativa entre las citadas en tercer lugar.

Estos problemas afectan sobre todo a las relaciones con el exterior de su vivienda: 25 % precisa ayuda para ir al médico, 18 % para las gestiones sanitarias, 20 % para las compras, 16 % para salir fuera de casa, 11 % para el transporte. Pero también afectan a la vida cotidiana y al propio mantenimiento: 21 % necesitan ayuda para la atención de su hogar y ropa, 12 % para seguir las medicaciones en casa, 11 % para preparar sus comidas, 10 % para el aseo personal, 8 % para el acompañamiento de día, 8 % para las gestiones generales, 6 % para el acompañamiento de noche y 4 % para ayudarles a comer.

El sistema de cobertura familiar se apoya sobre todo en los familiares convivientes, que cubren la mayoría de las atenciones. No obstante, los familiares no convivientes prestan también una ayuda sustancial, dirigida principalmente a dos tipos de atenciones: las relativas a actividades externas al hogar, como realizar compras, (en el 37 % de los casos son familiares no convivientes quienes prestan la ayuda), ir al médico (32 %), o salir fuera de casa (31 %); y las relativas a tareas domésticas dentro del hogar (limpieza de la vivienda y de la ropa, 49 %; preparación de comidas, 29 %). *En todos los tipos de atenciones, incluso en el acompañamiento durante la noche, los familiares no convivientes se hacen cargo de, al menos, un 10 % de las atenciones.*

Este es un dato de gran relevancia para el análisis de la economía no monetaria, porque hace visible la *solidez de las prestaciones interfamiliares en los hogares españoles, incluso en las grandes ciudades*. Demuestra palpablemente que *el criterio de «producción para los miembros del hogar» no es suficiente en los análisis de producción no monetaria de los hogares*. Un ejemplo es la DETRANME de preparación de alimentos que deriva la población anciana hacia otros hogares de familiares. No menos de 155.000 ancianos reciben ayuda de familiares no convivientes para preparar sus alimentos

(5,4 millones de ancianos × 85 % con problemas × 11,5 % que precisan ayuda para preparar sus comidas × 29 % que la reciben de familiares no convivientes). O, aplicado al mantenimiento del hogar y de la ropa, permite estimar en 490 mil ancianos los que reciben ayuda de sus familiares no convivientes para estas actividades. Respecto a la menos habitual de las ayudas, el acompañamiento durante la noche, podemos estimar en 28.000 el número de ancianos que cubren con la ayuda de familiares no convivientes este tipo de demanda.

Según la EDSA, ante la pregunta sobre quién le presta ayuda normalmente en la atención de su discapacidad o problema la mayoría (66 %) la respuesta más frecuente es que la familia, pero esta respuesta varía mucho en función del tipo de necesidad. Aunque parecen referirse a períodos breves de internamiento, no es desdeñable la intervención de las instituciones hospitalarias (6 % del total de respuestas) y de las residencias (6 % del total de respuestas). También es perceptible, en algunos cuidados, la actuación de los servicios sociales (13 % de las respuestas referentes a ayuda para el arreglo de casa y ropa, 7 % para compras y aseo personal).

Llama la atención la elevada respuesta referente a servicio doméstico, con un promedio del 12 % sobre el total de ayudas, que alcanza el 35 % en las tareas de arreglo de casa y ropa, 27 % en la preparación de comidas, 15 % en acompañamiento de día y 6 % en acompañamiento de noche. Aunque la ayuda remunerada no cubra la preparación de todas las comidas ni toda la limpieza ni el acompañamiento en todas las horas, refleja en cualquier caso un uso alto de estos servicios. También demuestra la existencia de un *importante mercado de trabajo doméstico, en gran parte sumergido, para la cobertura de las demandas de la población anciana*. Si estas cifras se extrapolasen, significarían que para 709.000 ancianos la ayuda principal que reciben para la preparación de sus alimentos es el trabajo remunerado, e igualmente para 783.000 ancianos en el mantenimiento y limpieza de sus casas (5,4 millones, 85 %, 43 %, 35 %).

El papel de los vecinos no es tan relevante, aunque tiene cierta presencia en las ayudas para hacer compras (7 % de las ayudas), para salir a la calle (4 % de las ayudas) y para la preparación de las comidas (3 %).

No disponemos de otras encuestas sobre estos temas para compararlas con la encuesta

DSA, realizada en Madrid; pero sin duda la relación de los ancianos rurales con el vecindario, con los servicios institucionales (sanitarios, sociales, residencias) y con los servicios domésticos remunerados es diferente a la de en las grandes ciudades.

La demanda de cuidados se cubre mayoritariamente por los familiares del propio hogar (73 %), pero también es importante la ayuda de familiares que no conviven con el anciano (24 %).

La recepción de la DETRANME corresponde principalmente al cónyuge, cuando existe. Un 44 % de los ancianos vive en compañía de otra persona, y un 35 % con dos o más personas. Como ya hemos señalado, *los varones ancianos suelen disponer de cónyuge, pero no así las mujeres ancianas. Las mujeres ancianas son, a su vez, las principales receptoras de la DETRANME de sus cónyuges*.

Cuando las demandas de cuidados se transfieren a la generación siguiente, la reciben las mujeres en una proporción mucho mayor que los varones. Para el aseo personal y dar de comer, la proporción de cuidados por las hijas o nueras es cuatro veces superior a la de los hijos o yernos. Para el transporte, cinco veces mayor. Para salir a la calle, la proporción de siete a uno. Para acompañarlos durante el día y la noche o dar la la medicación es seis veces mayor: para acompañarlos al médico o realizar gestiones relativas a la salud, es ocho veces mayor. Para tareas más identificadas con el cuidado general del hogar, como hacerles compra o arreglarles la casa, la proporción es de diez a uno.

A diferencia de las demandas de cuidados generadas por otras necesidades, las generadas por el cuidado de salud no se reparten sustitivamente entre el subsistema institucional y el subsistema de hogares; al contrario, *la utilización de servicios sanitarios suele implicar también una elevada utilización de tiempo no remunerado en el entorno doméstico*. Precisamente, el tipo de ayuda que los ancianos declaran recibir con más frecuencia es la dedicada a relacionarse con las instituciones sanitarias; una cuarta parte dicen necesitar ayuda para ir al médico y un 18 % para las gestiones relacionadas con la salud. También es relativamente frecuente la demanda de ayuda para la atención del hogar y de la ropa (22 %) o para las compras (20 %).

No hay límite a la cantidad de servicios de tipo médico o de tipo asistencial que pueden

aplicarse a un enfermo. Según la EDSA, las necesidades de atención de los ancianos quedan insatisfechas, según el tipo de demanda, entre el cinco y el trece por ciento de los casos. De *las necesidades* surgidas como consecuencia de enfermedades, las *estrictamente curativas están bien cubiertas* (sólo 2,5 % dijo no haber recibido ayuda de nadie para ir al médico o recibir su medicación), pero tanto *las de relaciones con el exterior* (para gestiones de salud, 13 %; para salir a la calle, 11 %; para usar transportes, 9 %) como las de compañía (11 % para acompañar durante la noche) *reflejan carencias relativamente importantes*, del orden del 10 % de los casos en que las necesitaron. Los *cuidados cotidianos* de mantenimiento, no curativos, reflejan *niveles intermedios de carencias*, en torno al 5 % (arreglo de la casa, 5,4 %; aseo personal o preparación de comidas, 3,8 %)⁵.

Esta demanda potencial es muy elástica y podría duplicarse sin ninguna dificultad si existieran más recursos destinados a satisfacerla.

5.2. La DETRANME derivada de episodios mórbidos

Los episodios mórbidos generan demandas añadidas a las habituales. Durante el último semestre, el 58 % de los ancianos entrevistados no padeció ninguna enfermedad añadida a sus dificultades o discapacidades habituales, o al menos no la relató como un episodio diferenciado. De todos modos, hay que hacer algunas matizaciones, ya que las enfermedades más graves ocasionan una exclusión natural de las encuestas a causa del fallecimiento o por internamiento hospitalario prolongado hasta el momento de la entrevista. Según el Ministerio de Sanidad («Indicadores de Salud», 1993), el índice de mortalidad en el grupo de varones de sesenta y cinco a setenta y cinco años es de 3 % y el de mujeres, 1,5 %; para el grupo de viejos/viejas estos índices ascienden, respectivamente, a 10 % y 7,7 %. El índice de fallecimientos en todo el grupo de más de sesenta y cinco años es de 6 %, que habrá que añadir (en su fase previa) al índice de enfermedades, y al de enfermedades graves. O sea, los datos de encuesta son más favorables que la realidad.

Según la EDSA, los ancianos que padecieron alguna enfermedad en los últimos seis meses, recibieron cuidados de otras personas durante

un promedio de quince días. El número de horas diarias dedicadas por su cuidador principal fue de 4,8 centésimas, esto es, 33,6 horas semanales, una magnitud superior a la del trabajo semanal asalariado en el promedio del año. La encuesta no recoge el número de horas de cuidados recibidos en las enfermedades citadas en segundo y tercer lugar, pero sí la gravedad y el tipo de atención. *A diferencia de las encuestas a la población general*, en las que la enfermedad citada en primer lugar es más grave y requiere más tratamiento que en las restantes, *en la encuesta de ancianos las enfermedades citadas en segundo y tercer lugar se describen con el mismo nivel medio de gravedad* (26 % de «graves» en la primera, 32 % en la segunda y 33 % en la tercera) *y utilización de recursos sanitarios que las citadas en primer lugar*, por lo que puede concluirse que la DETRANME generada será también similar.

La demanda global (horas de atención) generada por la falta de salud se compone de dos tipos de prestaciones; las que se refieren a *actividades esporádicas* (como las ya citadas de acompañamiento al médico) y las que se refieren a *actividades cotidianas*. Aunque las primeras alcancen magnitudes más altas, son éstas últimas, referidas a un número más reducido de ancianos, las que generan una mayor demanda global de tiempo de cuidado (aseo, ayuda en las comidas, compañía, vigilancia). El impacto de estas demandas sobre el entorno familiar del anciano y sobre las instituciones es muy fuerte, y no se ajusta a los esquemas organizativos habituales de unos y otros; no cesa cuando el calendario laboral exige interrumpir el trabajo por festivos o vacaciones, ni cuando enferman los cuidadores o cuando entra en conflicto con otras demandas familiares igualmente necesarias o urgentes.

Esta estimación sólo se refiere a quienes han sobrevivido a sus dolencias y enfermedades. La DETRANME generada por las enfermedades que causan la muerte a un 6 % de ancianos cada año (unos 325.000) es mucho mayor, proporcionalmente, que la generada por las restantes enfermedades. A la DETRANME de cuidados se une, en el caso de fallecimiento, la DETRANME encaminada a resolver los trámites y ritos que acompañan a la muerte.

El análisis de la DETRANME anual total generada por el cuidado de la salud de los ancianos tiene, por tanto, que complementar los

indicadores de morbilidad con los de mortalidad. El índice de enfermedades totales rebasa el de enfermedades referidas, y debe englobar, como mínimo, el 6 % de enfermedades finales no recogidas en la encuesta; pero cabe suponer que los ancianos fallecidos sufrieron en los seis meses anteriores a su muerte más enfermedades que el promedio de ancianos, y necesitaron mayor número de horas de cuidados para atenderles⁶.

El cuidado no monetarizado durante las enfermedades se reparte entre los familiares de la misma generación (cónyuge) y los de la siguiente (hijas y nueras, principalmente). Hay cuidados más fáciles para los convivientes, como el acompañamiento de noche y de día o la ayuda con los medicamentos, que son prestados con una frecuencia seis veces mayor por los cónyuges que por los demás familiares. En cambio, *los cuidados externos* (salir a la calle, ir al médico o hacer gestiones generales) son prestados más frecuentemente por la generación siguiente.

Cuando se necesitan los cuidados de mantenimiento y supervivencia cotidiana (compra, arreglo de la casa, preparación de comidas y aseo personal), son prestados más por las hijas o nueras que por los cónyuges. Esta derivación hacia la generación siguiente se debe a que los ancianos no la perciben tanto como necesidad, porque habitualmente disponen de una esposa en el hogar que puede satisfacerla; y es sólo cuando las mujeres son incapaces de bastarse para sí mismas o para atender a los otros miembros del hogar cuando la demanda se transfiere a la generación siguiente.

Estas demandas, salvo las de ambulatorios, se refieren tanto al subsistema público como al privado. Sobre el subsistema público hay algunas fuentes de información contrastables, pero apenas hay fuentes para el análisis del subsistema privado o del concertado por las mutualidades o compañías privadas de seguros (Sanitas, Asisa, etc.).

En esta misma batería se incluyó en la EDSA, una pregunta sobre el uso de «cuidados familiares» para atender al anciano durante sus enfermedades en este período; la respuesta ha sido del 20 %, y no se refiere tanto a los cuidados generales debidos a su situación física (por ejemplo, el 25 % de los que tienen dolencias dicen simultáneamente que necesitan ayuda para ir al médico) como al cuidado de tipo susti-

tutivo, prestado por los familiares para cuidar su salud (el 12 % de los que tuvieron enfermedades no recibieron atención del sistema sanitario y se cuidaron solamente en su propio domicilio).

El índice de enfermos no coincide con el de enfermedades, porque un 15 % de los enfermos tuvieron dos enfermedades y un 3 % tuvieron tres o más en el mismo período. *Para la estimación de la DETRANME es más útil el índice de episodios mórbidos (53 %) que el de enfermos (48 %), porque refleja mejor la transferencia social de la enfermedad.*

Las enfermedades más comunes fueron las respiratorias (63 %), seguidas de las circulatorias (9 %) y los accidentes (7 %). En la EDSA, no se ha obtenido información sobre los enfermos que permanecen todavía internados en hospitales o residencias; por eso los resultados sólo se aplican a los que continúan viviendo en hogares.

Para la población anciana, que en el 85 % de los casos padece algún problema que dificulta su vida normal, la enfermedad es un nivel añadido a las dificultades anteriores. Por comparación con la población joven, las demandas de cuidados no aumentan tan visiblemente en los períodos de enfermedad, porque ya eran elevadas anteriormente. Las tablas del anexo permiten comparar los índices de demanda entre los que padecen problemas habituales y los generados por los episodios mórbidos. Algunas demandas se reducen en los días de enfermedad (por ejemplo, las relativas a salir a la calle, usar transporte o hacer gestiones), porque las actividades de referencia se interrumpen o disminuyen en esos períodos. No obstante, el conjunto de demandas aumenta mucho. Aumentan las necesidades de ayuda para aseo personal, comer, preparación de comidas, limpieza y compras. *Las ayudas para acompañamiento de noche y para medicación o curas se duplican durante las enfermedades.*

En conjunto, las demandas se satisfacen en proporciones superiores al 80 %. Es, de todos modos, difícil de interpretar el 20 % restante de demanda no satisfecha: probablemente se produce un ajuste de la demanda a las expectativas realistas de poder satisfacerla, o incluso se recuerda más la ayuda recibida que la necesitada, con lo que la demanda potencial no cubierta es mayor del 20 % que explícitamente la interpreta de ese modo.

5.3. Las demandas generadas en vacaciones

Las vacaciones son una conquista de los trabajadores asalariados, que se independiza de la demanda de los clientes o personas necesitadas de sus servicios. *La interrupción del trabajo por festivos o vacaciones, especialmente en verano, afecta tanto a los ancianos que utilizan servicios públicos como a los que usan servicios privados.* La mayoría de los ancianos no pueden pagar servicios extraordinarios, privados, durante el período en que toman vacaciones los trabajadores que habitualmente les prestan sus servicios, sean estrictamente médicos, paramédicos, o de simple atención en la supervivencia cotidiana. También las demandas que se resuelven mediante prestaciones monetarizadas suelen interrumpirse en festivos y vacaciones, salvo las de carácter vital o urgente.

Las demandas que no se resuelven mediante relaciones laborales directas o indirectas, *están sometidas a una tensión similar, en el sentido de que también los familiares, los vecinos o los trabajadores voluntarios* han asumido la creencia general de que las vacaciones o descansos son un derecho universal que la sociedad en su conjunto debe garantizar. De ahí el dramatismo y *los conflictos planteados entre el sistema sanitario y el familiar en las épocas vacacionales.* Las familias no son grupos homogéneos y fragmentables, y la disponibilidad de tiempo libre para algunos miembros de la familia (jóvenes, niños, asalariados) no implica la disponibilidad de tiempo para todos los miembros de la familia; al contrario, numerosas encuestas han demostrado, que las vacaciones suelen generar un aumento en la demanda de trabajo u obligaciones familiares sobre las personas que habitualmente asumen también el cuidado de los enfermos de la familia, convivientes o no convivientes.

Como la DETRANME no se interrumpe durante las festividades, la mayoría de los cuidadores no interrumpe tampoco su cobertura habitual. En ocho casos de cada diez, esta relación es la misma en vacaciones y en épocas normales. Pero *en el veinte por ciento de los casos en que se interrumpe la relación habitual, un tercio de los ancianos no disponen de otros cuidadores sustitutos*, y el resto se reparte entre varias soluciones, tales como ser cuidado en el mismo hogar por otros familiares, irse al hogar de otros familiares, internarse en un hospital (la menos

frecuente de las soluciones; sólo apareció un caso en la encuesta) u otras soluciones.

Aunque los porcentajes son muy bajos, estas cifras representan importantes demandas de cuidados cuando se refieren a un colectivo de cinco millones y medio de personas. Así, un solo caso entre cuatrocientos puede indicar, en caso de extrapolarlo, una demanda de 13.500 plazas hospitalarias extras para ancianos que habitualmente reciben cuidados y dejan de recibirlos en vacaciones. Seis casos de ancianos que habitualmente reciben cuidados y dejan de recibirlos en vacaciones, equivalen a 81.000 ancianos en situación de precariedad por la misma causa.

6. Los ancianos que viven solos

Para los ancianos que viven acompañados, el acceso al subsistema familiar es muy fácil, pero no así para los que viven solos. Y son precisamente los ancianos que no tienen posibilidad de repercutir sus demandas sobre sus familiares los que plantean mayores problemas económico-políticos. ¿Hasta dónde llegan las responsabilidades por sus necesidades insatisfechas? ¿Cómo afectan a sus parientes lejanos, a sus vecinos, a los ciudadanos desconocidos que las sufragan a través de los impuestos? ¿Cuál es el límite de la autoresponsabilidad y de la corresponsabilidad, cuando el mercado no asume más obligaciones que las que pueden compensarse con los recursos disponibles?

Según la encuesta EDSA, veintiuno de cada cien ancianos madrileños viven solos. Entre ellos, y como resultado de una mayor esperanza de vida y un diferencial de edad al contraer matrimonio, las mujeres constituyen la abrumadora mayoría (85 % del total de los que viven solos).

La situación familiar de los ancianos que viven solos es un condicionante de la capacidad para obtener satisfacción en sus demandas de cuidados; 43 % de los ancianos solteros, 1 % de los casados, 36 % de los divorciados y 35 % de los viudos vivían solos, en sus hogares, en el momento de la EDSA.

A efectos de la demanda de trabajo no monetarizado es relevante que *los ancianos que vi-*

ven solos tienen, como promedio, una edad más avanzada que los que viven acompañados. Si entre los menores de setenta y cinco años viven solos el 15 % entre los mayores de setenta y cinco viven solos el 25 %. O lo que es lo mismo, el 65 % de los que viven solos tienen más de setenta y cinco años.

Aunque, como promedio, los ancianos/viejos tienen peor salud que los más jóvenes, entre los que viven solos se produce una selección de tipo social que ocasiona que en los indicadores de morbilidad o de salud autopercibida de la encuesta aparezcan magnitudes similares a las de la población anciana general. Así, el índice de morbilidad reciente es 38 %, la incidencia de problemas habituales de salud es del 90 %, y el índice de salud autopercibida es 3,7, igual que en la población anciana total.

Tanto el subsistema sanitario como el subsistema familiar se hacen cargo en mayor medida de los ancianos con problemas de salud que viven solos que de los acompañados, lo que explica en parte la aparente buena salud de los enfermos solitarios. Los subsumen las instituciones, otros hogares de la red familiar o se desplazan familiares a residir con ellos. Tampoco puede descartarse un leve sesgo introducido en las encuestas, precisamente por la mayor dificultad para contactar y entrevistar a los enfermos sin acompañantes.

En conjunto, del total de enfermedades padecidas por la población anciana, el 19 % corresponden a ancianos que viven solos. Las demandas de este colectivo son más difíciles de satisfacer que las restantes, tanto para sus familiares como para el sistema sanitario⁷.

No es probable que los últimos años en la vida de un varón transcurran en solitario; sólo el 7 % de los varones mayores de sesenta y cinco años viven solos en el momento de la encuesta EDSA. En cambio, es muy probable que las mujeres lleguen a vivir solas cuando envejecen (30 % de las mujeres viven solas en el momento de la encuesta). Pocos varones llegan a enviudar, y aún menos permanecen duraderamente en este estado (sólo el 16 % de los varones ancianos son viudos según la EDSA), pero es altamente probable que enviuden las mujeres (el 60 % de las mujeres ancianas son viudas).

La viudez no conduce necesariamente a vivir en solitario en un hogar, ni es tampoco la única causa que lleva a vivir sin compañía,

pero es la más frecuente. De hecho, los ancianos solteros viven solos con más frecuencia (44 % de los casos) que los ancianos viudos (35 %). Las redes familiares son más fuertes habitualmente que las vicisitudes de la pareja. *El 32 % de los ancianos viudos y el 39 % de las ancianas viudas viven solos*, pero el resto comparte hogar con otros familiares o estos lo hacen con ellos.

Vivir en hogares unipersonales es una condición sobrevenida, no el resultado de una elección. La mayoría de quienes ahora, en la vejez, viven solos, antes vivieron acompañados; incluso el 5 % de varones y 10 % de mujeres que nunca llegaron a contraer matrimonio. El ajuste a la vida en un hogar unipersonal depende de la posibilidad de otras alternativas. *La mayoría de los ancianos que viven solos dicen hacerlo por su propio deseo (60 %)*, pero este deseo de soledad puede encubrir otras razones que los ancianos no quieren manifestar. Una décima parte dice no tener parientes, y un 20 % señala expresamente que son sus familiares quienes no desean vivir conjuntamente con ellos.

Conclusiones

En España está aumentando rápidamente la población mayor de sesenta y cinco años, y en los próximos años crecerá de modo considerable la población mayor de setenta y cinco años.

En este análisis se ha mostrado la importancia de la contribución del sistema familiar al sistema global de cuidados de los ancianos, y se han cuantificado las demandas de atención generadas por la población de edad avanzada.

Los cuidados ofertados por el sistema Institucional, tanto público como privado, representan sólo una pequeña parte del conjunto de demandas de cuidados que son satisfechas por los hogares en forma de trabajo no monetarizado.

Se destaca que los ancianos constituyen, al mismo tiempo, un colectivo de gran importancia en la prestación de trabajo no remunerado a sus propios familiares, para el cuidado de la salud.

Si las nuevas condiciones que se están gene-

rando en la sociedad española alterasen el reparto actual de cuidados entre el sistema de hogares y el sistema institucional, produciéndose un trasvase de estos cuidados al sistema sanitario/asistencial, se generaría un crecimiento de costes que dicho sistema difícilmente podría soportar. De ahí la necesidad de conocer y evaluar los recursos humanos potenciales de que cabe disponer, para encontrar alternativas que permitan afrontar estos cuidados.

Simultáneamente, la sociedad española ha de ser consciente de que no puede alcanzar objetivos de crecimiento económico cuantificados en dinero a menos que permita el

acceso al mercado de todos sus recursos productivos, especialmente el trabajo no remunerado.

En el plano político, las demandas de cuidados plantean dos tipos de problemas diferentes: por una parte, los derivados del derecho de los ancianos a recibir atención con independencia de su solvencia económica personal; y de otra parte, la de los sistemas de adscripción tradicional del trabajo no remunerado, que ponen en peligro, para colectivos sociales específicos, su derecho a la igualdad de oportunidades en el acceso al empleo y a la promoción e independencia personal.

Indicadores sociosanitarios relativos a la población mayor

Indicador	Magnitud (%)	Definición	Fuente
1. <i>Hogares unipersonales</i>	20,6	Personas mayores que viven solas respecto total de hogares de mayores de 65 años.	EDSA (1) 1993 (Madrid)
Varones.....	7,3	Ancianos que viven solos respecto ancianos entrevistados.	
Mujeres.....	28,4	(Idem respecto a ancianas.)	
1.1. Varones.....	15	Mayores de 65 años que viven solos según sexo.	
Mujeres.....	85		
1.2. Solteros.....	43,8	Solteros (varones + mujeres: v + m) en hogares unipersonales respecto ancianos solteros (v + m)	
Varones.....	25	(Idem, según sexo.)	
Mujeres.....	50		
1.3. Casados.....	1,5	Casados (v + m) hogares unipers. respecto ancianos casados.	
Varones.....	0	(Idem, según sexo.)	
Mujeres.....	4,5		
1.4. Divorciados.....	37,5	Divorciados (v + m) en hogares unipers. sobre ancianos divorc.	
Varones.....	66,7	(Idem, según sexo.)	
Mujeres.....	20		
1.5. Viudos.....	35,3	Viudos (v + m) en hogares uniper. sobre ancianos viudos.	
Varones.....	30,8		
Mujeres.....	36,2		
2. <i>Motivos positivos para vivir solo.</i>	60	Declaran vivir en solitario por deseo propio.	EDSA 1993 Madrid
3. <i>Ancianos que viven solos</i>	15	Mayores de 65 años que viven solos respecto total de población anciana.	CIRES (2) 1991-92 (España)
Varones.....	7		
Mujeres.....	22		
4. <i>Mayores de 65 años que viven solos</i>	15,2	Mayores de 65 años que viven solos en Madrid respecto total de población anciana.	Encuesta Demográfica CAM (3) 1991 (Madrid)
Varones.....	5,8		
Mujeres.....	21,2		
5. <i>Razones positivas para vivir solo</i>	87	Declaran vivir solos por «independencia», «se vale solo», «tiene medios» o «le gusta».	CIRES 91-92 (España)
Varones.....	81		
Mujeres.....	89		

Indicadores sociosanitarios relativos a la población mayor (continuación)

Indicador	Magnitud (%)	Definición	Fuente
6. <i>Edad anciano que viven en hogares unipersonales</i>	15,2	Sobre total de 65-75 años.	EDSA
	25,4	Sobre total de más de 75 años.	1993
	2,7	Sobre varones de 65-75 años.	Madrid
	11,8	Sobre varones de más de 75.	
	23,8	Sobre mujeres de 65-75 años.	
	35,0	Sobre mujeres de más de 75.	
7. Hogares numerosos.....	11,2	Ancianos que viven en hogares compuestos de 5 miembros o más.	EDSA 1993 Madrid
8. Estado civil:			
Solteros.....	8	Estado civil de los ancianos entrevistados.	EDSA 1993 Madrid
Varones.....	4,9		
Mujeres.....	10,2		
Casados.....	48,3		
Varones.....	77,4		
Mujeres.....	28,0		
Divorciados.....	2,0		
Varones.....	1,8		
Mujeres.....	2,1		
Viudos.....	41,8		
Varones.....	15,9		
Mujeres.....	59,7		
9. <i>Vida en pareja:</i>		Mayores de 65 años que viven solos respecto total de población anciana.	EDSA. 1993 Madrid
Varones.....	79,3		
Mujeres.....	26,3		
10. <i>Oferta de trabajo no mercantil:</i>		— Ancianos que prestaron cuidados a algún familiar en los últimos seis meses.	EDSA. 1993 Madrid
1. Entre total ancianos.....	22,1		
Varones.....	39,8		
Mujeres.....	60,2	— De todos los que prestaron cuidados, distribución por sexo.	
2. Proporción de cuidadores por sexo:		Ancianos que prestaron cuidados sobre el total de ancianos, por sexo.	EDSA. 1993 Madrid
Varones.....	21,4		
Mujeres.....	22,6	Ancianos que cuidan personas diferentes al cónyuge sobre total ancianos.	EDSA. 1993 Madrid
11. <i>Prestación de cuidados excepto al esposo/a</i>	12		
Cuidador varón.....	5,7	Idem, sobre total varones.	
Cuidadora mujer.....	16,5	Idem, sobre total mujeres.	
12. <i>Principales enfermedades:</i>		Principales enfermedades padecidas en últimos seis meses sobre total de casos de enfermedades.	EDSA. 1993 Madrid
Respiratorias.....	62,8		
Circulatorias.....	8,7		
13. <i>Ancianos que padecen incapacidad y/o enfermedad:</i>			
1. Incapacidad habitual.....	84,8	Ancianos que padecen alguna incapacidad que les impide hacer vida normal.	
2. Incapacidad habitual en hogares unipers.	90	Ancianos con incapacidad sobre total que viven solos.	
Varones.....	83		
Mujeres.....	91		
3. Morbilidad.....	41,5	Ancianos que, al margen de padecer incapacidad, tuvieron alguna enfermedad en los últimos seis meses.	

Indicadores sociosanitarios relativos a la población mayor (continuación)

Indicador	Magnitud (%)	Definición	Fuente
14. Ancianos con incapacidad entre los que viven solos.....	21,9	Ancianos con incapacidad, en hogares unipersonales, sobre total de ancianos con incapacidad.	EDSA. 1993 Madrid
15. Ancianos con incapac. y solos, sobre total.....	17,7	Ancianos con incapacidad y solos sobre total ancianos.	
16. Enfermedad en últimos seis meses en hogares unip.....	38	Ancianos que han padecido alguna enfermedad en últimos seis meses, sobre total solos.	EDSA. 1993 Madrid
Varones.....	41,7	Idem varones hog. uniper (v).	
Mujeres.....	37,3	Idem mujeres hog. uniper (m).	
17. Enfermedad grave.....	26,2	Ancianos que consideran grave la primera enfermedad padecida en últimos seis meses (sobre ancianos que padecieron alguna enfermedad).	EDSA. 1993 Madrid
18. Actividades con ayuda. Ancianos con incapacidad habitual:		Principales actividades (respuesta múltiple) para las que requieren ayuda.	EDSA. 1993 Madrid
Ir al médico.....	24,9	Idem, para ancianos con incapacidad habitual (sobre ancianos con incapacidad habitual).	EDSA. 1993 Madrid
Arreglo del hogar.....	21,5		
Hacer compra.....	19,5		
Gestiones de salud.....	18,4		
Andar fuera de casa.....	15,9		
19. Actividades con ayuda. Ancianos con enfermedad reciente:		Actividades principales (respuesta múltiple) para las que requieren ayuda los ancianos que han padecido alguna enfermedad en últimos seis meses (sobre ancianos con alguna enfermedad).	EDSA. 1993 Madrid
Hacer compra.....	25		
Ir al médico.....	24,5		
Medicación-curas.....	24,4		
Arreglo del hogar.....	23,5		
Preparar comidas.....	17,0		
20. Sin dificultad para realizar actividades:		Mayores de 65 años que manifiestan no tener ninguna dificultad para realizar actividades.	CIRES. 91-92 España
Tomar medicamentos.....	90		
Preparar comidas.....	78		
Ir de compras.....	77		
Realizar otras tareas domésticas.....	75		
21. Actividad de la vida diaria sin dificultad:		Mayores de 65 años que pueden realizar cada actividad sin ayuda.	ENSE (4) 1993 (España)
Comer.....	90,0		
Limpiar la casa.....	75,5		
Usar transporte.....	78,4		
Andar una hora.....	73,8		
22. Actividades con ayuda familiar de fuera del hogar:		Frecuencia de ayudas familiares externas al hogar respecto al total de ayudas familiares recibidas.	EDSA. 1993 Madrid
1. Entre ancianos con incapacidad habitual:			
Arreglo del hogar.....	49,2		
Hacer compra.....	36,7		
Ir al médico.....	32,1		
Andar fuera de casa.....	30,8		
Preparar comidas.....	28,6		

Indicadores sociosanitarios relativos a la población mayor (continuación)

Indicador	Magnitud (%)	Definición	Fuente
2. Entre ancianos con alguna enfermedad reciente:		Frecuencia de ayudas familiares externas al hogar respecto al total de ayudas familiares recibidas.	
Gestiones de salud.....	20		
Usar el transporte.....	20		
Gestiones en general.....	20		
Andar fuera de casa.....	15,8		
Hacer compra.....	15		
Acompañar de noche.....	15		
23. <i>Ancianos con alguna discapacidad:</i>		Mayores de 65 años con alguna discapacidad.	EDDM (5) 1986. España.
España.....	61,7		
Madrid.....	76,3		
24. <i>Ancianos con incapacidad que requieren ayuda para alguna actividad.....</i>	97,7	Ancianos que requieren ayuda para al menos una actividad sobre total de ancianos con alguna incapacidad habitual.	EDSA. 1993 Madrid
25. <i>EVLI:</i>			
1. Al nacimiento.....	61,6 años	EVLI: Años de esperanza de vida libre de incapacidad.	Indicadores de Salud (6 y 7) 1987. 1993. España.
Varones.....	60,8		
Mujeres.....	62,6		
2. A los 65 años.....	6,7 años		
Varones.....	6,8		
Mujeres.....	6,5		
26. <i>Expectativa de años de incapacidad a los 65 años.....</i>	10,2 años	Expectativa de años libres de incapacidad a partir de los 65 años.	Indicadores de Salud (7) 1993 España
Varones.....	8,2		
Mujeres.....	11,9		
27. <i>Duración media de la incapacidad para mayores de 18 años.....</i>	16,5 años	Años de incapacidad media en la población mayor de 18 años que la padece.	ENDS (8) 1990. España.
28. <i>Cuidados utilizados por los ancianos:</i>		Lugares donde fueron atendidos los ancianos que padecieron alguna enfermedad en los últimos seis meses.	EDSA. 1993 Madrid
En casa y sin médico.....	11,4		
En casa y consulta.....	30,9		
En consultas.....	31,8		
Urgencias.....	7,1		
Hospitalizado.....	17,5		
29. <i>Cuidados utilizados por población mayor de 18 años:</i>		Relación con el sistema sanitario en el cuidado de la enfermedad por la población mayor de 18 años.	ENDS. 1990 España
En casa sin visita médica.....	26		
En casa con visita médica....	29		
At. primaria, ambulatorio....	25		
Hospital, sin internamiento...	5		
Urgencias.....	5		
Hospitalización.....	4		
Intervención quirúrgica.....	3		
30. <i>Consultas médicas (I):</i>		Población que ha consultado al médico en los últimos 15 días, por sexo en cada grupo de edad.	ENSE. 1993 España
1. Personas 65-74 años:			
Varones.....	31		
Mujeres.....	39		

Indicadores sociosanitarios relativos a la población mayor (continuación)

Indicador	Magnitud (%)	Definición	Fuente
2. Mayores de 74 años:			
Varones.....	36		
Mujeres.....	39		
31. Consultas médicas (II):			
Mayores de 65 años:	29,4	Población anciana que ha consulta-	ENSE (9)
Varones.....	26,4	do al médico en los últimos 15 días,	1987
Mujeres.....	31,7	por sexo.	España
32. Hospitalización (I)			
1. Ingresos en hospital:		Porcentaje de población hospitali-	ENSE. 1993
Personas 65-74 años.....	10	zada en el último año por grupo de	España
Mayores de 74 años.....	13	edad.	
2. Estancia media adultos:	13 días	Días de estancia media en el último	
Personas 65-74 años.....	19,2 días	ingreso hospitalario (adultos en ge-	
Mayores de 74 años.....	16,1	neral y personas ancianas).	
33. Hospitalización (II):			
1. Ingresos en personas ma-		Población hospitalizada en el últi-	ENSE. 1987
yores de 65 años.....	8,4	mo año entre mayores de 65 años.	España
2. Estancia media adultos...	17,2 días	Ultimo ingreso (adultos).	
34. Urgencias (I):			
Mayores de 74 años.....	20	Población mayor de 74 años que	ENSE. 1993
35. Urgencias (II):		acudió a urgencias en el último año.	España
Mayores de 65 años.....	9,8	Población mayor de 65 años que	ENSE. 1987
36. Cuidadores principales:		acudió a urgencias en el último año.	España
Familia y vecinos.....	69,3	Cuidadores de ancianos por motivo	EDSA. 1993
Sector institucional.....	18,2	de su incapacidad habitual y/o en-	Madrid
Sector privado (servicio do-	11,9	fermedad en últimos seis meses.	
méstico).....			
37. Gasto anual en el hogar:			
1. Gasto medio por hogar..	2.527.105 pts.	Hogares en general.	EBPF (10)
1.1. Gasto general varo-			1991.
nes.....	2.675.961 (a)	Sustentador principal varón.	España
Varones más de 65			
años.....	1.836.521 (b)	Idem, mayor de 65 años.	
	(68,6 % de a)		
1.2. Gasto general muje-			
res.....	1.830.515 (c)	Sustentador principal mujer.	
Mujeres más de 65			
años.....	1.183.742	Idem, mayor de 65 años.	
	(65 % de c		
	y 65,5 %		
	sobre b)		
38. Gasto anual en servicios médi-			
cos y sanitarios:			
1. Gasto medio por hogar..	65.086 pts.	Hogares en general.	
1.1. Gasto general varo-			
nes.....	68.101 (a)	Sustentador principal varón.	
Varones más de 65			
años.....	48.273 (b)	Idem, mayor de 65 años.	
	(70,9 % de a)		

Indicadores sociosanitarios relativos a la población mayor (continuación)

Indicador	Magnitud (%)	Definición	Fuente
1.2. Gasto general mujeres.....	50.973 (c)	Sustentador principal mujer.	
Mujeres más de 65 años.....	36.672 (72 % de c y 76 % sobre b)	Idem, mayor de 65 años.	
39. Salud subjetiva:		Percepción del estado de su salud que tienen los ancianos entrevistados.	EDSA. 1993 Madrid
1. Ancianos en general:			
Muy mala.....	0,5		
Mala.....	8,8		
Regular.....	28,6		
Buena.....	45,2		
Muy buena.....	16,6		
2. Ancianos solos:		Idem, para ancianos que viven solos.	
Muy mala.....	1,3		
Mala.....	2,7		
Regular.....	32,0		
Buena.....	53,3		
Muy buena.....	10,7		
40. Índices ponderados de salud subjetiva o autovaloración del estado de salud	3,7	Percepción del estado de salud. Ancianos de Madrid.	EDSA. 1993 Madrid
(siendo 1 «muy mala»	3,6	Idem, en España.	CIRES. 91-92 España
y 5 «muy buena»)	3,3	Autovaloración estado de salud en España. Mayores de 65 años.	ENSE. 1993 España
	3,2	Idem.	ENSE. 1987 España

Fuentes:

- (1) EDSA: Encuesta de demandas en salud de la población anciana. CSIC. 1993-94. Madrid. 400 entrevistas.
- (2) CIRES: *La realidad social en España 1991-92*. España. 1.200 entrevistas.
- (3) *Encuesta demográfica de la C.A.M. 1991*. Consejería de Economía. Madrid.
- (4) ENSE: *Encuesta nacional de salud, 1993*. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 26.400 entrevistas.
- (5) EDDM: *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*. INE. 1986. N = 256.000.
- (6) Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de Salud, 1993*.
- (7) Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de Salud, 1987*.
- (8) ENDS: *Encuesta de nuevas demandas sociales*. CSIC. 1990. España. 2.490 entrevistas.
- (9) ENSE: *Encuesta nacional de salud, 1987*. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
- (10) EBPF: *Encuesta básica de presupuestos familiares, 1991-92*. INE. España.

NOTAS

¹ Este artículo forma parte del proyecto de investigación titulado «Demandas Sociales Vinculadas al Cuidado de la Salud», financiado por la CICYT, dirigido por M.^a A. Durán (1991-1994).

El proyecto consta de cuatro estudios específicos dirigidos a colectivos sociales (ancianos, niños escolarizados, inmigrantes y usuarios de urgencias) y lo que aquí se presenta es un avance de la Encuesta «Demandas de cuidado de salud de los ancianos» en la que Carmen Herrera ha colaborado especialmente. (Madrid, 1993, 400 entrevistas). Agradecemos la participación de Rosario Vega, Gabriel

Pérez y Juan Manuel López Sevillano en la documentación e informática, y la de Paloma Calero y Carmen Pérez en secretaría.

² En este artículo se emplean las siglas siguientes: CIRES (Centro de Investigación de la realidad social española), DETRANME (Demandas de trabajo no monetarizado), EDSA (Encuesta de demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los ancianos), EPA (Encuesta de población activa), EV (Esperanza de vida), EVLI (Esperanza de vida libre de incapacidad).

³ Si estas cifras se extrapolasen a toda la población, y suponiendo que cada enfermo sólo diese lugar a un acto

médico, las estimaciones de demandas anuales serían las siguientes:

1. De atención anual ambulatoria:
 $(5,4 \text{ millones} \cdot 2 \text{ semestres} = A) \cdot (85 \% = B) \cdot 46 \% =$
 $= 4.300.000 \text{ demandas}$
2. De atención anual por especialistas:
 $A \cdot B \cdot 33 \% = 3.085.000 \text{ demandas}$
3. De urgencias:
 $A \cdot B \cdot 10 \% = 935.000 \text{ demandas}$
4. De ingresos hospitalarios:
 $A \cdot B \cdot 10 \% = 935.000 \text{ demandas}$
5. De atención médica domiciliaria:
 $A \cdot B \cdot 14 \% = 1.309.000 \text{ demandas}$
6. De otras atenciones domiciliarias:
 $A \cdot B \cdot 3 \% = 280.000 \text{ demandas}$
7. De ingresos en residencias:
 $A \cdot B \cdot 2,1 \% = 186.000 \text{ demandas}$

⁴ Si esas cifras se extrapolasen, y suponiendo que sólo generen un acto médico, las demandas al sistema sanitario por los episodios mórbidos de la población anciana serían las siguientes:

1. Demandas para visita domiciliaria:
 $A \cdot N \cdot 53 \% \cdot 3 \% = 4.750.000 \text{ visitas anuales}$
2. Demandas de consultas ambulatorias o externas:
 $A \cdot N \cdot 53 \% \cdot 30 \% = 1.750.000 \text{ consultas}$
3. Demandas de atención en urgencias:
 $A \cdot N \cdot 53 \% \cdot 8 \% = 464.000 \text{ atenciones}$
4. Demandas de hospitalización:
 $A \cdot N \cdot 53 \% \cdot 17 \% = 956.000 \text{ hospitalizaciones}$
5. Demandas de otras atenciones domiciliarias:
 $A \cdot N \cdot 53 \% \cdot 2 \% = 116.000 \text{ atenciones}$

⁵ Si las cifras de EDSA se extrapolasen, podríamos estimar las carencias siguientes, expresadas en forma de demandas potenciales:

1. Número de ancianos enfermos que anualmente carecen de atención para ir al médico:
 $(5,4 \% \cdot 2 \cdot 53 \% = A) \cdot 2,5 \% = 145.000 \text{ ancianos}$
2. *Idem*, para salir a la calle:
 $A \cdot 10 \% = 583.000 \text{ ancianos}$
3. *Idem*, para arreglar la casa:
 $A \cdot 5 \% = 291.000 \text{ ancianos}$

⁶ La conversión de índices obtenidos por encuesta en magnitudes globales entraña siempre cierto riesgo, pero vamos a realizar esta conversión como un punto de partida para refinarlo en estudios posteriores. Si se extrapolan los datos disponibles de la EDSA, se obtienen las estimaciones de demandas siguientes:

1. Número de ancianos de referencia:
 $(5,4 \text{ millones} \cdot 2 \text{ semestres}) = 10,8 \text{ millones} = A$

2. DETRANME media por enfermedad, en horas:

$$(15 \text{ días} \cdot 4,8 \text{ horas diarias}) = 72 \text{ horas} = N$$

3. DETRANME anual generada por las enfermedades citadas en primer lugar:

$$(A) \cdot (N) \cdot (42 \% \text{ que ha padecido alguna enfermedad}) = 326 \text{ millones de horas}$$

4. DETRANME anual generada por las enfermedades referidas por los ancianos:

$$(A) \cdot (N) \cdot 53 \% (\text{núm. de enfermedades semestrales por cien ancianos}) = 418 \text{ millones de horas}$$

5. DETRANME anual generada por las enfermedades de los ancianos:

$$(A) \cdot (N) \cdot (53 \% + 6 \%) = 459 \text{ millones de horas}$$

⁷ Si se procede al mismo ejercicio de conversión de índices en magnitudes que hemos hecho en epígrafes anteriores, el resultado es el siguiente:

— DETRANME anual generada por las enfermedades de los ancianos que viven solos:

$$(A) \cdot (38 \% \text{ que padeció enfermedad}) \cdot (21 \% \text{ que viven solos}) \cdot (N) = 62 \text{ millones de horas anuales}$$

FUENTES PRIMARIAS

- C.A.M. (1992): *Encuesta demográfica la Comunidad Autónoma de Madrid, 1991*. Consejería de Economía.
- C.A.M. (1992): *Sesenta y cinco años cumplidos. Los ancianos en la C.A.M.* Consejería de Economía.
- C.A.M. (1993): *Censo de población y vivienda de la Comunidad Autónoma de Madrid, 1991*. Tomos I y II. Consejería de Economía.
- CIRES (1993): *La realidad social en España 1991-92*. Fundación BBV, Bilbao Bizkaia Kutxa, Caja de Madrid. Barcelona. Ediciones B, S.A.
- I.N.E. (1992): *Censo de población y vivienda de 1991. Muestra avance*. Madrid.
- I.N.E. (1992): *Encuesta básica de presupuestos familiares, 1990-1991*. Madrid.
- I.N.E. (1994): *Encuesta sociodemográfica, 1991*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1994): *Encuesta Nacional de Salud, 1993*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1993): *Indicadores de Salud*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989): *Encuesta Nacional de Salud, 1987*. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN, A.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; RODRÍGUEZ, V., y ROJO, F. (1990): «El envejecimiento de la población española y sus características sociosanitarias», *Estudios Geográficos*, núms. 199-200, págs. 240-257.
- BAZO, M. T. (1990): *La sociedad anciana*, Madrid, CIS.
- DURÁN, M. A., y RODRÍGUEZ, V. (1994): «Elderly women in Spain», en Doghe, G. (ed.), *Elderly women* (en prensa), pág. 35.

- DURÁN, M. A. (1992): «Salud y sociedad: algunas propuestas de investigación», en Barañano, M. (comp.), *Mujer, salud y trabajo*, Madrid, Ed. Trotta, págs. 57-59.
- DURÁN, M. A. (1991): «El tiempo en la economía española», en *Información Comercial Española*, n.º 695, págs. 9-48.
- DURÁN, M. A. (dir.) (1990): *Encuestas de nuevas demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- DURÁN, M. A. (1990): «La transferencia social de la enfermedad», en Bernis, C. (ed.), *Actas de las VIII Jornadas de investigación interdisciplinar*, Universidad Autónoma de Madrid, págs. 159-174.
- DURÁN, M. A. (1988): *De puertas adentro*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- MIGUEL, Jesús M. de (1990): *Salud y poder*, Madrid, CIS.
- MIGUEL, Jesús M. de (1994): *La sociedad transversal*, Barcelona, Ed. Fundación «La Caixa».
- RODRÍGUEZ, V., y FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. (1994): «La capacidad funcional de los ancianos españoles. Estudio a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1993», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68 (1), págs. 40-45.

La demanda de trabajo no remunerado generada por el cuidado de la salud de los niños¹

Alicia Garrido y Rosario Vega

1. El estatuto económico de la infancia

El reduccionismo monetarista que ha caracterizado a los estudios económicos convencionales ha hecho que el papel económico asignado a las familias quede relegado al de destinatarias de ingresos y unidades de consumo y ahorro. Sin embargo, cada vez es más evidente la relevancia económica de la producción doméstica y, por tanto, la necesidad de que en el análisis económico de la familia sean tenidos en cuenta los recursos no monetarios —tiempo de trabajo no remunerado, fundamentalmente— que se producen y se consumen en los hogares. Si nos situamos en esta perspectiva no reduccionista, el papel económico de la infancia —que, en el contexto socio-histórico actual es, fundamentalmente, el de consumidor— debe ser analizado no sólo en relación al sistema monetario sino también en relación al subsistema de hogares.

Por lo que respecta al consumo de recursos monetarios, la presencia de niños en el hogar se asocia con el aumento del gasto familiar sólo en un modesto nivel. Partiendo de los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1991, el índice de gastos por hogar para el conjunto de hogares compuestos por una pareja y un niño es del 105 % respecto al promedio de hogares. El incremento de gasto no puede atribuirse exclusivamente a la presencia del niño, sino a la fase de instalación (vivienda, mobiliario, equipamiento, etc.) de la familia. Este índice aumenta al 114 % en las familias con dos niños, pero se mantiene sin crecimiento para las de tres o más niños. Es decir, el índice del gasto familiar sólo se incrementa, entre uno y tres hijos, en un 9 %². Estos datos parecen revelar la existencia de un techo por encima del cual las familias no pueden aumentar el gasto de recursos monetarios y deben emplear otro tipo de estrategias para responder al incremento de las demandas generadas por sus miembros. Una de estas estrategias es el aumento de la producción doméstica mediante la asignación a la misma de un volumen mayor de tiempo de trabajo no remunerado. El criterio para definir el trabajo no remunerado o no monetario (*detrante*) que se produce en los ho-