

# SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL

## LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN ITALIA: UN CASO DE INERCIA INSTITUCIONAL Y DE DINAMISMO PRIVADO

### Long Term Care Policies in Italy: a Case of Institutional Inertia and Private Dynamism

El artículo ilustra los factores que han convertido a la dependencia física y psíquica en edad avanzada en un verdadero riesgo social. En Italia, un país de rápido envejecimiento demográfico, las respuestas implementadas se caracterizan mucho más por el dinamismo de las familias y las trabajadoras inmigrantes que por la acción del Estado.

Giuliana Costa. Investigadora en Sociología General. Politécnico de Milán, Italia

#### INTRODUCCIÓN

Durante las dos últimas décadas, la mayoría de los países occidentales han adoptado políticas innovadoras en materia de cuidados a largo plazo (CLP), que se enfrentan a dos desafíos: por un lado, responder a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población; por el otro, reducir los respectivos costos operativos mediante operaciones vinculadas a una recalibración del estado de bienestar.<sup>1</sup> Las demandas de CLP han sido reconocidas como un problema específico, que afecta a un número de personas cada vez mayor en un contexto de escasez de recursos. Dentro de este marco, surgió en los últimos años una interesante área de experimentación de políticas, cuya aplicación generó reformas de carácter institucional en la mayoría de los países desarrollados.<sup>2</sup> Los resultados obtenidos fueron bastante diversos en lo que respecta a tipo de soluciones elaboradas y prioridades específicas. Se combinaron los servicios en especie con las prestaciones de carácter económico y se apuntó a mejorar el nivel de integración con las políticas de salud, la capacidad de cobertura de la demanda (o, mejor dicho, de las demandas, que se pluralizaron debido al aumento exponencial de los casos y las formas de demencia), los recursos económicos dedicados a CLP y los mecanismos de financiamiento (esquemas fiscales, sistemas de seguro público o privado, etc.).

El presente artículo se concentra en el caso de Italia. Allí, a diferencia de los demás países europeos, la oferta de servicios no ha acompañado ni siquiera mínimamente la demanda generada ante el evidente proceso de envejecimiento de la población, y los problemas de CLP se incorporaron muy lentamente a la agenda pública.<sup>3,4</sup> La inercia en este área se vio compensada por el desarrollo de un mercado privado de cuidados, en el que las familias encontraron al menos una respuesta parcial a sus demandas. El artículo sintetiza inicialmente por qué la dependencia física o psíquica constituye un verdadero riesgo social y, a continuación, ilustra las características del sistema italiano de CLP, así como

los elementos innovadores impulsados por la mencionada inercia de las políticas públicas.

#### LAS DEMANDAS DE CLP COMO FACTOR DE RIESGO SOCIAL

A la hora de explicar por qué las demandas de cuidados en edad avanzada representan riesgos sociales, se deben tener en cuenta los siguientes factores: el envejecimiento de la población, la menor capacidad de asistencia de las familias, el escaso desarrollo de los servicios públicos y el incremento de los costos de la dependencia en edad avanzada. La población italiana no sólo es una de las más ancianas de Europa, sino que además presenta una de las tasas de envejecimiento más altas del continente. La proporción de personas de más de 65 años ascendía en 2009 al 20,1% del total, lo que implica un crecimiento del 37% en 20 años y prácticamente la duplicación del valor en menos de medio siglo.<sup>5</sup> Los ancianos eran 8,7 millones a comienzos de la década de 1990 y hoy ya alcanzan los 11,9 millones, con un incremento neto de 3,2 millones de individuos. A pesar de que Italia también redujo la morbilidad en este sector de la población,<sup>6,7</sup> en su territorio sigue aumentando la cantidad de personas físicamente dependientes y empeoran las condiciones cualitativas de la dependencia. Habida cuenta de que la expectativa de vida se ha prolongado, tanto para los hombres como para las mujeres, y de que las probabilidades de ocurrencia de problemas de CLP crecen exponencialmente a medida que aumenta la edad, hoy existe una mayor cantidad de individuos que necesitan sostén y asistencia para sus actividades cotidianas. Se trata de un fenómeno de envejecimiento demográfico generalizado, con tasas de crecimiento aceleradas en la franja etaria más expuesta a los problemas de cuidados. En Italia hay actualmente 2,9 millones de octogenarios, pero se estima que dentro de 20 años serán 7,7 millones.<sup>5</sup> Aun cuando los avances de la Medicina y las prácticas de prevención permitan reducir la incidencia de la dependencia física, la demanda de cuidados seguirá incrementándose considerablemente.

El segundo factor que convierte la necesidad de CLP en un verdadero riesgo social es el debilitamiento de la capacidad de asistencia de las familias, provocado a su vez por causas demográficas y por procesos socioeconómicos de amplio alcance. En toda Europa, los cuidados representan una cuestión familiar,<sup>8-11</sup> ya que la mayor parte de ellos son suministrados por el entorno de parientes. La diferencia puntual, puesta en evidencia por los estudios comparativos de bienestar de los últimos 10 años, es que en Italia y otros países mediterráneos la presencia de una red familiar se hace indispensable para la organización, la prestación y el financiamiento de las actividades de cuidados. Sus regímenes de asistencia han sido definidos como *familisticos* [En italiano, "familismo" alude al vínculo de solidaridad que existe entre los miembros de una familia y tiene una connotación de responsabilidad social. (N. del E.)]<sup>12-14</sup> o, con mayor precisión, como implícitamente *familisticos*.<sup>15</sup> En tal contexto, las políticas públicas continúan dando por sentado que las personas dependientes cuentan con una familia y que, además, ese entorno siempre está disponible para prestar ayuda de todo tipo e intensidad. Sin embargo, las tendencias demográficas actuales desmienten la hipótesis. Hoy existen múltiples demandas de cuidados, tanto en favor de las generaciones más jóvenes como de las más ancianas. La situación afecta sobre todo a las mujeres, que cada vez están más presentes en el mercado laboral y permanecen allí por más tiempo debido al endurecimiento de los criterios para alcanzar beneficios de pensiones y a la edad tardía con la cual acceden a puestos de trabajo remunerado. En la actualidad, el 51,9% de las mujeres de entre 40 y 59 años (la denominada generación sándwich)<sup>16</sup> están insertadas en el mercado laboral, mientras que en 1993 la cifra era de sólo el 39,5%.<sup>4</sup> En un marco que no presentó cambios significativos respecto a la distribución del trabajo familiar entre hombres y mujeres,<sup>5</sup> la actividad intensa y/o frecuente de asistencia a los ancianos ya no puede darse por descontada. A pesar de que las familias italianas (y, sobre todo, las mujeres) siguen participando ampliamente, el tiempo dedicado a esas tareas se ha reducido. Según los datos más recientes,<sup>5</sup> entre 1998 y 2009 la cantidad de horas dedicadas al cuidado de ancianos y adultos dependientes disminuyó de 759.000 a 730.000 al año. Los cuidados se han tornado más problemáticos,

incluso en términos cualitativos: aunque se siguen realizando, los sacrificios y mediaciones son cada vez más complejos y menos sostenibles.<sup>17</sup>

También se debe tener en cuenta el mayor impacto socioeconómico relacionado con los cuidados necesarios para las personas de edad avanzada, ya que la respuesta a estas demandas afecta el presupuesto familiar. Los problemas de CLP han sido identificados como la segunda causa de empobrecimiento de los hogares italianos, después de la pérdida de la fuente de trabajo.<sup>18</sup> Esto se debe no sólo al incremento de los gastos directos, destinados a adquirir bienes y servicios públicos y privados, y a compensar la dependencia física, sino también a la reorganización que deben afrontar las personas encargadas de los cuidados y que pueden suponer el abandono total o parcial de ocupaciones remuneradas.<sup>17</sup> Además, los costos sociales de los cuidados aumentan porque los problemas se descargan desde el sistema sanitario al más estrictamente asistencial. Esto se refleja en múltiples mecanismos que se han instalado en las políticas públicas y que, por ejemplo, instan a dar de alta lo más rápidamente posible a los individuos hospitalizados.

#### APOYO MONETARIO Y ESCASEZ DE SERVICIOS EN ESPECIE

El sistema asistencial italiano se caracteriza por ofrecer pocos servicios en especie y por ser relativamente más generoso en el apoyo monetario. Sin embargo, los problemas de CLP no pueden apelar actualmente a derechos garantizados.<sup>17</sup> La asistencia por dependencia es todavía un derecho incompleto,<sup>19,20</sup> que no puede ser invocado legalmente. Los CLP representan un área escasamente institucionalizada.<sup>21</sup> La única intervención pública exigible —cuando el individuo se encuentra en una situación de grave dependencia física, confirmada tras el correspondiente proceso de evaluación— es la indemnización de acompañamiento (IA). Esta prestación en efectivo equivale aproximadamente a 420 euros mensuales, una suma fija que no guarda relación con las necesidades asistenciales de los beneficiarios y que es financiada por el gobierno central. El otorgamiento no prevé ningún mecanismo capaz de establecer si el dinero se está utilizando de manera adecuada (o de forma congruente con las reales necesidades de atención médica, acompañamiento o cuidado).

La Tabla 1 sintetiza los datos de cobertura relacionados

**TABLA 1.** Nivel de cobertura de las distintas prestaciones en favor de la población de más de 65 años en situación de vulnerabilidad/dependencia (porcentaje).

Prestación (año)	Italia	Centro-Norte	Centro-Sur
Indemnización de acompañamiento (2011)	11,6	10,4	14,7
Asistencia domiciliar social (2008)*	1,6	1,5	1,8
Asistencia domiciliar integrada (2009)*	3,7	4,3	2,2
Asistencia residencial y diurna (2009)	2,5	3,0	1,2

\* Las tasas referidas a la asistencia domiciliar social y a la integrada (con servicios prestados por personal sanitario como enfermeros, kinesiólogos, etc.) no se pueden sumar porque hay datos que se superponen en los dos grupos de usuarios.

Fuente: Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, Istituto Nazionale di Statistica, Ministerio de Salud de Italia.

con las principales modalidades de intervención pública en favor de los ancianos dependientes en Italia. La IA asegura una respuesta parcial a casi el 12% de la población de más de 65 años y constituye la prestación más extendida. Cabe considerar, además, que las respuestas a las demandas sociales son confiadas a las regiones y que el gobierno central italiano no garantiza servicios mínimos. Al igual que en otras áreas, el país aparece hoy como un mosaico de modelos regionales,<sup>11</sup> que presentan situaciones muy distintas en materia de cobertura de necesidades, niveles de integración entre servicios (sociales y sanitarios, pero también entre las mismas prestaciones sociales), criterios de acceso, fórmulas de copago, normas de utilización de los servicios, instrumentos de evaluación de las demandas y valoración de los cuidados privados. También existe una evidente fragmentación subregional, como demuestran las investigaciones efectuadas a nivel municipal.<sup>22</sup> Esta separación de la oferta no se ve compensada, por ejemplo, por una cultura geriátrica capaz de identificar las modalidades más adecuadas para una cura de la cronicidad,<sup>23</sup> cuya presencia facilitaría la fijación de objetivos comunes.

La situación de las políticas públicas no se ha modificado sustancialmente en la última década.<sup>4</sup> La única medida que acompañó los procesos demográficos de envejecimiento y respondió a la consiguiente demanda de cuidados fue la IA. Después de su introducción en 1980, la prestación no fue ajustada ni actualizada desde el punto de vista reglamentario, y la población objetivo inicial (adultos discapacitados) varió por completo hasta dejar lugar a un beneficio utilizado predominantemente por ancianos.

La ausencia de reformas institucionales explícitas en este campo está estrictamente relacionada con la existencia de la IA. En los últimos 10 años hubo propuestas de ley dirigidas a modificar el sistema vigente, condicionar el uso de la prestación y convertir el subsidio en un vale para la compra de servicios. Pero la inestabilidad política italiana, los esquemas presupuestarios instituidos y la fuerte resistencia de algunos grupos de apoyo (por ejemplo, asociaciones de personas discapacitadas)<sup>24,25</sup> frenaron todo intento de cambio en las reglas de la IA, única medida exigible y de carácter universal para CLP, lo que impidió disponer del presupuesto público necesario para financiar reformas de mayor alcance.<sup>4,10,11</sup> En efecto, el panorama incierto promovió la lógica de no arriesgar los derechos adquiridos. Como consecuencia, se hizo más difícil ampliar y diferenciar las intervenciones públicas en favor de la demanda de CLP.

El gasto público destinado a CLP y su modesto crecimiento (entre 2004 y 2010 pasó de 1,05 a 1,28% del PBI)<sup>26</sup> reflejan la escasez de recursos invertidos en esta área. El incremento relativo se debe en un 60% al aumento del monto total desembolsado para el pago de las IA.<sup>11</sup> La única fuente de financiación adicional para CLP provino del "Fondo para la dependencia física". Su dotación de 500 millones de euros —elevados luego a 800 millones— para el trienio 2007-2009 apuntó a financiar servicios mínimos para las personas dependientes en toda Italia, aunque esas prestacio-

nes nunca fueron bien definidas. Gracias a un acuerdo con las regiones, el fondo fue renovado en 2010 y financiado con 400 millones de euros, pero a partir de 2011 se anuló, en el marco de un paquete de medidas dirigidas a recortar los gastos sociales en su conjunto.

#### DINAMISMO DE LAS FAMILIAS Y DEL MERCADO PRIVADO

Dentro de este panorama, el elemento verdaderamente novedoso de la última década ha sido el desarrollo y la consolidación de un mercado privado de cuidados. Se trata del fenómeno que más influyó y más modificaciones produjo en las estrategias adoptadas por las familias italianas frente a los problemas de dependencia, a tal punto que provocó un cambio en la naturaleza del régimen de asistencia y lo convirtió en lo que ha sido definido como "modelo de migrante en la familia".<sup>27</sup> En efecto, la brecha creada por el incremento de la demanda de cuidados fue cubierta en buena medida con la adquisición de servicios privados de bajo costo, como los que proporcionan las *badanti*,<sup>10,11</sup> es decir, las cuidadoras, que generalmente son mujeres inmigrantes de países menos desarrollados. El contrato (no necesariamente formal) de una *badante* no sólo es preferible a otras soluciones de cuidados y asistencia, sino que además asegura prestaciones más completas, continuas y flexibles que las ofrecidas por los servicios formales públicos o privados. Precisamente esa informalidad fomenta la elección. Se estima que al final de la década pasada el 6,6% de los mayores de 65 años eran asistidos a través de esta modalidad. Mientras tanto, ascendió a casi el 32% la proporción de familias que emplean por lo menos a una *badante* cuando tienen en su seno ancianos de edad avanzada y seriamente dependientes.<sup>5</sup> De acuerdo con estimaciones recientes, las familias italianas gastan 9.500 millones de euros para pagar este servicio.<sup>28</sup> En los cuidados privados informales trabajan alrededor de 754.000 personas, el 50% de las cuales se encuentran en condiciones irregulares (ya sea en lo que respecta al permiso de residencia o a la forma de contratación).<sup>29</sup>

Este mercado privado prácticamente no fue objeto de las políticas públicas durante la última década. El tema en sí ha entrado en el debate muy lentamente, en parte a través de las políticas de inmigración<sup>30</sup> y cuando las *badanti* ya estaban presentes de manera masiva en las casas italianas, en un momento histórico en el que la aceleración del envejecimiento y los riesgos sociales conexos adquirieron una importancia pública inédita.<sup>10</sup> De hecho, el éxito de las *badanti* (relativo, pues la modalidad presenta claras falencias según muestran muchas investigaciones empíricas) y el freno a cualquier modificación en la IA han impedido la puesta en marcha de reformas más profundas en las políticas italianas de CLP.<sup>10</sup>

#### CONCLUSIONES

En Italia, la respuesta a los problemas de dependencia ha sido original, con un cambio disímil en el sistema de CLP. Por un lado, las políticas públicas a escala nacional no acompañaron el incremento de demandas generado por

el envejecimiento de la población; por el otro, se instaló un mercado privado informal, que proporciona los cuidados requeridos. Esto fue posible debido a la disponibilidad laboral de mujeres migrantes y a la existencia de un respaldo económico importante, aunque no suficiente, que en la mayoría de los casos permitía cubrir los costos vinculados a la condición de dependencia. Hasta ahora esta solución ha funcionado –las personas dependientes acceden a la IA y pagan a las *badanti* o colaboran en el presupuesto familiar con la suma recibida–, pero no son pocos los elementos conflictivos que aparecen en el horizonte: las cuencas mundiales de reclutamiento de cuidadoras se están agotando,<sup>4,10,11,31</sup> el trabajo en cuidados ya no es atractivo para la mayoría de los nuevos migrantes y los beneficios relativamente generosos

de pensiones para las futuras cohortes de ancianos corren riesgo, habida cuenta de las recientes reformas del sistema. Cabe entonces preguntar si no existen políticas significativas de inversión en este campo. ¿Serán las familias italianas las que deban hacerse cargo de todos los problemas de CLP? ¿Deberán ellas financiar las necesidades emergentes? El tema comienza a instalarse en la agenda política con dos ejes centrales: el primero busca determinar si las personas dependientes tendrán que recurrir a ahorros en patrimonio inmobiliario para pagar sus cuidados y en qué medida deberán hacerlo; el segundo está relacionado con el objetivo de incentivar la profesionalización en este campo. Se trata de importantes desafíos para Italia, su clase dirigente y sus habitantes.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Ferrera M, Hemerijck A. Recalibrating European Welfare Regimes, en Zeitlin J, Trubeck D (ed.). *Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- <sup>2</sup> Mahoney J, Thelen K. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Planning*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- <sup>3</sup> Pavolini E, Ranci C. Le riforme per il long-term care in Europa. Ipotesi e strumenti per l'analisi comparata. *Rivista delle Politiche Sociali*, 2011; 4: 49-46.
- <sup>4</sup> Costa G. Il Long Term Care in Italia: un caso di cambiamento istituzionale graduale senza riforme. *Rivista delle Politiche Sociali*, 2011; 4: 49-80.
- <sup>5</sup> Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto Annuale 2010, 2011. [Disponible en: [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110523\\_00/Avvio2010.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110523_00/Avvio2010.pdf)]. [Último acceso: 10 de agosto de 2012].
- <sup>6</sup> Baltes PB, Smith J. New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 2003; 49:123-135.
- <sup>7</sup> Lafortune G, Balestat G. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Paper, No. 26. Paris: OECD Publishing; 2007.
- <sup>8</sup> Österle A. Equity Choices and Long-Term Policies in Europe. Aldershot: Ashgate; 2001.
- <sup>9</sup> Eurofamcare Consortium. Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage; 2006. [Disponible en: <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare>]. [Último acceso: 10 de agosto de 2012].
- <sup>10</sup> Costa G. Long Term Care Italian Policies. A Case of Incremental and Inertial Institutional Change. En Ranci C, Pavolini E (ed.), *Reform in Long Term Care Policies in European Countries*. Springer, 2012.
- <sup>11</sup> Costa G. L'Italia del patchwork: le politiche regionali per gli anziani. En Barberis E, Kazepov Y (ed.), *Il welfare frammentato: Le articolazioni regionali delle politiche sociali in Italia*. Roma: Carocci; 2012.
- <sup>12</sup> Saraceno C. The Ambivalent Familism of the Italian Welfare State. *Social Politics*, 1994; 1(1):60-82.
- <sup>13</sup> Bettio F, Plantenga J. Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics*, 2004; 10(1):85-113.
- <sup>14</sup> Naldini M, Saraceno C. Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reforms. *Social Policy & Administration*, 2008; 42(7):733-748.
- <sup>15</sup> Saraceno C. Social Inequalities in Facing Old-Age Dependency: A Bi-Generational Perspective. *Journal of European Social Policy*, 2010; 20:32.
- <sup>16</sup> Miller DA. The Sandwich Generation: Adult Children of the Aging. *Social Work*, 1981; 26(2):419-423.
- <sup>17</sup> Costa G. Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura. Roma: Carocci; 2007.
- <sup>18</sup> Centre for Economic and International Studies, VI Health Report. Fondazione Economia Tor Vergata, University of Rome Tor Vergata; 2009.
- <sup>19</sup> Leira A. Concepts of Care: Loving, Thinking and Doing. En Twigg J (ed.), *Informal Care in Europe*. York: The University of York; 1993.
- <sup>20</sup> Knijn T, Kremer M. Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship. *Social Politics*, 1997; 4(3):328-361.
- <sup>21</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care; 2011. [Disponible en: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>]. [Último acceso: 10 de agosto de 2012].
- <sup>22</sup> Costa G. Prove di welfare locale. La costruzione di livelli di assistenza in Provincia di Cremona. Milán: Franco Angeli; 2009.
- <sup>23</sup> Brizioli E, Trabucchi M. Quali prospettive per la residenzialità? En: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Terzo rapporto*, 173-180. Santarcangelo di Romagna: Maggioli; 2011.
- <sup>24</sup> Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder (CO): Westview Press; 1993.
- <sup>25</sup> Sabatier PA, Weible CM. The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications. En Sabatier P (ed.), *Theories of the Policy Process*. Boulder (CO): Westview Press; 2007.
- <sup>26</sup> Chiatti C, Barbabella F, Lamura G, Gori C. La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati. En: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Secondo rapporto*, 13-40. Santarcangelo di Romagna: Maggioli; 2010.
- <sup>27</sup> Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Change in Care Regimes and Female Migration: The 'Care Drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 2006; 16:271-285.
- <sup>28</sup> Mesini D, Pasquinelli S, Rusmini G. Il lavoro privato di cura in Lombardia. Caratteristiche e tendenze in materia di qualificazione e regolarizzazione. Informe de investigación; 2006.
- <sup>29</sup> Pasquinelli S, Rusmini G. La regolarizzazione delle badanti. En: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2010*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli; 2010.
- <sup>30</sup> Van Hooren F. Welfare Provision beyond National Boundaries. The Politics of Migration and Elderly Care in Italy. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2008; 3:87-113.
- <sup>31</sup> Costa G. Le badanti nei sistemi familiari di cura e nei sistemi dei servizi per le persone non autosufficienti: tasselli o stampelle? *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2004; 17-18 (Anziani, lavoro di cura e politiche dei servizi).