



Observatorio  
de personas Mayores

# MODELOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

## Una aproximación a los costes de la dependencia

Gregorio Rodríguez Cabrero  
Julia Monserrat Codorniú



MINISTERIO  
DE TRABAJO  
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA GENERAL  
DE ASUNTOS SOCIALES

INSTITUTO DE  
MIGRACIONES Y  
SERVICIOS SOCIALES

# **MODELOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA**

## **Una aproximación a los costes de la dependencia**

Gregorio Rodríguez Cabrero  
Julia Monserrat Codorníu

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES  
SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES  
Instituto de Migraciones y Servicios Sociales

Primera edición: 2002

© Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2002

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales  
Secretaría General de Asuntos Sociales  
Instituto de Migraciones y Servicios Sociales  
Avda. de la Ilustración, c/v. Ginzo de Limia, 58  
Teléf. 91 347 89 35 - 28029 Madrid

NIPO: 209-02-019-6

ISBN: 84-8446-042-8

Depósito Legal: M. 11.525-2002

Imprime: **ARTEGRAF, S.A.**  
C/ Sebastián Gómez, 5  
28026 Madrid

# ÍNDICE

	<u>Páginas</u>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>1. DEPENDENCIA Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA</b> .....	11
1.1. La Atención Sociosanitaria como necesidad social .....	11
1.2. Modelos de atención sociosanitaria .....	14
1.3. Costes y financiación .....	32
<b>2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA</b> ..	43
2.1. La atención sociosanitaria .....	43
2.2. Factores que inciden en el coste de la atención sociosanitaria .....	48
2.3. Políticas, modelos sociosanitarios y planes de atención a personas mayores .....	62
2.4. Recursos públicos y privados en la protección de la dependencia y financiación de la atención sociosanitaria .....	81
<b>3. LOS GASTOS ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES</b> .....	87
3.1. Introducción .....	87
3.2. La dependencia y las patologías en las personas mayores .....	93
3.3. El gasto de las personas mayores dependientes .....	97
3.4. El gasto de los servicios sanitarios y sociales por niveles de depen- dencia .....	104
3.5. El gasto en otros recursos: farmacia y ayudas técnicas .....	112
<b>4. EL ITINERARIO Y EL CONSUMO DE RECURSOS EN LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES</b> .....	119
4.1. El consumo de recursos sociales y sanitarios de las personas mayores ..	119

	<u>Páginas</u>
4.2. El consumo de servicios sanitarios y sociales .....	122
4.3. El itinerario y los consumos de servicios sanitarios y sociales en las personas con accidente cerebrovascular .....	131
4.4. El itinerario y los consumos de servicios sanitarios y sociales en las personas con demencia senil .....	138
4.5. Balance entre consumo de servicios de internamiento y servicios sociales alternativos .....	145
<b>5. GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA .....</b>	<b>147</b>
5.1. La financiación pública y privada del gasto sanitario y social .....	147
5.2. El coste de la atención sociosanitaria en la hipótesis de cobertura universal .....	151
5.3. Gasto público en prestaciones económicas y servicios bajo un seguro público de dependencia .....	156
5.4. Gasto actual en asistencia sociosanitaria y necesidades de financiación de un seguro público de protección a la dependencia ....	161
5.5. Conclusión .....	163
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>165</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA .....</b>	<b>171</b>

## PRESENTACIÓN

El debate sobre las diferentes fórmulas para hacer frente a las necesidades sociosanitarias de las personas dependientes, ocupa un lugar cada vez más importante entre los responsables de la planificación de las políticas de protección social en Europa. En España, desde el año 1993 en que se firmó el primer Acuerdo Marco de colaboración en materia de Coordinación Sociosanitaria entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Asuntos Sociales, se han elaborado múltiples modelos de actuación, propuestas, convenios sectoriales y experiencias de carácter piloto. Sin embargo, a lo largo de este proceso hemos observado carencias importantes en los aspectos relacionados con el gasto que supone la atención sociosanitaria para los dos sistemas implicados. No es una tarea fácil, ya que al menos desde los servicios sociales, padecemos insuficiencias históricas de información fehaciente sobre nuestro gasto en esta materia. En esta ocasión y desde la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo y el IMSERSO, se ha promovido la investigación que se ofrece a continuación, conscientes de las limitaciones que desde un principio ha planteado este tema y de los peligros que supondrían las excesivas generalizaciones de sus resultados. Se describen en este trabajo los modelos más relevantes de atención sociosanitaria y se aborda un análisis detallado de los recursos sociales disponibles en la década de los noventa.

Asimismo, se presenta un estudio de costes de una muestra de población dependiente en cuatro CCAA y en diferentes escenarios de atención social y sanitaria. Finalmente, se hace una estimación del gasto total en sanidad, servicios sociales, prestaciones farmacéuticas y ayudas técnicas referido al año 1998.

Desde el Observatorio de personas mayores se pretende crear líneas estables de investigación, que permitan avanzar en los aspectos más candentes de la planificación de políticas dirigidas a las personas mayores, ofreciendo herramientas de

trabajo que faciliten la toma de decisiones a sus responsables. Los temas que giran en torno a la atención socio sanitaria constituyen ya para el IMSERSO una prioridad, asumida una vez más con el mayor interés y responsabilidad. Agradecemos a los autores de este trabajo, los profesores Gregorio Rodríguez Cabrero y Julia Montserrat su esfuerzo y dedicación que sometemos a la consideración de nuestros lectores.

DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como objetivo abordar la problemática de la Atención Sociosanitaria desde un punto de vista socioeconómico. Para ello el trabajo se ha dividido en cinco objetivos:

En primer lugar se pretende acotar la definición de la Atención Sociosanitaria (ASS), los modelos que tratan de desarrollarla así como sus implicaciones en términos de costes y financiación.

En segundo lugar, se analiza en concreto la especificidad de la ASS en España considerando el debate actual, los factores que inciden en el coste de la misma y un análisis de los modelos más relevantes en la actualidad desde los programas específicos sociosanitarios a los planes de mayores de carácter eminentemente social. Se complementa este recorrido analizando los recursos disponibles de carácter social entre 1990 y 1995 y se plantea una hipótesis de cobertura para 1995 que posteriormente nos servirá de referencia para su consideración en 1998.

En tercer lugar, se realiza también un análisis detallado de costes de una muestra de población de personas en diferentes situaciones de dependencia seleccionadas de centros de servicios sociosanitarios de cuatro modelos de ASS, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Vasco y Madrid, modelos todos ellos con características propias. Este es el núcleo central del trabajo que permite hacer un recorrido por continuos asistenciales de personas dependientes y valorar los costes que generan, tanto públicos como privados, sociales y sanitarios.

En este mismo sentido, y en cuarto lugar, se analizan de manera específica algunos grupos sociales, como son las demencias y los accidentes cardiovasculares, dada su importancia actual y futura como grupos de riesgo y elevados costes sociales y económicos.

Finalmente, se hace una estimación del gasto total en ASS: en sanidad, servicios sociales, prestaciones farmacéuticas y ayudas técnicasocial, sanitario de carácter público y privado referido al año 1998 a partir de la información de costes del análisis de casos. Igualmente, se cuantifican las necesidades de financiación en pesetas de 1998 de una cobertura universal de las situaciones de dependencia en base a programas de Atención Sociosanitaria.

El trabajo termina con unas conclusiones en las que trata de destacar los hallazgos más relevantes, las limitaciones del mismo y las líneas de trabajo necesarias para seguir profundizando en el conocimiento de la ASS desde el punto de vista socioeconómico.

La Universidad de Alcalá y los autores del informe —Julia Monserrat Codorníu y Gregorio Rodríguez Cabrero— quieren agradecer al Ministerio de Sanidad y Consumo y al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO) la confianza depositada en la realización de este trabajo y, de manera concreta, agradecen sinceramente al Dr. Rafael Peñalver y a Mayte Sancho su apoyo continuo y sugerencias a lo largo de la elaboración del trabajo, de cuyos resultados son responsables los autores.

Alcalá de Henares, octubre de 2001.

# 1. DEPENDENCIA Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

## 1. 1. La Atención Sociosanitaria como necesidad social

La Atención Sociosanitaria (ASS a partir de ahora, aunque también se utilizará en ocasiones «cuidados de larga duración» o CLD) es la respuesta social e institucional a las diferentes situaciones de dependencia. Ello implica responder a varias preguntas que serán objeto de este estudio tanto a nivel teórico-general, siguiendo la literatura internacional sobre los modelos y programas de atención sociosanitaria, como a nivel de la experiencia española y de los diferentes programas autonómicos. Tales preguntas objeto de debate son las siguientes:

- a) La definición de la situación de dependencia como nueva necesidad social así como la *población objeto* de atención por parte de la sociedad y de las Administraciones públicas a partir de las características asumidas por la doctrina y la experiencia internacional y que se resumen en un conjunto múltiple de necesidades coincidentes de tipo sanitario y social relacionadas con la dificultad de autonomía de las personas en su vida cotidiana y la calidad de vida en las personas con dependencia, particularmente las personas mayores.
- b) En segundo lugar, se trata de responder a la pregunta de qué *modelos de cuidados* existen, sus características, relaciones de complementariedad / sustituibilidad y posibilidades de integración.
- c) En tercer lugar, la necesidad de protección social de la dependencia implica nuevas formas de gestión de los recursos actuales y la exigencia de nuevos recursos, que pueden ser públicos y privados, lo que plantea el pro-

blema de la financiación así como modos efectivos de relación o integración entre el sistema sanitario, los servicios sociales y los cuidados informales.

- d) Finalmente, y con los elementos anteriores, es preciso concretar los elementos constitutivos de la atención sociosanitaria tanto organizativos como económicos y su concreción en programas de intervención.

En este primer capítulo el objetivo es, como decimos, responder a tales preguntas desde la experiencia internacional, en su vertiente investigadora e institucional, si bien dicha experiencia es desigual ya que los países desarrollados y crecientemente envejecidos están en una fase de concreción de políticas y programas dirigidos a responder a las crecientes situaciones de dependencia.

Las situaciones de dependencia por su dimensión actual, crecimiento futuro e implicaciones sociales y económicas están pasando a ser un componente básico de la agenda política. El enfoque que aquí asumimos no tiene que ver únicamente con las implicaciones económicas del problema sino con todos los componentes que forman parte de lo que es una nueva *necesidad social* que debe ser satisfecha de manera integrada por los servicios sanitarios y los servicios sociales con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de las personas con problemas graves de dependencia mediante la promoción de condiciones de vida saludables, intervención rehabilitadora y asistencia integral al dependiente y, eventualmente, a sus cuidadores.

La dependencia y su posible protección es objeto de debate tanto científico como político ya que las instituciones y los actores sociales interpretan de manera legítima su diferente perspectiva del problema así como de sus soluciones, bien como una *necesidad* (en el caso de las familias y sus cuidadores), como una *oportunidad de actividad* (sector privado mercantil o sin fin de lucro), como un *coste* (sobre todo para las mujeres cuidadoras), como un *reto* para las políticas sociales (profesionales y responsables institucionales), como un problema de *financiación* (sobre todo para el Sector Público) o como un *problema de gestión* (tanto para los servicios sanitarios como para los servicios sociales).

Desde nuestro punto de vista el criterio central a adoptar es el de *necesidad*, sin minusvalorar la importancia de los otros criterios. Estamos ante un nuevo tipo de necesidad que afecta a un porcentaje creciente de personas y cuyo coste es asumido principalmente por las familias cuidadoras. Pero al mismo tiempo este coste

tiene también que ser financiado mediante los instrumentos actuales de solidaridad colectiva maximizando su utilización (caso de los servicios sanitarios y sociales) o creando otros dispositivos protectores nuevos. Esta necesidad de protección de la dependencia se plantea también como un *reto* para las políticas públicas que tiene importantes consecuencias financieras y funcionales y que en una sociedad de mercado supone una posible participación del sector privado en la provisión de servicios en cooperación con el Estado o por sí mismo, como de hecho ya sucede, pero donde la clave es la necesidad de reconocimiento de dicha necesidad, del derecho a su protección y del desarrollo de aquellas políticas públicas que vayan dirigidas a su satisfacción integral.

La satisfacción de la necesidad de dependencia se articula a través de la llamada *Atención Sociosanitaria* y que definimos como *aquel conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria* (a partir de ahora AVD).

Como antes decíamos, las situaciones de dependencia no son una necesidad nueva. Lo nuevo es la magnitud del problema en la actualidad y en el futuro inmediato así como la importancia social que está adquiriendo debido a diferentes factores coincidentes en el tiempo como son el envejecimiento de la población (sobre todo de la población mayor de 80 años), las expectativas de una mayor calidad de vida, el aumento de la esperanza de vida y los cambios en la dinámica familiar, particularmente los profundos cambios en los roles sociales de la mujer y el crecimiento de los hogares unipersonales.

Obviamente, las necesidades sociales no se traducen automáticamente en demanda explícita. Muchas necesidades se quedan en simples demandas latentes sin posibilidad de expresión y canalización por problemas de información, recursos y medios de expresión. A su vez la demanda de ASS, en general, será función de diferentes variables sociodemográficas (género, edad), económicas (ingresos, vivienda), sanitarias (nivel de salud física y mental) y motivacionales (preferencias y expectativas de calidad de vida), junto a la variable coste.

Sin embargo, la demanda social dependerá también o variará en función de la disponibilidad u oferta de cuidados informales y servicios formales. La oferta de cuidados informales es crucial en el sistema de cuidados y depende tanto del volumen de cuidadoras/es como de su disponibilidad concreta, lo que a su vez viene

condicionado por factores como el posible trabajo del cuidador, su edad, ingresos y salud así como del posible apoyo de los servicios sociales y sanitarios a su labor de cuidados. En este sentido hay que tener en cuenta (Rodríguez Rodríguez y Sancho Castiello, 1995) que la «protección social invisible» o red de apoyo informal está sufriendo profundos cambios que se concretan en la regresión de la población de mujeres cuidadoras con edades entre 45 y 69 años, cambios que demandan convertir al cuidador en objeto de apoyo y de cuidado ya que aunque nunca desaparecerán parece obvio que su contribución no podrá ser en adelante «invisible» y que se requiere un desarrollo intenso de los servicios que apoyen al cuidador y, en su caso, le sustituyan.

Por otra parte, y enlazando con la última afirmación, la demanda social de ASS dependerá de si existe o no una red amplia, suficiente y accesible de servicios sociosanitarios formales (hospital de día, enfermería a domicilio, ayuda a domicilio, centros de día, residencias asistidas, etc.) así como del papel que jueguen a lo largo del desarrollo de las diferentes situaciones de dependencia, que hipotéticamente puede ser del modo siguiente: *apoyo* puntual en las primeras fases de la dependencia, en las que el cuidador es un recurso básico; de complementariedad activa en las fases de dependencia grave, en las que el cuidador es un usuario más, además de la persona dependiente, y en las fases de gran dependencia o fases terminales, como servicios sustitutivos de la atención informal, y donde el cuidador es un paciente indirecto e incluso a veces directo en la medida en que su labor de cuidados pueda generar graves problemas de salud.

La existencia de estos recursos formales e informales condicionan los modelos de cuidados sociosanitarios.

## 1. 2. Modelos de atención sociosanitaria

### a) Criterios orientativos de la definición de modelos de ASS

Los modelos de cuidados son el núcleo del sistema de protección de la dependencia ya que su cometido es garantizar un continuo asistencial de calidad de máximo coste-efectividad que favorezca la independencia, dignidad y bienestar de la persona dependiente y, en su caso, del cuidador o cuidadores.

Cuando se definen los modelos de cuidados es preciso establecer algunos conceptos teóricos generales que sirvan de criterios comunes orientadores de la

planificación, sin cuestionar por ello las peculiaridades de programas específicos o políticas territoriales que tienen determinadas tradiciones de organización y gestión. La Tabla 1.1 trata de sintetizar, siguiendo la literatura internacional, algunos de dichos criterios sobre cuyo contenido haremos una descripción general.

**TABLA 1.1.**

	SAD	C. Día	R. Asistida
1. Viabilidad			
2. Aceptación			
3. Costes			
4. Resultados			

El primer criterio —VIABILIDAD— es de carácter omnicomprensivo ya que implica desde condicionantes básicos (existencia de una red de recursos de cantidad y calidad, plantillas suficientes en el sector público y privado, es decir, una infraestructura que en el caso de los servicios sociales en España, por ejemplo, está en fase de expansión, pero cuya insuficiencia es aún evidente) hasta requisitos funcionales (integración de recursos sanitarios y sociales, continuidad garantizada entre servicios, sistemas adecuados de comunicación profesional e institucional). Estos y otros posibles criterios similares pueden resumirse en dos: infraestructura suficiente e integración de recursos sanitarios y sociales. El desequilibrio existente entre los servicios sociales y el sistema sanitario en cuanto a generación de derechos, recursos, visibilidad por parte de los ciudadanos, por mencionar algunas de las diferencias, nos muestra claramente que, al menos, en lo tocante a la protección de la dependencia, habría que definir un sistema de derechos subjetivos iguales, potenciar el crecimiento de los servicios sociales y acercar al ciudadano el continuo asistencial. En este sentido está teniendo lugar el debate europeo sobre la atención sociosanitaria. En concreto la necesidad de coordinación entre servicios sanitarios y sociales e incluso la integración de los servicios relacionados directamente con la protección de la dependencia es una tendencia observable en el desarrollo de las políticas de ASS.

El segundo criterio es la ACEPTABILIDAD de los modelos por las personas dependientes y/o sus cuidadores o representantes en caso de pérdida de facultades. El diseño de cualquier dispositivo concreto *ad hoc* tiene que ser planificado con el dependiente, poniendo siempre por delante sus derechos, pero también sus preferencias, para que el modelo de cuidados se adapte a sus pautas de vida, sobre todo cuando se trata de servicios de carácter domiciliario. En todo caso, habiendo constatado que existe una elección masiva de las personas mayores a favor de vivir en su propio domicilio, la consecuencia en términos de políticas asistenciales es que los recursos comunitarios sociales (ayuda a domicilio, teleasistencia, soporte al cuidador, ayudas técnicas) y sanitarios (enfermería a domicilio, rehabilitación) deben crecer de manera sostenida para que sea realidad el apoyo sociosanitario en la comunidad y teniendo en cuenta el criterio de su aceptación por parte de las personas dependientes.

El tercer criterio es el COSTE, lo que implica no sólo tomar en consideración el gasto público directo que se destina a un dependiente sino también los costes de oportunidad, ya que el soporte al cuidador debe formar parte del coste total, máxime cuando el tiempo de cuidados informales sacrifica tiempo de ocio, de relaciones sociales y de trabajo y, en no escasas ocasiones, genera enfermedad y estrés. Además, el coste debe guiarse por el criterio de efectividad de forma que se pueda lograr el mejor resultado de bienestar con los menores recursos. Por otra parte, hay que tener en cuenta que existen dependencias que por su propia naturaleza incrementan el coste y que deben ser tenidos en cuenta. Por ejemplo: las demencias incrementan el coste en comparación con las discapacidades físicas sobre todo en tiempo de vigilancia y en adecuaciones de la vivienda. Igualmente una mayor dependencia puede hacer más efectiva la atención en una Residencia asistida que en el hogar cuando los costes totales, incluyendo los de oportunidad, igualan o son superiores a los de una Residencia. El vivir solo, una mayor edad, depresión y una acumulación de cronicidades puede incrementar el coste de los servicios sociales y sanitarios haciendo necesario el apoyo de un Centro de Día y, en su caso, el tránsito hacia una Residencia con carácter temporal o definitivo.

Finalmente, en cuanto a los RESULTADOS, se trata, en general, de mejorar la calidad de vida y la autonomía de la persona dependiente y ello puede medirse a través de muy diferentes indicadores, como pueden ser aquellos que facilitan que las personas vivan en su casa, si aumenta su autonomía para realizar actos de la vida cotidiana, si aumenta la movilidad como consecuencia de una adecuada rehabilitación, si reduce la soledad y la depresión, si previenen de entrar en una Residencia cuando ello no es necesario, si alargan la vida con una cierta calidad, si

previenen accidentes. Medidas estas y otras posibles que pueden indicarnos que los recursos empleados están generando bienestar para el mayor dependiente (Petch y otros). A veces un conjunto sencillo de indicadores que se adecue a lo que la gente espera puede ser más útil que una sofisticada batería de indicadores que a veces no pueden cumplimentarse.

## **b) Los servicios de larga duración: dilemas**

Según la literatura revisada y los estudios realizados se constata que hay diferentes modelos de provisión de servicios de ASS. Esta diferencia de modelos no sólo se da entre países, sino que se puede dar en el mismo territorio, tal como luego veremos en el caso español.

El recurso a la ASS es contemplado como la interacción de varios problemas de salud (Kane & Kane, 1990; Somers, 1982) o, al menos, que hay una causa médica que se une a la incapacidad funcional.

La atención a los cuidados de larga duración se debe ver como un *continuum de cuidados* en el que el sujeto puede consumir recursos sanitarios y recursos sociales varias veces a lo largo de su vida, bien sea de forma secuencial o bien de forma aleatoria en el tiempo. Así, una persona con una enfermedad crónica puede pasar del hospital a su domicilio para volver luego al hospital y después al domicilio con una serie de servicios complementarios, como son la rehabilitación, la atención sanitaria a domicilio, la asistencia a un Centro de Día, etc. A medida que pasa el tiempo y se agrava la discapacidad funcional o no tiene una persona que pueda ayudarle en sus limitaciones de las AVD, aquella persona puede acabar en una Residencia asistida o en un centro sociosanitario.

En este sentido cabe plantear dos problemas: la alternativa entre modelos de atención y, en segundo lugar, la alternativa institucionalización/domicilio:

### **1. Alternativa entre modelos de atención**

Los cuidados que requiere una persona con patología crónica y con discapacidad funcional a lo largo de su vida son «sanitarios» y «sociales» a la vez, aunque puede darse una preponderancia de los cuidados sanitarios en algunos casos y, en otros, la preponderancia de los cuidados personales y sociales. Además, como hemos comprobado en el análisis de casos la evolución de las situaciones de

dependencia nunca es absolutamente progresiva ya que se producen avances y retrocesos en los procesos de incapacidad. Lo que sí es cierto es que la persona puede necesitar un *continuum* de cuidados a lo largo de un período de su vida y que de una atención sanitaria derivará en una social y viceversa.

Si una persona dependiente lo que necesita para asegurar su bienestar físico y psíquico es un conjunto de servicios que unas veces serán más sanitarios y otras serán más sociales, no parecerá lógico hacer grandes bloques de modelos asistenciales ya que «todo» modelo necesita paquetes de servicios con mayor o menor cantidad de servicios sanitarios o servicios sociales.

Los modelos aparecen cuando la provisión de los servicios sanitarios y de los servicios sociales depende de dos sistemas diferentes: sanidad y servicios sociales; de ahí surge el problema de cuál es el sistema que se debe hacer cargo de prescribir los recursos que necesita la persona y en qué sistema deben estar situados estos recursos. Así, si los recursos están situados, en su mayoría, dentro del sistema sanitario, se dirá que existe un «modelo sanitarista»; por el contrario, si la mayor parte de los recursos están situados en el sistema social se dirá que existe un «modelo social».

Pero no existe un único «modelo sanitario» o un único «modelo social» ya que dentro de cada uno de los grandes bloques definidos existen diferentes submodelos, dependiendo de las diferentes formas de actuación de un sistema y de otro y, también, de la diferente proporción entre recursos sanitarios y sociales que se da entre ellos. Así, por ejemplo, el modelo de atención socio-sanitaria se podría decir que se encuentra dentro del sistema sanitario, pero con un enfoque de recursos específicos para las personas crónicas y con un alto componente de cuidados personales. Pero igualmente se puede decir que se encuentra dentro del sistema de servicios sociales orientado al dependiente que vive en comunidad con un soporte sanitario en función de las necesidades específicas de la persona dependiente.

Las distintas entradas y salidas entre un sistema y otro dependerán del tipo de modelo asistencial que exista en un ámbito territorial determinado. A su vez, el modelo asistencial influirá en los costes que repercutirán en la Administración pública o en el usuario. Así, modelos y costes están estrechamente correlacionados ya que dependiendo de la cantidad de consumos de los distintos servicios resultarán unos costes u otros tanto para el Estado como para el individuo.

Cada modelo asistencial dispone de una tipología de recursos, los cuales condicionarán las «prescripciones» de los servicios que necesita el usuario. Asimismo, el mayor o menor volumen de recursos existentes también condicionarán la prescripción de éstos ya que depende de donde haya plazas disponibles o haya recursos disponibles (por ejemplo, atención domiciliaria sanitaria). Así, dos personas con una misma patología y una misma capacidad funcional pueden recibir diferentes «tratamientos de recursos», dependiendo del modelo asistencial en su comunidad territorial y también de la cantidad de recursos disponibles en ese momento, ya que no siempre existe el presupuesto suficiente para cubrir la demanda de un recurso aunque éste estuviese en la lista del modelo.

El modelo asistencial existente condicionarán, por tanto, el «tipo de recursos» que se consumen así como su intensidad. Así, por ejemplo, si el modelo sanitario-social de la CCAA donde viva una determinada persona dependiente no dispone de centros de convalecencia para la rehabilitación después de un postoperatorio, esta persona bien permanecerá en el hospital hasta que pueda volver a su domicilio o bien volverá a su domicilio y deberá asistir a un servicio de rehabilitación externo, lo cual no siempre es posible, ya sea por los condicionamientos físicos de la persona (no se puede mover) o por las condiciones de su entorno (la vivienda no tiene ascensor).

Los diferentes modelos condicionarán los costes que tenga que asumir el Estado, el individuo y/o los familiares.

Recordemos que España es un país donde el sistema sanitario es universal y gratuito y, en cambio, el sistema de servicios sociales no lo es para todos los individuos. Este diferente tratamiento que da el Estado a los sistemas sanitario y social repercutirá en los costes que la Administración deberá asumir. Así, es evidente que un modelo más «medicalizado» producirá, en principio, más costes al Estado que otro modelo que sea más «social».

El mayor coste en un sistema «medicalizado» se debe principalmente a dos razones: en primer lugar, a que el usuario, al hacer uso del sistema sanitario, este servicio será gratuito para él, es decir, financiado con impuestos generales; en segundo lugar, a que los costes de los servicios en un sistema más «medicalizado» suelen ser más altos que en un sistema social. Así, por ejemplo, el coste/cama en un hospital oscila alrededor de las 40.000 pesetas diarias mientras que el coste/plaza en una Residencia asistida está entre 7.000 y 10.000 pesetas día. Es evidente que el coste de un recurso sanitario puede ser entre cuatro y cinco veces mayor que en uno de tipo social.

No obstante, dentro del modelo medicalizado también hay varios modelos, los cuales difieren en la estructura de los servicios que ofertan, lo que dará como resultado diferentes costes. Así, un modelo que es estrictamente «hospitalario» dará lugar a costes muy elevados; si el modelo es sanitarista, pero hay una estructura de profesionales específica para los enfermos crónicos, es evidente que, en este caso, los costes serán más bajos que en el caso anterior. En el supuesto que haya un modelo de atención socio-sanitario los costes resultarán más bajos que en los dos casos anteriores.

## 2. Alternativa «institucionalización» y «domicilio»

Dentro de un modelo de atención de enfermos crónicos existen también diferentes tipos de atención. Aquí el dilema suele darse en términos de «institucionalización» o «domicilio». En muchas ocasiones los dos tipos de recursos pueden ser «sustitutivos» entre sí. O dicho en otros términos, una persona con ciertas discapacidades funcionales podría estar en su domicilio si existieran recursos que le prestaran la atención sanitaria necesaria y la atención personal requerida para suplir las deficiencias de las AVD. Por ejemplo, si una persona vive sola y tiene poca movilidad funcional y necesita atención sanitaria (ponerse inyecciones y control médico regular) es posible que pueda continuar viviendo en su domicilio si dispone de cuidados personales (alguien que le ayuda en sus limitaciones de las AVD) y si dispone también de atención sanitaria domiciliaria.

La alternativa entre institucionalización y domicilio dependerá de muchos factores, entre otros, de la oferta de recursos de un tipo y otro que existe en el área territorial donde vive el usuario, del apoyo familiar y social de que disponga el usuario y del grado de limitaciones funcionales que éste tenga.

En algunos casos la alternativa entre institucionalización y domicilio es clara. Si una persona tiene un elevado grado de discapacidad funcional, la calidad en la atención y el coste aconsejarán el recurso de la institucionalización en contra del domicilio; así, aunque esas personas dispongan de familiares u otros recursos formales o informales (ayuda domiciliaria, voluntariado), llega un momento que no disponen de los medios adecuados de movilidad o prestaciones técnicas adecuadas ni son profesionales para poder y saber atender al enfermo de la mejor manera posible.

Hay también otros motivos para la alternativa *institucionalización o domicilio* que podríamos denominar «personales», como puede ser que la opción del usuario

sea estar en una institución, que no tenga familiares que lo cuiden, que no haya un control social apropiado o que tenga deficiencias en su vivienda que hacen desaconsejable el uso de este recurso.

El dilema entre institucionalización y domicilio puede deberse a factores institucionales, como pueden ser la existencia o no de plazas en Residencias públicas, la existencia o no de recursos sociales y de apoyo sanitario, como la ayuda domiciliaria, Centros de Día, atención sanitaria, ayuda informal, etc.

La opción por una u otra alternativa —institucionalización o domicilio— no es una decisión únicamente a cargo de los profesionales sino también y primordialmente a cargo del usuario. La elección entre un recurso u otro es un derecho del beneficiario que puede y debe ejercerlo. Esta decisión condicionará la oferta. Según la opción elegida el beneficiario soportará un coste mayor o menor para él, pudiendo suponer también un coste para la Administración según sea el tipo de servicio elegido. A su vez, se da cierta inseguridad entre servicios institucionalizados y servicios a domicilio.

Así, la atención en un centro socio-sanitario supone la gratuidad en la parte sanitaria, pero no en la parte hotelera (manutención, alojamiento). No obstante, los cuidados personales (ayudas para las AVD) se consideran incluidos en la atención sanitaria. En cambio, si consideramos la ayuda a domicilio, la parte de cuidados personales (ayuda para las AVD) no se considera prestación sanitaria, sino parte del sistema social, siendo el individuo quien debiera pagar su coste. A este respecto, el informe de la Royal Commission on Long term Care del Reino Unido, de marzo de 1999, propone superar dicha inseguridad con la siguiente propuesta: que la parte de cuidados personales prestados en la ayuda domiciliaria sea considerada una prestación pública y de esta manera se resolvería la discriminación entre el sistema sanitario y el sistema social.

Los dilemas entre modelos —sanitario o social— así como entre institucionalización o domicilio deben plantearse, por tanto, en un marco más amplio de planificación de recursos, como propone Beland (1996).

### **c) La planificación de los servicios de larga duración**

Lo que parece distinguir la ASS de los otros servicios socio-sanitarios es su complejidad (Kane & Kane, 1982) puesto que están compuestos de un conjunto de ser-

vicios, a simple vista, bastante dispar, las personas habilitadas a darlos proceden de horizontes diversos y los criterios de admisibilidad son difíciles de definir.

Para convencerse de la diversidad de servicios es suficiente enumerar algunos de ellos: el alojamiento en Residencias y hospitales, la vivienda tutelada, los cuidados médicos y de enfermería a domicilio, la ayuda domiciliaria, los Centros de Día, el hospital de día, los servicios de respiro, los servicios de convalecencia, etc. (Kane & Kane, 1982; Havens, 1995).

Los profesionales que atenderán a los usuarios serán médicos, personal de enfermería, gerocultores, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, animadores sociales, personal de hostelería, etc. Tampoco hay que olvidar a los cuidadores informales, como esposo/a, hijos, nueras, otros familiares, vecinos y voluntarios en general.

Hay dos formas de proceder para organizar de alguna manera el mundo de la ASS. Primero, se puede proponer un modelo de cuidados que liga sus diferentes componentes a partir de los *perfiles de necesidades* de su clientela; hay trabajos empíricos que han adoptado esta clasificación. Un ejemplo es Beland (1987): a partir de perfiles de necesidades para las personas que viven en su domicilio, se describen una serie de servicios. Estos perfiles están estrechamente correlacionados con las condiciones sociales de la vida de las personas.

Otro tipo de estudio es el realizado por Kane & Kane (1987), quien propone un *conjunto de servicios en un contexto de organización determinado*. A estos servicios se dirigen las personas con unos perfiles de necesidades que se supone que alguno de los tipos de servicio cubrirá. En este caso la oferta condiciona la demanda, lo cual supone un problema para cubrir las necesidades reales de las personas.

Los objetivos de una política de servicios de larga duración se describen por cuatro problemas y dilemas (Beland, 1996). El primero, define el objetivo que persigue la ASS, es decir, el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas vulnerables. Los otros tres dilemas se aplican a los objetivos intermedios: el balance entre los recursos a desarrollar, o sea, recursos comunitarios y recursos residenciales, lo cual concierne a la estructura de la producción de servicios; la elección entre modelo médico o modelo social define las normas que regirán el proceso de producción de cuidados y servicios; la relación entre la preferencia de los pacientes y la responsabilidad de los prestadores de cuidados sitúa el lugar del beneficiario en el sistema de los SLD.

## 1. La organización de los servicios de larga duración

Si el objetivo final de la ASS es el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas con enfermedades crónicas, para asegurar ese objetivo es necesario disponer de una red de servicios, de establecimientos y de trabajo profesional.

El *modus operandi* de la ASS propuesto en los enunciados de política es el «continuum de cuidados». Según diferentes necesidades, será necesario aplicar un tipo de servicios; pero lo que parece tan fácil exponer teóricamente no es tan fácil conseguirlo prácticamente.

La definición del *continuum* de servicios de larga duración suele ser más extensiva que los servicios concretos de larga duración, en términos estrictos. Por ejemplo, el Informe «Alberta Committee on Long Term care» (1988) incluye los servicios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, la puerta de acceso unificada, el trabajo del voluntariado, los servicios comunitarios, las Residencias especializadas para gente mayor y otros tipos de alojamiento. El documento de Quebec emplea la expresión «abanico de servicios» más que el término de «continuum de cuidados», pero la intención es la misma.

El abanico de servicios comprende los cuidados médicos y de enfermería habituales, los servicios de información, la ayuda a las familias, los cuidados paliativos y los servicios comunitarios y de alojamiento. La lista más completa de servicios incluidos en el *continuum* es, probablemente, la formulada por Havens (1995), quien primero sitúa los cuidados de larga duración en el conjunto más amplio de los servicios de salud y, en segundo lugar, integra, además de los servicios sociales, los programas de mantenimiento de la renta, el acceso al alojamiento y la cualidad del entorno.

Las necesidades de los beneficiarios son múltiples y en constante evolución. *El continuum de cuidados debe permitir pasos fáciles de un establecimiento a otro, de un tipo de servicio a otro* (Havens & Kyle, 1993). *Los mecanismos de coordinación son, pues, una parte integral de la organización de un sistema de SLD.*

El modo en que este *continuum* sea concebido dependerá de la legitimidad del Estado en el dominio de la ASS. Así, en el caso del Reino Unido (Griffiths, 1998; Walker, 1995; Walker & Warren, 1994) se defiende la limitación del papel del Estado para dar paso a la privatización de los servicios, a asumir el rol de repar-

tidor de casos y de financiador, pero no de proveedor. Así, las instancias de nivel regional dispondrán de presupuestos para adquirir servicios, deberán evaluar las necesidades de los clientes y elaborar el plan de cuidados. Las Agencias del Estado, las Organizaciones No Lucrativas y empresas privadas competirán para obtener los contratos de servicios. Asimismo, algunas provincias canadienses (Beland, 1996) conceden a las autoridades locales más competencias en la gestión, si bien se sitúan a nivel Regional los mecanismos de selección de los clientes, la elección de los proveedores, privados y públicos y, en cierta medida, la responsabilidad de la calidad del sistema de cuidados.

La división de actividades de la ASS entre sector privado y sector público dependerá de la definición del papel del Estado, de las ideologías y valores de la sociedad. Al mismo tiempo, la distribución por el Estado de responsabilidades entre los sectores público y privado ofrece una forma de legitimidad a las acciones de los responsables de ambos sectores. A cambio, los responsables de estos sectores estarán inclinados a respetar las orientaciones de las políticas estatales. Además, el hecho de que los proveedores sean de diferentes tipos —públicos, privados y no lucrativos— obliga a centrar las discusiones en los temas de gestión y no en la distribución de competencias entre ellos.

Hay otros aspectos operativos de la gestión de la ASS que es preciso tener en cuenta, como son: «*la calidad de los cuidados*» y «*los métodos de selección de las personas con dependencia*». Este último punto aparece estrechamente ligado al de la «*entrada única*» a los servicios sociosanitarios, tema íntimamente relacionado al del *continuum* de los servicios ya que una evaluación única de los casos facilita su distribución entre los diferentes recursos. La calidad de los cuidados aparece ligada, por tanto, a la necesidad de establecer criterios para evaluar las necesidades de los usuarios. Y existen distintos instrumentos de clasificación de los usuarios.

La gestión de cuidados no puede ser igual en un sistema de ASS en que la prestación de los servicios está sujeta a la competencia entre diversas empresas y en otro donde lo esencial son los establecimientos públicos. Así, por ejemplo, la gestión del caso —*case management*— a la americana intenta paliar los déficits de coordinación entre establecimientos privados. No obstante, los métodos de selección de los clientes pueden ser únicos, aunque los establecimientos sean privados o públicos. En cambio, la evaluación de la calidad no es la misma según sea la naturaleza de los proveedores: cómo asegurar la calidad de los servicios de ayuda a domicilio cuando son prestados por una empresa privada y cómo los actos profesionales realizados por el personal de esta empresa privada pueden ser evaluados.

## 2. Los modelos de provisión de servicios

Aunque haya una definición previa de que los recursos comunitarios son los más apropiados para las personas con discapacidades funcionales, la realidad es que las personas con discapacidades necesitan refuerzos si desean quedarse en la comunidad. La política del mantenimiento a domicilio de las personas frágiles y de los servicios post-hospitalarios en el domicilio se enfrenta a la política de los servicios comunitarios (Shapiro, 1993) en la medida en que la disminución de la duración de las estancias hospitalarias no puede realizarse sin una política extensa de los servicios comunitarios.

*¿Objetivo médico u objetivo de reducción de discapacidades?* Existen argumentos sobre la medicalización de la ASS. En esta perspectiva las cuestiones de coordinación entre establecimientos de cuidados para enfermos agudos y de cuidados de larga duración se hará de manera radical. Se propone al médico como coordinador natural y al hospital como establecimiento privilegiado. Pero si el objetivo es el control de las discapacidades funcionales el rol sanitario no debería ser el dominante: la aportación de los profesionales al trabajo de los equipos multidisciplinares es modulado por las necesidades de las personas vulnerables.

La discusión del predominio de una u otra categoría profesional remite a la discusión sobre el modelo dominante en la organización de los cuidados. Esta cuestión ha sido tratada por Chapell (1990). La elección de un modelo u otro es determinante para la organización de la ASS ya que los criterios de evaluación de la calidad de los cuidados en su dimensión profesional, pero también organizativa —por ejemplo, los criterios de admisión de los beneficiarios y de financiación de los recursos— dependen de la jerarquización de las profesiones en la prestación de los cuidados de larga duración.

Otro tema importante relacionado con los objetivos de la ASS es el establecimiento de una política asistencial dirigida bien hacia los servicios comunitarios o bien hacia los establecimientos residenciales. Aunque a veces la teoría describa sus preferencias hacia lo comunitario, la realidad se decanta hacia los establecimientos sanitarios.

*¿Modelo médico o social, modelo de servicios comunitarios o establecimientos residenciales?* Esta pregunta constituye una parte del debate político en la que deberían tenerse en cuenta las preferencias de los pacientes. Los discursos políticos afirman respetar las preferencias de los pacientes eligiendo un modelo socio-comu-

nitario sin olvidar las necesidades médicas y las necesidades de cuidados personales.

Las preferencias de las personas mayores deberían ser el barómetro de la elección de los políticos y gestores. Pero la adhesión sin cuestionamiento a la noción de preferencia de los pacientes supone dos problemas. El primero es el de la responsabilidad profesional y el segundo el de la capacidad de los recursos para satisfacer los gustos de los beneficiarios; así, en los procesos de planificación y en las prescripciones individuales la información y la discusión entre profesional y beneficiario debe ser la base para una política eficiente en la asignación de los recursos.

#### **d) La planificación de la ASS en comunidad**

La mayoría de las personas mayores, y entre ellas los que sufren diferentes tipos de dependencia, prefieren vivir en casa. Hoy por hoy es el modelo dominante en todos los países de la UE, con las indudables diferencias entre países, si bien en el futuro podría modificarse dicho modelo a favor, por ejemplo, de alojamientos alternativos a la vivienda individual y a la simple residencia. Nos referimos a viviendas comunitarias protegidas con servicios colectivos. Ello supone que la prioridad son los servicios que constituyen el modelo domiciliario en su cuádruple versión: a) Ayuda domiciliaria sanitaria y social; b) Servicios en Centros de Día de soporte y rehabilitación; c) Servicios de apoyo al cuidador (formativos, respiro), y d) Soporte técnico del hogar (instrumental y comunicativo).

Cada uno de estos niveles tiene que ser evaluado de acuerdo con los criterios antes señalados, que constituyen una guía global de medida, es decir, la disponibilidad suficiente de servicios y accesibilidad, la aceptación por parte de los dependientes y sus familias, su capacidad para mantener a domicilio a las personas en las mejores condiciones posibles y un coste adecuado.

En todo caso existen tres elementos básicos de la AD que son condición básica de su efectividad y que intervienen en distinta medida en cada tipo de servicio o combinación de servicios: una vivienda accesible y apropiada sin barreras de acceso exterior e interior y, en su caso, dotada de prestaciones técnicas y de comunicación (teleasistencia); la existencia de cuidadores informales, familiares o voluntarios, que son un recurso más de la AD y, a veces, objeto de apoyo, y un

soporte integrado de servicios sanitarios y sociales constituido, al menos, por el soporte hospitalario, servicios de rehabilitación y servicios sanitarios y sociales comunitarios.

En principio la ASS debe dar cobertura a toda la población dependiente, pero debe diversificar sus esfuerzos según los distintos grupos de riesgos ya que cada «target group» requiere una combinación distinta de servicios y unos costes diferenciados. Esto supone abordar el problema de la *planificación de necesidades* como una herramienta (Janzon y Bebbington, 1995) para:

1. Estimar las necesidades totales de atención social de la población en términos de los diferentes grupos de atención, tipos de servicios requeridos y coste de las necesidades que se satisfacen.
2. Estimar la población en estado de necesidad que requerirá servicios públicos y el coste de satisfacer dicha necesidad.
3. Estimar la dimensión de las necesidades no satisfechas y sus implicaciones en términos de gasto necesario.
4. Asegurar una asignación equitativa de recursos entre territorios.
5. Lograr un equilibrio entre los servicios y los diferentes tipos y niveles de necesidad.
6. Desarrollar estrategias presupuestarias y planes que reflejen una comprensión más adecuada de las necesidades sociosanitarias de la población.

Es obvio que la cantidad y tipo de servicios sociosanitarios que reciben las personas con dependencia que viven en su casa depende de muchos factores, como la disponibilidad de servicios o suficiencia de recursos, el sistema de gestión de la ASS y las relaciones entre los diferentes proveedores y los financiadores. Pero el indicador determinante son las necesidades o tipos de necesidades de las que se deducen un tipo concreto de servicios y su coste.

La definición de los grupos de riesgo o de necesidad dependerá de los criterios que se determinen. Así, por ejemplo, si los criterios fundamentales son esencialmente sociodemográficos podríamos plantear a la luz del conocimiento actual tres grandes grupos, que implicarían un mayor riesgo y posiblemente un mayor coste (ver Tabla 1.2):

**TABLA 1.2.**

Factores sociodemográficos	Bajo riesgo y bajo coste	Riesgo medio y coste medio	Riesgo alto y alto coste
1. Edad	65-75	75-80	80+
2. Género	Hombre	Hombre/Mujer	Mujer
3. Convivencia	Casado	Viudo/a	Soltero/a
4. Dependencia	Física	Física/Demencia inicial	Demencia media/alta
5. Integración	Participativo	Familístico	Aislado
6. Ayuda informal	Elevada	Discontinua	Discontinua o inexistente

Ahora bien, la ASS requiere una mayor desagregación de grupos de riesgo o tipologías de necesidad que reflejen un amplio rango de tipos y niveles de necesidad en función de una combinación compleja de áreas e indicadores. Así, en un diseño realizado por Janzon y Bebbington (1998), definen seis áreas de necesidad con las cuales construyen una tipología. Por su interés resumimos tal conjunto de áreas e indicadores:

1. *Capacidad funcional* o habilidad para desarrollar diferentes actividades de la vida diaria siguiendo la clasificación de Katz, y que se desagrega en cuatro grupos de necesidad: grupo de personas independientes o de baja necesidad, que pueden realizar la mayoría de las actividades instrumentales y personales de la vida diaria; otro grupo con necesidad de largo intervalo o necesidad moderada, que son aquellos que precisan ayuda menos de una vez al día para realizar actividades instrumentales; un tercer grupo con necesidad de intervalo corto, pero de alta necesidad, para realizar algunas actividades personales (vestirse, salir, lavarse) y que precisan de ayuda al menos una vez al día, y un cuarto grupo con necesidad de intervalo crítico o muy alta necesidad que precisan ayuda varias veces al día para comer, sentarse o ir al baño.

2. *Salud física* desagregada en tres grupos: sin ningún problema de salud física, situación de baja dependencia debido a alguna cronicidad, y alta dependencia en aquellos que tienen entre uno y cinco predictores de cronicidad y han sufrido alguna hospitalización reciente.
3. *Salud mental* desagregada también en tres niveles: ningún problema de salud mental, con problemas de salud mental debido a algún deterioro moderado, problemas mentales severos o deterioro mental severo.
4. *Apoyo informal*, que contempla aquellos que no tienen un buen soporte, bien porque no reciben ayuda o bien porque la ayuda procede de alguien que no vive en la misma casa; otro grupo es el que dispone de un buen apoyo informal debido a que el cuidador principal vive en la misma casa que la persona dependiente, y el grupo de necesidades del cuidador medido, por ejemplo, por criterios tales como ayudar más de seis horas a la semana o ser un cuidador discapacitado.
5. *Alojamiento*: definido en términos de seguridad o facilitador de la movilidad de la persona dependiente.

La combinación de estas cinco áreas en sus diferentes dimensiones permite construir una tipología de necesidades o grupos objetivos con sus correspondientes factores de necesidad y factores de apoyo a los que se asigna un paquete de servicios y se estima un coste. Una vez conocido el volumen y la composición de cada grupo y descontada la actual población protegida tendremos la demanda estimada de cada grupo de necesidad que en la actualidad no está protegida por diferentes razones, ya sean problemas de información, dificultades de acceso o escasez de recursos.

En base a esa tipología, Bauld y Mangalore (1998) definen la relación entre 12 grupos de necesidad, los servicios que la satisfacen y su coste. Baste un ejemplo, el del Grupo 1:

- Edad: 79 años.
- Género: Hombre.
- Convivencia: Vive con esposa.
- Cuidador: Esposa.
- Alcance del recurso del cuidador: Intensivo.
- Alta hospitalaria: Sí.
- Causa de ingreso: Problemas médicos generales a causa de una caída.

- Problemas de salud: Caída, incontinencia urinaria.
- Capacidad funcional:
  - a) Sin ayuda realiza: lavarse, comer, telefonar, tomar algo y beber.
  - b) Es capaz con dificultad de: bañarse, vestirse, ir al baño, movilidad.
  - c) Necesita ayuda para: hacer comidas, trasladarse, manejo de medicinas y dinero.
  - d) No puede hacer: comprar, trabajo doméstico pesado, hacer recados.
- Deterioro cognitivo: Ninguno.
- Intervalo de necesidad: Crítico.
- Servicios recibidos. Nivel de servicio: AD de lunes a viernes, 5,75 horas a la semana. Fines de semana, 1,50 por semana. Seis días de servicio.
- Visitas de enfermera: Dos visitas por semana de 45 minutos a través de la Enfermera de Distrito.
- Coste de los servicios: AD L 64. 13. Enfermería L 52. 5.
- Coste total: L 116. 63.

#### **e) El continuo sociosanitario y la integración de recursos**

Observan acertadamente Chalis, Darton y Stewart (1998) que la ASS no sólo está asociada con factores sociales y problemas funcionales sino también con diagnósticos clínicos. No sólo se trata de dificultades para realizar AVD sino que la fragilidad suele ser una resultante de múltiples causas. En muchos casos estas causas son tan complejas que necesariamente la utilización de recursos que conllevan crean un complejo asistencial que suponen una gestión intensiva del caso y una participación de servicios sanitarios intermedios. Esto implica debatir los criterios de partida que deben subyacer a la atención comunitaria en el futuro inmediato y que en cierto modo constituyen ya una suerte de cultura profesional en el ámbito sociosanitario. Aunque conocidos parece necesario recordar tales criterios:

- a) *Valoración global* del caso, que incluya la situación funcional, la salud física y mental, identificación de enfermedades, especificación del tratamiento e intervención, valoración de la necesidad por los servicios de apoyo, evaluación de los efectos de la intervención y verificación de los efectos asistenciales sobre la calidad de vida. En suma, valoración comprehensiva y multiprofesional. La importancia de valoración del caso es crucial en algunos casos, como los de salud mental, que tienen fuertes implicaciones asistenciales y económicas, que no siempre son detectadas en una prime-

ra instancia y que requieren protocolos más detallados a cumplimentar por servicios intermedios.

- b) *Gestión del caso*, que hace referencia a los diferentes niveles o modelos de gestión de la ASS. Básicamente la idea es que los actuales niveles administrativos son útiles para hacer una primera valoración de las necesidades, el control de los casos y la provisión de los servicios de cada nivel asistencial, pero insuficientes para coordinar servicios diferenciados. Es precisamente la coordinación sociosanitaria (CSS) la que es capaz de articular servicios diferentes, sobre todo los de tipo primario (atención primaria sanitaria y asistencia social de base). Los autores mencionados observan que cuando estamos ante casos de cierta gravedad que requieren servicios intermedios y superiores es precisa una gestión intensiva de la ASS, que precisa de una integración mayor de recursos, como luego veremos.
- c) *Rehabilitación*. Es el tercer criterio de la ASS ya que ésta aparece como una necesidad que recorre todo el espectro asistencial: como rehabilitación hospitalaria después de una fase aguda (rotura de cadera, por ejemplo) o como rehabilitación a domicilio con soporte hospitalario (Donald y otros, 1995) después de la baja, o como, sin agotar los casos, rehabilitación ocupacional o terapéutica en un Centro de Día. En estos dos últimos casos se da un desarrollo de servicios intermedios que en ciertos casos coinciden, como es el Centro de Día en cuanto espacio rehabilitador, terapéutico y de enfermería además de otros servicios asistenciales.
- d) *La integración de servicios sanitarios y sociales*. El aumento de la «complejidad» asistencial como respuesta a la complejidad de los casos y las propias expectativas de las personas dependientes y de sus familiares de una mayor calidad de vida plantea la necesaria integración de recursos allí donde las actividades sanitarias y sociales son rigurosamente complementarias e incluso intercambiables, ya que el hecho de que las haga uno u otro servicio depende de razones puramente administrativas. La integración sociosanitaria es compleja debido a las grandes diferencias de recursos, estatus legal y reconocimiento social que existen. La integración actual es, cuando existe, horizontal, por cuanto se trata de coordinar actividades diferentes. Por ello el debate científico se orienta, con todas sus dificultades, hacia la integración vertical, es decir, a la integración de los procesos que tienen que ver con el resultado final. Ello supone negociar la integración de recursos y presupuestos en un solo proveedor de servicios sanitarios y socia-

les. Por ejemplo, en Suecia (Wiener, 1996), desde 1992 se han integrado en los Ayuntamientos algunos de los servicios de ASS, como son las Residencias asistidas, asistencia médica de larga duración y los servicios sociales, así como el soporte financiero de pacientes en hospitales de agudos para garantizar un alta adecuada. Esta integración en el caso español significaría acabar con la división entre Concejalías de sanidad y de servicios sociales integrándolas como estructuras comprensivas de servicios sanitarios y sociales dentro de un mismo presupuesto y una misma responsabilidad institucional.

### 1.3 Costes y financiación

#### a) Factores de coste

La definición de las necesidades sociosanitarias, como señalamos al principio, no es la misma que la demanda. Aquélla es sentida y ésta es expresada. La definición de la demanda debe tener en cuenta la cobertura actual y definirse a medio plazo ya que las formas de vida de las personas mayores, el nivel de renta, el tipo de familia y las expectativas de la gente modifican tanto la esperanza de vida saludable o sin dificultades graves como la demanda social de cuidados. Por ello cabe recordar el listado de factores que de una manera u otra condicionan el nivel y naturaleza de la demanda social y que de manera más precisa será desarrollado en el Capítulo II:

- a) En primer lugar el *factor demográfico*, tanto el tamaño, composición y crecimiento de la población de 65 años y más como la de 80 y más años, en la que potencialmente se incrementan las tasas de dependencia como consecuencia del aumento de la esperanza de vida. Ahora bien, como la dependencia recorre todas las estructuras de edades también hay que tener en cuenta las personas con graves discapacidades por debajo de los 65 años y que son consecuencias de enfermedades congénitas, accidentes de tráfico y accidentes laborales, por mencionar algunas de las más importantes.
- b) En segundo lugar, la *esperanza de vida saludable o sin dependencia*, medida como el número de años a partir de una determinada edad de vivir sin necesidad de soporte asistencial o, más en concreto, el número

de años que puede vivirse sin un número determinado de incapacidades personales.

- c) En tercer lugar, es importante en la provisión de cuidados y su coste el *número de cuidadores informales, sobre todo familiares*. No estamos sosteniendo aquí que éstos tengan que hacer frente en exclusiva al problema. Nos preguntamos en qué medida el modelo cultural de solidaridad intrafamiliar variará o no variará hasta el punto de afectar al modelo de cuidados. Es obvio que si se apuesta —porque las personas mayores prefieren vivir en casa— por un modelo dominante de cuidados comunitarios frente al residencial, entonces hay que saber con qué apoyos cuenta la persona dependiente. El tiempo de cuidados informales dependerá de la tasa de fecundidad, de la tasa de divorcios, de la tasa de ocupación femenina, de la movilidad laboral y de las estructuras de convivencia.
- d) El cuarto factor es *la intensidad protectora del servicio o prestación* medido en la necesidad de horas de cuidados que hay que prestar a un dependiente en función de su grado de incapacidad y en cada tipo de servicios. Así, por ejemplo, en el caso de las dependencias psíquicas el tiempo de vigilancia suele ser muy superior en comparación con las dependencias físicas.
- e) Finalmente, los *costes unitarios* deben ser previstos. En este caso y en cuatro quintas partes son coste de personal o salarios, si bien la tecnología de soporte se va incorporando progresivamente en los servicios sociales. Este sector requerirá nuevas profesiones y mayor capacitación que en la actualidad y ello supondrá una presión sobre los salarios a largo plazo.

En base a estos factores pueden elaborarse escenarios de naturaleza más o menos pesimista u optimista. En nuestro caso cabe pensar razonablemente que el factor determinante será la esperanza de vida saludable o tasas de dependencia por edades. En este sentido el factor prevención en las actuales generaciones es clave de cara al futuro y deberán iniciarse estudios longitudinales con muestras contrastadas para analizar la evolución de la esperanza de salud. Las otras variables es posible que se modifiquen lentamente, como el número y composición de la población cuidadora. Otras son previsibles, como los costes, que normalmente estarán por encima de la inflación, aunque no necesariamente los costes salariales. La cobertura necesariamente aumentará, pero es más incierta una mayor intensidad de cuidados excepto para los muy gravemente afectados.

## b) Financiación de los riesgos sociosanitarios: el debate

La protección del riesgo de dependencia puede adoptar diferentes formas de financiación. A continuación pasamos a describir las diferentes fórmulas posibles y sus limitaciones, a partir de las cuales optaremos por una fórmula posible que cumpla los requisitos de equidad, eficiencia, viabilidad futura, mejoras del bienestar del dependiente y solidaridad intergeneracional. En la Tabla 1.3 se pueden visualizar las diferentes formas de financiación que actualmente existen en los países de nuestro entorno, el tipo de riesgo que se asume y el papel del Sector Público en cada uno de ellos.

**TABLA 1.3. Formas de financiación de la ASS**

Tipos de financiación	Asunción del riesgo	Papel del Estado
<b>1. MODALIDADES PRIVADAS</b> a) Ahorro personal y venta del patrimonio. b) Seguro privado. c) Seguro privado subsidiado.	Dependientes y herederos.  Tomador del seguro. Tomador del seguro.	Regulación.  Regulación. Regulación/gasto fiscal.
<b>2. MODALIDADES PÚBLICAS</b> a) Seguro mixto. b) Seguro contributivo. c) Seguro universal.	Contribuyente/usuario. Cotizantes. Contribuyentes.	Financiación y/o provisión. Financiación y/o provisión. Financiación y/o provisión.

Seguindo a Wiener (1994), podemos señalar que los seguros privados, en términos generales, plantean barreras de entrada tanto por el lado de la demanda como por el lado de la oferta, que no son sino fallos de mercado. Así, nos dice el citado autor que por el lado de la demanda se observan varias barreras: negación del riesgo por parte de las generaciones más jóvenes, que están preocupadas de satisfacer otras necesidades (vivienda, educación, consumos selectivos) y que ven lejana la vejez y la hipótesis de dependencia. También la limitada capacidad de renta para financiar seguros de primas costosas excepto para una minoría de la población con excedentes de renta. Por último, problemas de información sobre el seguro e incertidumbres sobre su cobertura.

Por el lado de la oferta las compañías aseguradoras afrontan riesgos indudables que les llevan a crear barreras, como son la selección adversa de usuarios de potencial bajo coste, el riesgo moral de reducir la calidad de ciertos servicios una vez se supera el límite actuarial y, por último, el hecho de que las predicciones sobre los costes son aún inciertas y toscas.

Junto a estas consideraciones generales podemos señalar otras específicas de cada una de las modalidades, que reflejamos en la Tabla 1.3:

- a) La fórmula de emplear ahorros o patrimonio en los CLD se limita a una parte de la población y la venta de una casa o liquidación de un patrimonio no sólo genera resistencia en los futuros herederos, sino también en los propios dependientes, para los que la transmisión de bienes es un valor simbólico importante además del valor de seguridad que la vivienda tiene para una persona mayor.
- b) Las fórmulas de seguro privado plantean las barreras antes señaladas. Se acepta el riesgo de incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, pero no el riesgo de las variaciones futuras en el coste de la ASS. El apoyo de esta fórmula mediante la fiscalidad podría ser un incentivo, sin duda alguna. Se ha planteado como una fórmula viable la de comprender este producto dentro de un plan de pensiones para favorecerse de la fiscalidad y reducir los costes de gestión. Se habla también de una implicación del sector público de riesgo nulo para el sector privado: el seguro privado tendría una cobertura en función de las primas pagadas, y una vez agotadas el sector público garantizaría la cobertura durante todo el tiempo necesario. Esta fórmula es una privatización de coste elevado para el sector público dada la incertidumbre de la evolución de muchas formas de dependencia.
- c) En cuanto a los seguros de tipo público, caben tres opciones en términos teóricos. Por una parte un seguro público puro en el que la financiación corresponde íntegramente al sector público y eventualmente la provisión, parcial o totalmente. Esto sucedería si a la gratuidad del servicio sanitario se añadiera la gratuidad de los servicios sociales que, en prácticamente en todos los países de la UE, se rige por el criterio de prueba de recursos, que excluye a los que superan un baremo determinado. Este modelo puro es característico, por ejemplo, de Dinamarca. Pero los límites del gasto público se orientan hacia modelos mixtos, en los que gran parte de la financiación es públi-

ca pero el dependiente contribuye con tasas o precios a su financiación una vez descontados los gastos que no son específicos de la dependencia y que se financian con las pensiones e ingresos propios (alojamiento y comida). En el modelo alemán, gestionado por la Seguridad Social, pero de financiación estatal mixta, cada dependiente tiene reconocida una cantidad mensual fija en función del grado de dependencia en dinero o servicios. Una vez que se supera el tope máximo de la prestación concedida en función del grado de dependencia reconocido el dependiente tiene que afrontar el coste diferencial. El modelo de seguro contributivo sólo cubriría a aquellos que tienen una carrera de seguro consolidada, pero excluiría a una parte de la población (por ejemplo, amas de casa que nunca han trabajado o parados sin cobertura de desempleo, por ejemplo, si bien éstos pueden ser perceptores de prestaciones económicas como cuidadores), además de plantear problemas de financiación para las empresas al basarse en cuotas.

La experiencia internacional confirma la tendencia hacia *un perfeccionamiento de los actuales sistemas protectores, sanidad y servicios sociales*, que se concreta en modelos de cobertura universal con cierta financiación de los ciudadanos bien mediante precios o tasas o bien complementando la diferencia mediante la garantía de recursos patrimoniales o recursos procedentes de un seguro privado. La producción de servicios suele tener un carácter mixto y el sector asegurador privado tiene un papel complementario que hoy por hoy parece estar reservado a los grupos de renta media-alta. Incluso en países como Reino Unido y USA el mercado de seguro privado sigue siendo muy limitado hoy por hoy (0,2% de la población mayor de 65 años en el caso del Reino Unido y entre un 4% y un 5% en el caso de los EEUU).

La tendencia general en los países de la UE se orienta, como luego veremos con algún detalle, a favor de *seguros de tipo público por razones de eficiencia, equidad, solidaridad y viabilidad futura del seguro*, si bien abiertos a mercados privados complementarios (como productores de servicios públicos o como seguros privados completos) y con fórmulas de cierto copago o colaboración económica por parte de la persona dependiente o su familia. Un modelo de seguro privado no cumpliría tales requisitos y sólo ofrecería cobertura a una parte bastante limitada de la población. El problema entonces consiste en definir el modelo de seguro público por el que se opta y cuál sería el papel del sector privado. Un modelo de seguro público no sólo tiene que ser universal sino suficiente para poder cubrir de manera efectiva las distintas situaciones de dependencia. La protección social no puede

quedar reducida a un mínimo de forma tal que en la práctica sean los seguros privados los que provean efectivamente las prestaciones y servicios para una parte de la población con capacidad de pago, ni puede tampoco reducirse el papel del sector público a suplir el exceso de cobertura que no puede ofrecer el sector privado por razones actuariales.

La suficiencia del seguro público viene dada por su capacidad para garantizar la intensidad básica necesaria de cada nivel de dependencia que, a su vez, es completada por el apoyo informal (que casi siempre asume el coste principal) y las aportaciones económicas privadas directas o vía seguros. Una intensidad protectora muy baja desvirtuaría completamente la esencia de un seguro público que no sólo tiene que ser universal sino también suficiente.

En la práctica, el sector privado está presente en la producción de servicios financiados en parte por el sector público y en parte por los usuarios, tal como sucede en la Ayuda a Domicilio, Centros de Día y Residencias Asistidas, mediante la vía del concierto o cesión u otro tipo de modalidades de producción de servicios. La modalidad de seguro privado complementario amplía el papel del sector privado, pero sus límites son conocidos desde los criterios que valoran su presencia complementaria en los sistemas de protección social.

Es decir, la dependencia es un riesgo «universal» que justifica una cobertura pública, solidaria y suficiente para garantizar que todas las personas en situación de dependencia que precisan protección la tengan y no queden excluidas por fallos del Estado (cuando sólo da cobertura a los que están por debajo de un umbral de renta) ni por fallos del mercado (que sólo da cobertura a los que tienen una determinada capacidad de pago). La cobertura asistencial, reducida a las personas dependientes de demostrados escasos recursos, es injusta, porque excluye a dependientes que pagan sus impuestos, e ineficaz, ya que sólo responde a un sector muy determinado de la población. La cobertura privada en sí misma es igualmente injusta porque excluye a los que no pueden financiar unas primas de seguro (teniendo que asumir la familia el coste de manera directa) y es ineficaz también ya que es una cobertura típica de clase media-alta urbana que excluye a importantes colectivos sociales.

Sólo un seguro público puede garantizar adecuadamente, en comparación con el mercado, la equidad en la financiación, la eficiencia en su gestión, haciéndolo sostenible mediante el reparto del coste entre toda la población y la eficacia, generando un derecho subjetivo no excluyente.

Ahora bien, sobre estos supuestos, la creación de un seguro público de larga duración implica varias actuaciones complementarias de una cierta complejidad: la definición de un sistema basado en el derecho subjetivo a la protección de dependencia que supere la carga de prueba de medios de los actuales servicios sociales, la financiación por parte del sistema sanitario de los servicios intermedios con cargas sanitarias o parte sanitaria correspondiente de los servicios sociales comunitarios y residenciales como contrapartida a la mayor rotación hospitalaria y a la reducción de las camas de larga duración en favor de las Residencias asistidas; integración progresiva de lo sociosanitario bajo una única responsabilidad institucional, preferentemente a nivel regional y municipal.

### **c) Algunas reflexiones sobre la experiencia internacional**

En recientes informes se han abordado estudios comparativos sobre la protección social de la dependencia (Pacolet, 1998; LTC, 1999) y su compleja problemática. Aquí no pretendemos sino sintetizar algunos aspectos del debate sobre la ASS y señalar cómo se financian los servicios sociosanitarios y las tendencias sobre los costes que son cubiertos desde el sector público en los distintos países de la UE, que es nuestro ámbito institucional de referencia.

#### **1. La protección social**

La protección social de la dependencia es *muy diversa* en los países de la UE tanto en lo referente a los dispositivos existentes como en lo que se refiere a nuevas formas de provisión. El seguro público alemán de 1995 ha tenido la virtualidad de potenciar la puesta en marcha de dispositivos universales en otros países (Austria, Luxemburgo), reforzar dispositivos ya existentes (Países Bajos y nórdicos), profundizar el debate en otros países continentales (Francia, Bélgica) o nórdicos (Reino Unido) y plantear su necesidad en algunos de los países del sur de Europa (España e Italia). En general el debate se plantea como un desarrollo o perfeccionamiento de los actuales sistemas a pesar de los límites presupuestarios actuales y de los cambios en las formas de intervención del Estado. En mayor o menor medida el problema de la dependencia que tuvo un origen en gran medida sanitario (el incremento de costes hospitalarios de las personas mayores) ha adquirido naturaleza propia como un problema social nuevo objeto de protección, que en parte supone adoptar nuevas formas de gestión de los recursos existentes, pero también nuevos dispositivos protectores.

En este sentido las características del debate europeo pueden sintetizarse como sigue:

- La ASS depende en gran medida de la *tradición protectora de cada país*. Los países de tradición universalista la contemplan implícitamente. Son los países de tradición bismarkiana o de Seguridad Social los que están configurando un nuevo dispositivo protector reservado hasta hoy (caso de España) para aquellos discapacitados que no son aptos para el trabajo o que han sufrido graves accidentes de trabajo que requieren ayuda para las actividades diarias. El envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida «deslaboraiza» la protección de la dependencia para extenderla a toda la población independientemente de la relación laboral.
- Se constata también una *crisis de legitimidad de la protección asistencial de la dependencia* en el caso de los servicios sociales. La universalización del sistema sanitario hace inviable a medio plazo una protección de naturaleza asistencial en la utilización de servicios sociales comunitarios o residenciales. Lo que unido a una creciente contestación de la mujer como reserva estructural de mano cuidadora hace inevitable la configuración de sistemas públicos de ASS de carácter universal.
- La ASS, en cuanto contenido de un sistema de protección de la dependencia, altera las fronteras tradicionales entre servicios sanitarios y sociales a favor de *modos de integración y coordinación*. Sin embargo en todos los países se constata la dificultad de dicha integración ya que se trata de instituciones y culturas muy diferentes. El reconocimiento del derecho subjetivo a la protección de la dependencia es uno de los puentes necesarios para lograr dicha integración.
- La ASS puede ser en *prestaciones económicas o en servicios*. Dar libertad de elección al dependiente o al cuidador es el criterio que guía esta doble posible opción. Sin embargo la tendencia predominante es la de una ASS en servicios tanto por razones de eficacia como por razones de creación de empleo, si bien la primera fórmula, canalizada a través del cheque-servicio, permite garantizar el doble objetivo asistencial y generador de empleo si los prestadores de los servicios están homologados y existe un control de la calidad. En este sentido, por ejemplo, el modelo de protección social de la dependencia de Luxemburgo, de junio de 1998, da prioridad a la prestación de servicios sobre la prestación dine-

ría por dos vías: dando doble valor a la prestación de servicios que a la dineraria y, en segundo lugar, estableciendo límites a las horas de asistencia semanal compensadas con dinero (hasta siete horas de asistencia semanal pueden ser sustituidas por dinero, entre siete y catorce horas solamente la mitad puede ser sustituida por dinero y, finalmente, por encima de las catorce horas semanales sólo cabe la prestación de servicios) (Observatorio de personas Mayores, 1999).

- Existe una clara opción en favor de la *ASS en comunidad* para garantizar la autonomía de la persona dependiente. Los recursos asistenciales residenciales quedarían reservados para los casos de muy grave incapacidad o para las fases terminales. Esta opción implica garantizar una vivienda adecuada y un cierto soporte informal que no siempre existe. De ahí que la atención comunitaria, además de una adecuada coordinación de servicios, requiera un soporte al cuidador y una adecuación técnica del hogar que facilite la suficiente seguridad.

## 2. Financiación mixta

Hasta ahora el modelo de financiación de la dependencia es contradictorio ya que en todos los países de la UE, con matices, la asistencia sanitaria es universal y gratuita mientras que los servicios sociales se proveen bajo prueba de medios. Una persona dependiente en su proceso de atención sociosanitaria pasa por distintas fases de gratuidad y contribución al coste del servicio según se trate, por ejemplo, de servicios hospitalarios o una Residencia asistida. Una vía de salvar esta contradicción es considerar como ASS todo aquello que tiene que ver con la recuperación, rehabilitación y soporte personal, descontando los gastos de alojamiento y comida, que necesariamente son a cuenta de los recursos (normalmente pensión) del dependiente. Esta observación no sólo define lo que es la ASS sino que también delimita su coste. Baste considerar que el gasto sociosanitario estimado en los diferentes informes y proyecciones internacionales se estima entre el 1,5 y el 2 por ciento del PIB, lo que supone un peso modesto en el conjunto del gasto en protección social hoy por hoy.

También existe acuerdo en que el seguro de dependencia además de la ASS debe incluir el apoyo al cuidador ya que los costes en que éste incurre, directos y de oportunidad, son muy elevados. Los servicios de respiro, la financiación de la carrera de seguro durante el tiempo de cuidados y la compensación económica de parte del trabajo cuidador son algunos de los instrumentos para garantizar la cola-

boración del cuidador informal en la tarea de atención al dependiente en su domicilio.

Finalmente, los seguros privados de dependencia, en el caso europeo, están desarrollándose lentamente y su atractivo es hoy por hoy muy limitado por las razones antes expuestas. Su papel tiende a ser, como hemos dicho, complementario del seguro público. La contribución del sector privado se centra, sobre todo, en la producción de servicios sanitarios y sociales bajo distintas formas de colaboración contractual.

## 2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN ESPAÑA

Siguiendo el esquema del Capítulo primero trataremos de responder aquí a las mismas preguntas de cuál es la población dependiente en España y los factores que inciden en la ASS de dicha población, qué modelos y programas existen de naturaleza socio sanitaria y cómo se financia. Previamente al análisis de dichas preguntas es necesario definir el marco de partida de la ASS en España, es decir, sus orígenes, la definición de las necesidades socio sanitarias (tal como hicimos en el primer capítulo), el desarrollo de la coordinación y de las prácticas profesionales, de forma que queden enmarcadas adecuadamente las preguntas de quiénes son objeto de protección, cómo y con qué recursos.

### 2.1. La atención socio sanitaria

#### a) Acerca de los orígenes

Formalmente hablando la atención socio sanitaria se inicia en 1986 con el Programa Vida als Anys de la CCAA de Cataluña. Entre ese año y 1993 se desarrolla un debate selectivo entre profesionales y responsables públicos, que concluye en la firma del Convenio de Coordinación Socio sanitaria entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y el entonces Ministerio de Asuntos Sociales en el mencionado año 1993, que va a ser punto de referencia de lo que se va denominar Coordinación Socio sanitaria. Entre 1993 y la actualidad asistimos a un impulso de políticas y programas tanto a nivel de la Administración Central, como luego veremos (Planes Gerontológicos Estatales, Plan Alzheimer, Plan Estratégico 1998-2001 del INSA-

LUD y Programa de Atención a las Personas mayores, también del INSALUD, de 1999), como a nivel del desarrollo de programas sociosanitarios y planes de atención a personas mayores en diferentes CCAA.

El desarrollo de la atención sociosanitaria tiene así un doble origen, central y autonómico, con lo que la variedad y riqueza de programas asistenciales queda limitada al mismo tiempo por la falta de una entidad de coordinación única o autoridad gestora de la ASS. La competencia exclusiva en servicios sociales de las CCAA, la transferencia de la gestión sanitaria a las CCAA, unido a las distintas tradiciones culturales y prácticas profesionales, implica que hablar de ASS sea un problema complejo. Lo que se constata en todo caso es que con distinto ritmo y diferente intensidad la ASS se está incorporando a la agenda pública en prácticamente todas las CCAA ya que en todas ellas el problema del impacto del envejecimiento y los cambios en las expectativas sanitarias y sociales de los ciudadanos exigen una respuesta pública.

Ahora bien, como decimos, *cada CCAA está marcando su propia trayectoria en la definición y desarrollo de la ASS a pesar de los esfuerzos de coordinación que se están llevando a cabo a nivel estatal*. Así, por ejemplo, en Cataluña el punto de partida de la atención sociosanitaria arranca desde una visión casi exclusivamente sanitaria para posteriormente irse articulando desigualmente con los servicios sociales, si bien el predominio sanitario está siempre presente. Y es que la iniciativa, con la excepción relativa del País Vasco, procede casi siempre en sus orígenes del ámbito sanitario debido a múltiples causas, entre las que podemos mencionar la presión del coste sanitario (hospitalario sobre todo) de la creciente población de personas mayores (en particular la de 80 y más años), la constatación de que los procesos de atención hospitalaria no resuelven las necesidades de cuidados de la dependencia y el propio peso institucional y legitimidad social del sistema público sanitario en comparación con la menor dimensión y modesta legitimidad social de los servicios sociales. No cabe duda que este protagonismo en el origen y en el desarrollo de la ASS ha condicionado todo el desarrollo posterior de los modelos no sólo por el «origen sanitario» sino también, y en ello hay que insistir nuevamente, por el desarrollo desigual existente entre el modelo sanitario (universal, gratuito, con amplia capacidad de recursos y reconocimiento social) y el modelo de servicios sociales (de limitada cobertura, sometido a carga de prueba, de escasos recursos y bajo reconocimiento social). Y sin embargo se da una clara paradoja, como luego veremos en los capítulos siguientes, en el sentido de que el mayor peso «institucional» de lo sanitario en el diseño de los modelos de ASS no se corresponde realmente con el volumen de gasto social, público y privado, del ámbi-

to de los servicios sociales a pesar, y en ello hay que insistir, de las bajas tasas de cobertura de servicios sociales como SAD, CD y RA en comparación con países de nuestro entorno.

El problema de la ASS, desde el punto de vista de sus orígenes y desarrollo, es la dificultad del «*acercamiento entre el sistema sanitario y el social*» (Rodríguez Cabrero, 1999), que después del impulso inicial de los años 1994-1996 aparece hoy parcialmente bloqueado en su dimensión estatal (no en su dimensión de planes y programas autonómicos) en parte por la pérdida de impulso político de la atención sociosanitaria y, en parte, por la precariedad de los recursos de los propios servicios sociales en comparación con los recursos sanitarios, ya que aunque los primeros han tenido un crecimiento notable durante los últimos quince años son, sin embargo, insuficientes para hacer frente al reto de la dependencia. Este desequilibrio es constatado sobre todo por los propios profesionales y responsables de los servicios sociales hasta el punto de existir de manera latente e incluso explícita un recelo ante el «poder» del sistema sanitario, frente al que los profesionales de este sector tienden a posicionarse en situación de inferioridad. Además, los servicios sociales son mucho menos conocidos que los servicios sanitarios (las personas mayores conocen mucho mejor su hospital de referencia o centro de salud que el centro de servicios sociales) mientras que las necesidades sanitarias son relativamente más claras para la gente por razones culturales y por el peso social e institucional de sistema sanitario (en cuyo análisis no podemos entrar aquí y ahora) ya que se conoce la puerta de entrada y su *modus operandi*, además de la importancia de la gratuidad total para las personas mayores.

Existe, por tanto, un claro *desarrollo desigual de la ASS* tanto en lo que se refiere al compromiso institucional con el problema como en lo referente a los recursos que se dedican y la relación de coordinación que se establece entre el sistema sanitario y los servicios sociales. Su consolidación e institucionalización dependerá en el futuro de que exista un compromiso político entre las distintas Administraciones, tanto centrales como territoriales.

Ello no minusvalora el que se estén dando pasos efectivos a favor de la institucionalización de la ASS tal como puede comprobarse no sólo en los nuevos planes sanitarios y de atención a las personas mayores en las diferentes CCAA, sino también en el propio discurso político —en concreto el parlamentario—, que empieza a interesarse en el problema de la protección social de la dependencia decantándose (*Ponencia del Senado sobre el Envejecimiento*, 1999) en favor de la «*inte-*

*gración y coordinación de los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales».* De hecho el mencionado informe dedica un apartado específico a la dependencia (VIII. Dependencia de los Mayores).

El énfasis en la institucionalización de la atención sociosanitaria es compartida por los profesionales sanitarios y de los servicios sociales, así como por los responsables políticos, ya que se entiende que ese compromiso político, concretado en programas y planes de acción con suficiente soporte financiero, permitiría resolver muchos de los problemas actuales de la atención a las personas dependientes que precisan de manera conjunta asistencia sanitaria y apoyo social en un grado u otro para poder desenvolverse con cierta autonomía en la vida cotidiana.

## **b) Las necesidades sociosanitarias**

Las necesidades sociosanitarias pueden ser definidas por su objetivo, contenido, por su metodología de atención y por el derecho que generan:

- Por su *objetivo* la atención sociosanitaria es una intervención unificada en favor de una población con necesidades sanitarias y sociales al mismo tiempo y que requiere cuidados relativamente prolongados. El que predominen necesidades más o menos sanitarias o sociales depende de cada caso concreto, pero la presencia de ambas necesidades viene a coincidir en la mayoría de los casos. Estamos ante la *intersección de necesidades* cambiantes a lo largo del ciclo vital de las personas. Desde este punto de vista hay que enfatizar en que la ASS no es una red de recursos ni un simple sistema de colaboración entre profesionales, aspectos todos ellos importantes pero instrumentales.
- Por su *contenido* la atención sociosanitaria es la confluencia de dos necesidades en uno u otro grado: tratamientos clínicos y apoyo al ejercicio de las actividades de la vida diaria, y que se traduce en cuidados domiciliarios y residenciales organizados a lo largo de un *continuo asistencial*. Atención sanitaria, rehabilitación y apoyo social forman los tres elementos básicos de la ASS.
- La ASS es también *método asistencial* que, como decimos, no debe suponer necesariamente la creación de una red asistencial nueva o específica. Se trata, por el contrario, de una atención en red. En este sentido se trata más bien de crear o facilitar un nuevo estilo de intervención asistencial: a necesi-

dades sociosanitarias nuevas un *método de trabajo interdisciplinar*, una nueva forma de hacer las cosas, y que suele denominarse como coordinación socio-sanitaria y multidisciplinariedad. De manera más concreta, la coordinación sociosanitaria no es sino «integración de recursos» y la colaboración activa entre profesionales sanitarios y sociales. Aclarando ambos aspectos, que forman parte de la metodología de intervención, hay que matizar lo siguiente:

En primer lugar, la CSS, que se ha construido sobre todo en la base profesional y con limitaciones institucionales, no es un sistema de clasificación de casos de dependencia ni se reduce a mesas conjuntas de valoración de casos, con ser esto importante. Se trata, por el contrario, de un modelo de integración de recursos. La idea básica es que la CSS es un *modelo de integración* o espacio compartido por profesionales sociales y sanitarios. Es decir, la CSS no puede reducirse a mesas de casos, sino que su papel es el de contribuir a la planificación de la atención sociosanitaria desde la creación de condiciones favorables al diseño de las necesidades reales. La CSS sería, por tanto, el nexo entre los sistemas sanitario y social para definir las necesidades sociosanitarias e integrar los recursos necesarios que las satisfagan. Su contenido sería amplio: debate científico, planificación y definición de protocolos comunes de intervención.

Las dificultades de materialización práctica de la asistencia sociosanitaria (recelo profesional y derivación asistencial) no minusvaloran los importantes valores añadidos de los diferentes sistemas en la práctica sociosanitaria que de manera sintética cabe señalar: el sistema sanitario aporta la lógica asistencial curativa y en parte paliativa, la experiencia en la definición de protocolos y un catálogo de prestaciones relativamente bien definido. Por su parte, los servicios sociales aportan como valor añadido la lógica del trabajo comunitario, la experiencia en generar apoyo familiar y social y un sistema de prestaciones básicas, aún limitado en cobertura y eficacia, pero con pautas crecientes de calidad y acreditación.

En segundo lugar, y refiriéndonos a la *interdisciplinariedad*, hay que señalar que uno de los logros de las comisiones sociosanitarias creadas durante los últimos años ha sido el haber facilitado un proceso de acercamiento entre el sector sanitario y el social. Se trata de reforzar la comunicación interdisciplinar a partir de culturas profesionales diferentes. Se reconoce que ni en el sector sanitario se visualiza lo social ni en los servicios sociales se visualiza lo sanitario. La creación de una *cultura común gerontológica* supo-

ne la mejora de la comunicación, la posibilidad de la formación conjunta y la elaboración de protocolos conjuntos de intervención asistencial.

- Finalmente la necesidad sociosanitaria se contempla como un *derecho subjetivo*, el llamado derecho a la protección de la dependencia. El actual sistema protector no garantiza ese derecho sino parcialmente a través del sistema sanitario y muy secundariamente por parte de los servicios sociales. Actualmente, parte del gasto sanitario relacionado con las situaciones de dependencia es asumido por los servicios sociales *de facto*, del mismo modo que parte de la ayuda social que tendría que ser asumida por los servicios sociales es cubierta por la red sanitaria. La necesidad de clarificar estas coberturas invertidas es algo comúnmente compartido en los ámbitos profesionales sanitario y social. Pero esto es insuficiente ya que la red de servicios sociales sólo da cobertura a aquellos dependientes con bajos ingresos, expulsando a la gran mayoría de los dependientes, que tienen que financiar por sí mismos sus necesidades de atención social o cuidados personales. Sólo el derecho subjetivo a la protección de la situación de dependencia es la garantía de respuesta a la necesidad sociosanitaria. Este derecho a la ASS podría contribuir a salvar el desequilibrio existente entre el sistema sanitario y los servicios sociales, ya que mientras el sistema sanitario puede contribuir a su nivel y tentativamente a la satisfacción de la necesidad sociosanitaria por su universalidad y estructura, aunque existan limitaciones en los recursos, los servicios sociales tienen limitaciones estructurales en cuanto a la garantía del derecho a la ASS y en cuanto a recursos disponibles.

## 2. 2. Factores que inciden en el coste de la ASS

Siguiendo el esquema de factores que subyacen a la situación de dependencia del epígrafe 1.3 vamos a analizar su situación en el caso español.

### a) La población dependiente

El envejecimiento de la población por sí mismo no es un factor determinante de la dependencia, si bien es actualmente fundamental dada la estructura y dinámica de la población española. Tal como decíamos antes, el factor determinante es la esperanza de vida saludable o tasas de dependencia para cada edad. La estima-

ción de la población mayor dependiente en España actual y futura se ha realizado recientemente a partir de la Encuesta Nacional de Salud IV, de 1993, en la que se pregunta a las personas mayores acerca de su dificultad para realizar actos referidos al cuidado personal (andar, comer, levantarse, vestirse, etc.) además de otras preguntas relacionadas con la realización de actividades domésticas y asuntos propios (Rodríguez Cabrero, 1999). A los ítems de la ENS no pueden aplicarse las escalas actuales de actividades de la vida diaria (AVD) excepto de forma aproximada, como sucede igualmente con las escalas de Lawton y Katz. Sin embargo, con la ENS de 1993 se puede establecer una primera aproximación a la población dependiente española y estimar su evolución futura. Eliminando la parte de la población mayor de 65 años con dependencias leves que, en principio, no sería susceptible de protección y centrándonos en la población con alguna dependencia grave y considerable, tendríamos que en 1993 el 19,3% de la población sería dependiente y, en concreto, el 11,2% de las personas mayores tendría alguna dependencia grave y el 2,6% sería dependiente muy grave o severo. En la Tabla 2.1. podemos ver cómo la población dependiente que en 1992 era de 959.691 personas se incrementa en el año 2005 en 198.428 personas hasta llegar a 1.158.119, a un ritmo de 15.263 dependientes nuevos por año, lo que supone un crecimiento de la población mayor dependiente del 20,7% en trece años. La población dependiente estimada, grave y media, alcanzaría en el año 2010 un volumen de 1.350.941 personas.

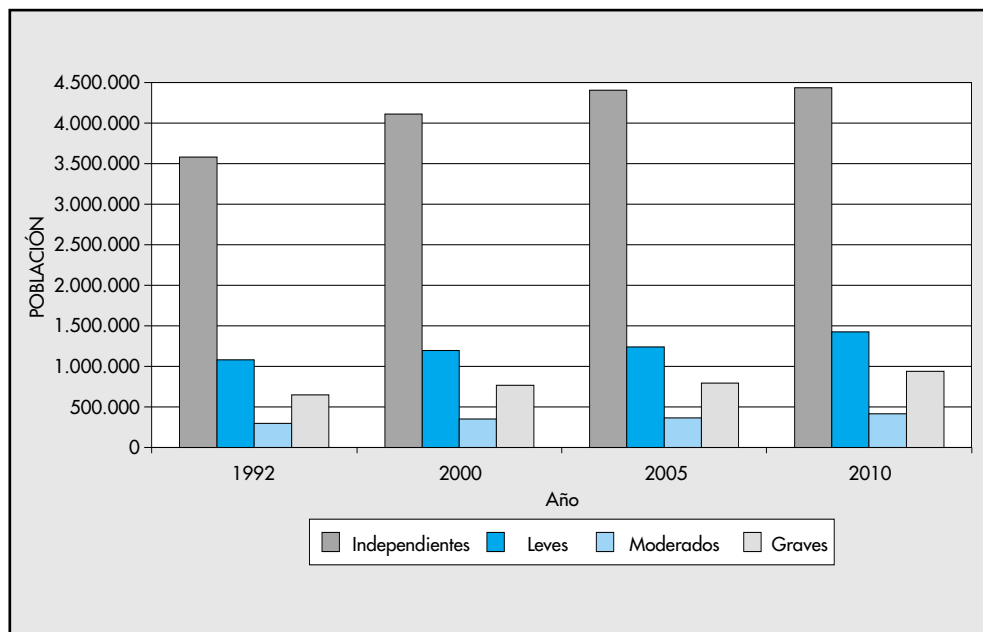
**TABLA 2.1. Estimación de la población dependiente de 65 y más años 1999-2010**

Años	Independientes	Leves	Moderados	Graves (*)
1992	3.580.049	1.078.812	296.762	646.628
2000	4.109.774	1.193.644	350.820	764.624
2005	4.403.125	1.239.663	364.581	793.538
2010	4.432.924	1.424.714	414.871	936.070
% incremento				
1992-2010	23,8	32,0	32,5	44,7

(\*) Incluye las personas dependientes severas y graves,

Fuente: Elaboración a partir Encuestas de Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ver trabajo «Protección Social de la Dependencia», 1999,

**GRÁFICO 1. Estimación de la población dependiente por edad (1992-2010)**



Si nos centramos en la población dependiente grave —suma de los dependientes severos y graves— podemos constatar su crecimiento sostenido a lo largo de un período de dieciocho años (289.442 dependientes más en el año 2010), con un ritmo de crecimiento casi el doble del que lo hace la población independiente. La población dependiente grave y severa que es el 11,2 por ciento de la población mayor de 65 años en 1992 alcanza porcentajes semejantes en los años 2000 y 2005 y se eleva al 13 por ciento en el año 2010.

Este primer dato obviamente constituye la necesidad sentida a partir de las encuestas y en modo alguno es la demanda expresada. Pero el dato de partida queda confirmado por otras fuentes con distintas metodologías. Así el PHOGUE de 1994 estima en 985.875 la población con deficiencias o cronicidades que impiden desarrollar la actividad diaria (en nuestro caso la suma de la población dependiente grave y media de 65 y más años asciende en 1992 a 959.691 personas). Un dato que, por otra vía, viene a confirmar estas macrocifras es el proporcionado por la Encuesta de Deficiencias y Discapacidades de 1999: la población de 65 y

más años con tres o más discapacidades alcanza un volumen de 988.552 personas.

A la hora de planificar los Cuidados de Larga Duración o ASS es preciso determinar los *niveles de dependencia*, primero por niveles básicos y posteriormente según indicadores precisos. Centrándonos en el primero podemos ver, siguiendo la Tabla 2.2, la distribución de la población dependiente por grados entre 1992 y el año 2010 que, como vemos, apenas cambia su composición interna a lo largo del tiempo.

La dependencia tiene, desde el punto de vista demográfico, dos rasgos conocidos:

Por una parte, el predominio del género femenino que se incrementa con la edad —como era de esperar— de forma que, por ejemplo, las mujeres son algo más de la mitad de la población dependiente. Si bien es a partir de los 80 y más años cuando el peso de las mujeres dependientes viene a constituir las dos terceras partes (ver Tabla 2.3). Ello no obsta para que constatemos cómo el crecimiento de la población masculina es superior al de las mujeres tanto en lo que se refiere a la población mayor de 65 años como, sobre todo, en la población de 80 y más.

**TABLA 2.2. Población dependiente por grados**

Niveles	Severos	Graves	Moderados
Año 1992	152.083 16,1%	494.545 52,4%	296.762 31,4%
Año 2000	174.487 15,6%	590.137 52,9%	350.820 31,5%
Año 2005	181.137 15,6%	612.401 52,8	364.581 31,6%
Año 2010	216.150 16%	719.920 53,3	414.871 30,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS 1993 y APM 1993.  
Ver «Protección Social de la dependencia», 1999.

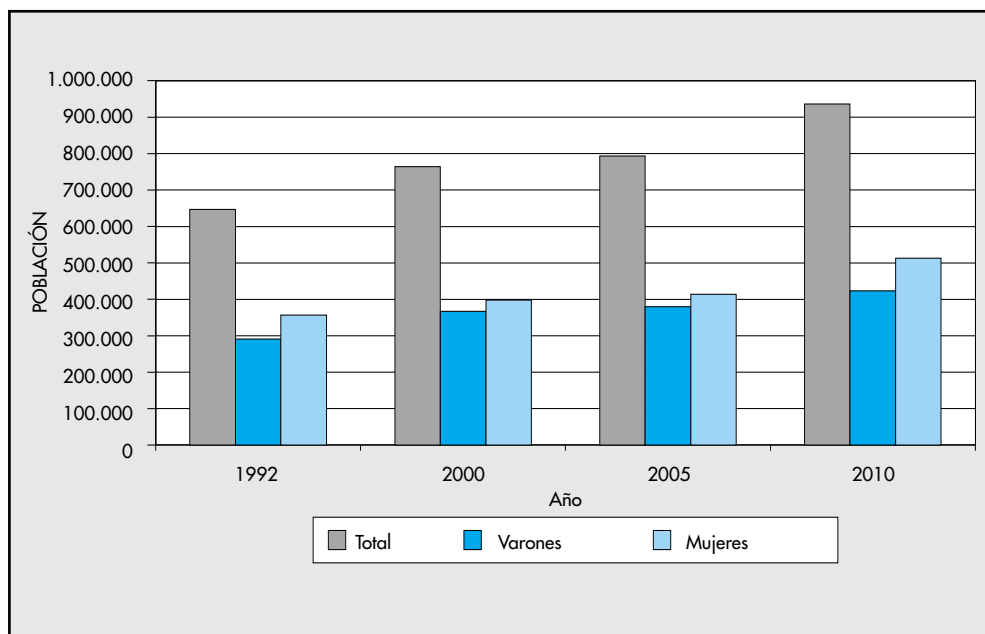
Por otra parte, la población dependiente de 80 y más años se nos revela, como también es conocido, en población diana, ya que si en 1992 era el 47 por ciento de todos los dependientes graves dicho porcentaje se incrementa al 56 por ciento en el año 2005.

Un último dato general sobre la dependencia es aquel que nos informa del porcentaje de personas dependientes sobre la población total de cada tramo de población. Este dato nos permite observar la importancia de la edad como factor de incidencia del fenómeno de la dependencia. Cuando consideramos de manera conjunta los dependientes moderados y graves las tasas por edades son mayores en los hombres que en las mujeres, pero cuando analizamos sólo los dependientes graves y severos las tasas por edades son superiores en los hombres. Así, por ejemplo, en el tramo de edad de 65 a 74 años las tasas de dependencia fluctúan en

**TABLA 2.3. Evolución de la población dependiente grave y severa según edad y género**

	Total	Varones	Mujeres
<b>POBLACIÓN MAYOR DE 65 Y MÁS AÑOS</b>			
1992	646.628	290.365	356.263
%		44,9	55,1
2000	764.624	366.941	397.683
%		48,0	52,0
2005	793.538	379.918	413.621
%		47,9	52,1
2010	936.070	422.814	513.256
%		45,1	54,9
Incremento 1992/2010	44,7	45,6	44,0
<b>POBLACIÓN DE 80 Y MÁS AÑOS</b>			
1992	306.178	102.215	203.963
%		33,4	66,7
2000	367.752	119.857	247.895
%		32,6	67,4
2005	445.174	150.678	294.496
%		3,8	66,2
2010	471.626	179.543	292.083
%		38,0	62,0
1992-2010	54,0	75,6	43,2

**GRÁFICO 2. Evolución de la población dependiente grave según edad y género (población mayor de 65 y más años)**

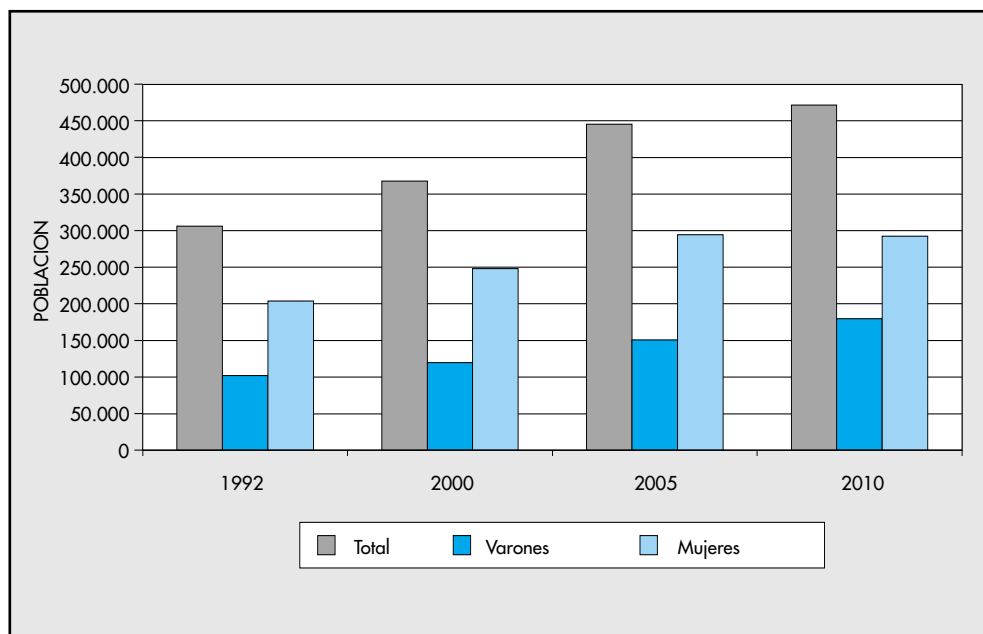


el tramo de edad de 65 a 69 años entre un mínimo de 3,7 en el caso de las mujeres y un máximo de 8,8 en el de los hombres. Mientras los varones alcanzan tasas de dependencia graves del 18 por ciento a los 79 años de edad las mujeres sólo tienen una tasa del 14,3. El tramo de 80 a 84 años de edad suponen ya un salto cualitativo tanto para hombres como para mujeres a la edad de 84 años. A partir de los 85 años las superan ya el tercio de la población y se van aproximando las tasas de dependencia de hombres y mujeres.

La planificación de los CLD requiere conocer otros aspectos básicos referentes al tipo de convivencia, equipamiento del hogar, ayuda familiar e ingresos ya que tales factores inciden en los modelos de cuidados y en su coste. De manera sintética podemos señalar aquí, siguiendo los datos de las mencionadas encuestas, lo siguiente:

- a) La mayoría de nuestros mayores conviven con su pareja o con algún familiar. Solamente el 10 por ciento de los dependientes mayores viven solos,

**GRÁFICO 3. Evolución de la población dependiente grave y severa según edad y género (población mayor de 80 y más años)**



si bien este rasgo afecta sobre todo a las mujeres (1,2,3) en comparación con los hombres (4,5). La población que vive sola es un colectivo frágil, objeto de atención preferente en cualquier programa que se proponga.

- b) Por otra parte, el equipamiento de los hogares de las personas dependientes es aún deficiente. Así, tenemos que el 66 por ciento de los hogares no tienen calefacción, que el 7 por ciento no tiene agua caliente y que el 12 por ciento no tiene cuarto de baño. Obviamente estos rasgos definen sobre todo al hogar del mundo rural, aunque no en exclusiva. Los hogares urbanos afrontan, sobre todo, el problema de las barreras y del aislamiento social.
- c) La mayoría de los dependientes, como luego veremos, dispone de ayuda informal familiar que proporcionan, sobre todo, las mujeres. Es muy escaso el porcentaje de personas dependientes que no dispone de ayuda informal, si bien este modelo puede estar cambiando con la incorporación de la mujer al trabajo y la reducción del tamaño de la familia.

- d) Finalmente, en cuanto a los ingresos de los dependientes hay que constatar una ambivalencia: por una parte, las tasas de pobreza se han reducido de manera sustancial debido al efecto redistributivo de las pensiones, el sistema sanitario y las prestaciones sociales. Pero, por otra, los niveles de ingresos de los mayores siguen siendo limitados.

### **b) Esperanza de vida sin discapacidades**

Este indicador completa al anterior en la medida en que nos proporciona información sobre lo que constituye el criterio determinante para planificar la ASS de las personas dependientes. Tal como señalan Bebbington y Bone en el caso del Reino Unido (1998) si aumenta la esperanza de vida saludable sin discapacidades ello redundará en una menor presión sobre el uso intensivo de los servicios asistenciales aunque la población mayor se incremente por el aumento de la esperanza de vida y la jubilación de las generaciones con más efectivos (las de los años sesenta). Para el caso español, según la Encuesta Nacional de Salud de 1997 (INSALUD, 1999), tenemos que la esperanza de vida a los 65 años es de 16,9 años, es decir, 81,9 (80 años para los hombres y 83,4 para las mujeres), mientras que la esperanza de vida libre de incapacidad es de 6,7 años (6,8 para hombres y 6,5 años para mujeres), de forma que a partir de los 71-72 años se incrementarían los problemas de dependencia. Siendo la edad de expectativa de incapacidad de 75 años (73 años en los hombres y 77 en las mujeres). El conocimiento del tránsito entre diferentes estados de salud requiere no sólo datos de prevalencia sino de incidencia de cara a predecir necesidades futuras de salud.

### **c) Cobertura**

En la actualidad España dispone de varios dispositivos protectores de la dependencia, además de los estrictamente sanitarios, contemplados por la Seguridad Social y las diferentes leyes de servicios sociales de las CCAA:

- En primer lugar, existe una tradición protectora en el ámbito de la Seguridad Social de prestaciones sociales, tanto contributivas como asistenciales, en favor de las personas con grave discapacidad (Aznar López, 1999). La actual prestación de ayuda de tercera persona (como versión específica de cuidados personales) es reduccionista, pues se limita al «espacio laboral» y no protege a aquellas personas mayores que se jubilaron como pensionistas por invalidez o como jubilados únicamente y devienen con el tiempo en grandes incapacitados. La «extensión» protectora de la Seguridad Social a

las edades superiores a los 65 años se ha convertido en una necesidad si tenemos en cuenta los datos de dependencia antes mencionados.

- Por otro lado, desde 1985 se está desarrollando una red de servicios sociales, sobre todo la ayuda a domicilio, que tiene vocación universal, pero que *de facto* tiene una naturaleza asistencial al estar regida por baremos de renta. En todo caso la extensión de la Ayuda a Domicilio, la Teleasistencia, los Centros de Día y la reconversión de las Residencias de Válidos en Residencias de Asistidos, y a pesar de su baja cobertura, se orienta hacia la protección de las situaciones de dependencia o cuidados de larga duración. En el mismo sentido, el sistema sanitario público, desde su universalidad, está afrontando el problema de la dependencia. Los servicios de Geriátrica, los hospitales de día, los hospitales de convalecencia, los hospitales de larga estancia y la enfermería a domicilio son, en su gran mayoría, una «extensión» del sistema de sanidad hacia la asistencia de las situaciones de dependencia.

El actual sistema de cuidados sociales supone una cobertura del 20,3 por ciento de la población dependiente tanto en prestaciones económicas como en servicios. La población con gran dependencia tiene una cobertura del 54,1 por ciento, mientras que los otros dos colectivos de dependientes graves y considerables o medios alcanza solamente el 11 por ciento (ver Tabla 2.4), con lo que la población que no tiene cobertura por parte de los servicios públicos es muy elevada: 79,7 por ciento. Dato de partida muy relevante que nos indica que el resto de la población dependiente o no tiene ningún tipo de ayuda o lo proporciona la familia, que también carga en buena medida con los cuidados de la población cubierta por los servicios y prestaciones públicas.

**TABLA 2.4. Población protegida por niveles de dependencia (1995)**

Tipo de dependencia	Población dependiente	Con protección	Sin protección
Gran dependencia	214.569 21,3	116.063 54,1	98.506 45,9
Dependientes graves	494.545 49,2	54.906 11,1	439.639 88,9
Dependientes medios	296.762 29,5	32.944 11,1	263.818 88,9
<b>TOTAL</b>	<b>1.005.876</b>	<b>203.913</b> <b>20,3</b>	<b>801.963</b> <b>79,7</b>

Fuente: Elaboración propia. En la población con gran dependencia o severos están incluidos los dependientes que viven en Residencias asistidas o mixtas.

Además, desde la perspectiva de los servicios los niveles de cobertura son también igualmente muy modestos, de forma que sería necesario un crecimiento sostenido a corto plazo para poder encarar el esfuerzo que requiere la protección de las situaciones de dependencia. En el Informe del defensor del Pueblo sobre la Asistencia Sociosanitaria (1999) se plantean unos objetivos mínimos a lograr en el año 2006, cuya cobertura es necesaria para hacer frente al problema, y cuyos datos indicamos a continuación (ver Tabla 2.5).

Esta cobertura, como puede verse, es baja y, además, desigual debido a la falta del reconocimiento del derecho de protección a la dependencia y a la diversidad de la normativa autonómica. En este sentido cabe recordar la síntesis del problema que hace Pilar Rodríguez (1999) en el mencionado Informe del Defensor del Pueblo sobre la ASS en España: «los servicios sociales no están garantizados como derecho y, dependiendo de los territorios del Estado en que vivan las personas, cuentan con diferente extensión de recursos, distintos requisitos de obtención y desigual atención profesional. No existe una ley básica que enmarque los servicios sociales en el conjunto de España y, así, obtener un servicio de apoyo en forma de una ayuda a domicilio, de una estancia diurna o de una plaza residencial puede ser relativamente fácil en algunos lugares como, por ejemplo, en el País Vasco y Navarra, y bastante más difícil en otros, como, por ejemplo, en Galicia o en Cana-

**TABLA 2.5. Cobertura actual de Servicios Sociales y objetivos mínimos de cobertura al año 2006**

Recurso	Cobertura actual	Ratio %/65+	Cobertura en 2006	Ratio %/65+	Plazas netas a crear
SAD	107.250	1,7	347.220	5	239.970
Teleasistencia	50.000	0,8	138.888	2	88.888
C. Día	12.000	0,2	87.113	2 (80+) 1 (65-80)	75.113
R. Asistidos	84.988	1,4	135.419	1,9	50.431
<b>TOTAL</b> (*)	<b>254.238</b>		<b>708.640</b>		<b>454.402</b>

(\*) El número de usuarios es bruto, ya que parte de ellos utilizan varios servicios al mismo tiempo.

Fuente: Elaboración propia e Informe del Defensor del Pueblo (1999), "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos".

rias. Funciona, además, en la oferta el principio de subsidiariedad. Esto quiere decir que los recursos suelen ofrecerse, además de en función de los presupuestos disponibles, mediante prueba de necesidad, es decir, siempre y cuando se demuestre la escasez de rentas y la falta de apoyo familiar».

#### **d) La intensidad protectora**

La intensidad protectora es el cuarto factor de coste sociosanitario, junto al factor de la población dependiente, la esperanza libre de incapacidad y la cobertura actual de la población dependiente. Los diferentes modelos de servicios sociales existentes en España de naturaleza domiciliaria son de baja intensidad. Así en el caso del SAD sólo el 16 por ciento recibe más de siete horas de ayuda a la semana. La inmensa mayoría —el 64 por ciento— no supera las cinco horas semanales y un 18 por cien recibe entre cinco y siete horas de ayuda a la semana. Incluso en el modelo vasco, el de mayor cobertura e intensidad protectora, los gravemente dependientes reciben una media de 8,75 horas semanales, cuando en el modelo de alemán de seguro público los grandes dependientes reciben, al menos, cinco horas diarias de atención.

En este sentido las opciones de intensidad protectora de servicios domiciliarios están abiertas al debate político y técnico, pero la Ley Alemana de Seguros de Cuidados de 1995 ha marcado de alguna manera una cierta doctrina sobre el particular diferenciando tres niveles de intensidad protectora: para los gravemente dependientes una protección de 24 horas o, al menos, cinco horas diarias; para los dependientes graves tres horas diarias al menos; para los dependientes considerables de, al menos, 1,30 diarias. Se trata, en este caso, de unas prestaciones ligadas al grado de dependencia. Por otra parte la cuantía de la prestación, en dinero o servicios, debe compensar el coste de la dependencia parcial o totalmente, lo que supone que no se incluyen los costes de alimentación ni alojamiento, excepto las ayudas técnicas al hogar.

Aunque la intensidad protectora en este caso se mide en horas de cuidados, un factor no desdeñable es el catálogo de servicios que se oferta, ya que un dependiente puede utilizar varios recursos a la vez (por ejemplo, SAD, CD y Teleasistencia) o recorrer durante un tiempo varios dispositivos sociales y sanitarios (por ejemplo, hospital de agudos, hospital de convalecencia, SAD y hospital de larga estancia).

El factor tiempo puede ser utilizado como hipótesis de intensidad protectora. Por su parte, la utilización de la variable catálogo de servicios sólo será posible cuando

dispongamos de estudios de recorridos tipo de costes con los que poder definir hipótesis de coste total que combinen el factor tiempo con el catálogo de servicios.

Posteriormente nos apoyaremos parcialmente en dicho modelo para establecer una hipótesis de coste mínimo de un seguro de dependencia recientemente definida (Rodríguez Cabrero, 1999), a la que nos referiremos en el epígrafe 2.4.

### **e) Modelos de cuidados**

Por modelo de cuidados prolongados entendemos aquella combinación óptima de factores de oferta que permita lograr el máximo bienestar en base a una óptima utilización de los recursos.

El modelo tradicional de asistencia a las diferentes situaciones de dependencia en España se basaba, y se sigue basando, en un esquema dual: la familia se hace cargo casi en exclusiva del problema y en los casos en que ello no es posible o en situaciones muy invalidantes se recurre a la Residencia de asistidos, que sólo es accesible para los que tienen rentas muy elevadas y para los que están por debajo de un baremo de recursos. El sistema sanitario, en este modelo, proporciona a todos y de manera gratuita la asistencia sanitaria e, incluso, en ocasiones asume parte de la carga de cuidados. En sentido contrario, también las Residencias de asistidos asumen como cuidados sociales lo que en realidad son cuidados sanitarios; incluso la familia asume tareas de carácter sanitario en el hogar al no disponer de un adecuado apoyo ambulatorio.

Los cambios que se plantean actualmente tienen que tener en cuenta que la propia población de personas mayores ha asumido masivamente en España modos de vida independiente viviendo en sus domicilios. Ello significa que el modelo de atención domiciliaria y los soportes al mismo constituyen el núcleo determinante de la atención. De hecho, el soporte a domicilio se ha reforzado durante los últimos tres lustros generándose un sistema de cuidados comunitario constituido por el SAD, los Centros de día, la Teleasistencia, las prestaciones técnicas del hogar y los programas de respiro. En esta estructura es donde debe concentrarse, a nuestro entender, el esfuerzo de intervención, en coordinación con los Centros de Atención Primaria del sistema sanitario, sobre todo, para las edades comprendidas entre los 65 y los 85 años.

En este esquema los recursos residenciales están subordinados a la estructura comunitaria y reducidos a los casos de severa invalidez física y/o mental o para

necesidades de recuperación y convalecencia después de procesos agudos. En este último caso la carga sanitaria aumenta bien directa (Hospital de Día, Hospital de Larga Estancia o de Convalecencia), bien indirectamente (Residencia de Asistidos).

Un modelo de este tipo requiere, obviamente, la integración de recursos sociales y sanitarios, así como un elevado grado de coordinación institucional (niveles de Gobierno central, regional y local) y funcional (entre sistema sanitario y los servicios sociales en las diferentes zonas de salud).

Finalmente, el modelo general supone el apoyo al cuidador bien en forma de prestaciones económicas que compensen el trabajo de cuidados, bien en forma de servicios de apoyo y/o sustitución. En efecto, no cabe pensar razonablemente que la mujer cuidadora siga prestando el número actual de horas de apoyo informal sin menoscabo de su integración sociolaboral y bienestar personal. A ello nos referiremos posteriormente. Los compromisos morales tradicionales basados en el trabajo gratuito de la mujer cuidadora no son viables a medio-largo plazo. Junto al reparto de la carga de cuidados en el seno de los hogares es urgente el concurso activo de las Administraciones públicas, ya que el problema superará la capacidad de la familia cuidadora tradicional en los años venideros.

## **f) Los cuidados informales**

El factor cuidados informales es crucial en España. Disponemos actualmente de múltiples trabajos y encuestas que dan cuenta cumplida del papel estratégico de la familia y de las mujeres en la provisión de cuidados de larga duración. Aquí citaremos dos de dichos trabajos a modo de ejemplo:

1. En primer lugar, en el trabajo omnicomprensivo de María Angeles Durán (1999) se analizan con detalle los costes de tiempo no-mercancía generados por el cuidado de salud a partir del análisis de múltiples encuestas sanitarias, sobre personas mayores y, en general, sobre trabajo no remunerado. Se observa que «las demandas de tiempo-mercancía o monetarizado son sólo una parte pequeña —aunque muy cualificada— en el conjunto de las demandas de tiempo generadas por el cuidado de la salud». Los datos que se ofrecen para el caso de la CA de Madrid en lo referente al cuidado de personas mayores son muy similares a los que resultan de las encues-

tas del IMSERSO, a las que nos referiremos en el punto siguiente, tal como podemos ver en la Tabla 2.6:

**TABLA 2.6. Tiempo de cuidado a personas mayores en la CA de Madrid (horas semanales)**

1. Un mayor .....	16,9 horas
2. Entre 65-74 años .....	4,8
3. Entre 75-84 años .....	20,8
4. Mayor de 85 años .....	23,8

Fuente: *Los costes invisibles de la enfermedad* (1999). M<sup>a</sup> Angeles Durán.

- En las encuestas del IMSERSO también se analiza el tiempo de cuidados a las personas mayores cuyos datos vienen a coincidir de manera aproximada con los de la Encuesta sobre Trabajo no Remunerado de la Comunidad de Madrid. Ahora bien, cuando se considera la población mayor dependiente el tiempo de cuidados informales se incrementa tal como podemos ver a continuación (Tabla 2.7).

**TABLA 2.7. Tiempo de cuidados informales a personas dependientes, por semana y año**

	Horas semana	Horas anuales
Total dependientes .....	22,3	1.160
65-74 años .....	15,5	806
75-79 años .....	18,4	957
80 y más años .....	30,2	1.570
Dependientes graves .....	38,9	2.023
65-74 años .....	33,9	1.763
75-79 años .....	31,9	1.659
80 y más años .....	43,7	2.272

Fuente: *Protección Social de la dependencia*. MTAS (1999).

El problema, como observa la mencionada autora, es que la reserva estructural de mano de obra femenina al servicio de las personas mayores está sufriendo cambios muy profundos. No se duda de que la familia seguirá jugando un papel importante en los cuidados personales y sanitarios de las personas dependientes. El problema es que el reparto actual se modificará y la actividad de cuidados tendrá que tener un reconocimiento y un apoyo por parte de la sociedad y de las Administraciones públicas. Por ello en cualquier modelo de cuidados prolongados proyectado hacia el futuro habrá que rediseñar el volumen actual, que tenderá a la baja por razones demográficas, su composición y la intensidad del tiempo de cuidados.

### **2.3. Políticas, modelos sociosanitarios y planes de atención a personas mayores**

Analizar los modelos de ASS en España resulta particularmente complejo ya que existe una amplia variedad de programas y políticas, cuya disparidad procede de diferentes causas:

- a) La existencia o no de competencias transferidas en materia sanitaria a las CCAA.
- b) El distinto grado de solidez de los sistemas de servicios sociales tanto en el reconocimiento de derechos como en lo que se refiere a los recursos existentes.
- c) La existencia de consenso en las CCAA sobre la necesidad de la ASS.
- d) La mayor o menor capacidad real de CSS entre los profesionales sanitarios y sociales.

Esta complejidad obliga a diferenciar dos grandes niveles de políticas de ASS: las Políticas de las Administraciones centrales y las políticas autonómicas. A su vez en este último podemos diferenciar entre tres niveles de desarrollo: programas sociosanitarios *strictu sensu*, planes de atención a personas mayores y planes de salud. Nos referiremos a cada uno de ellos con algunos ejemplos concretos de cara a enfatizar en la necesidad imperiosa de una mayor coordinación entre Administraciones, si es que se opta por un sistema de ASS equitativo en todo el territorio del Estado.

## **A) Las políticas públicas de las *Administración Central* en materia sociosanitaria a partir de la reserva estatal de coordinación general de políticas y promoción de políticas sociales solidarias.**

Las iniciativas de la Administración Central en materia de atención sociosanitaria son diversas pero, igualmente, convergentes. Así tenemos que destacar las siguientes:

### **A.1) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales**

- *El Plan Gerontológico de 1992-97*, que hace referencia a la problemática sanitaria y social de las personas con dependencia. El Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal evalúa positivamente los resultados de la integración y coordinación de los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales a través de las experiencias de coordinación sociosanitaria como el Plan Andaluz de Atención Integral de Mayores, el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, el Programa Vida a los Años de Cataluña, el Plan de Salud de Extremadura 1997-2000, entre otros. Su fuerza ha sido la de impulsar el debate sobre la necesidad de la CSS y la protección de la necesidad de dependencia.
- *El Plan Gerontológico Estatal: Plan de acción para las Personas Mayores 2000-2005* (5º borrador, de mayo de 2000) contempla en el Área 1, «Igualdad de Oportunidades», estrategias de «desarrollo de un sistema integral de atención a las personas en situación de dependencia», mejorando la coordinación con otros planes y promoviendo la inclusión del riesgo de dependencia como contingencia de la Seguridad Social. El Plan prevé también garantizar la igualdad territorial en el acceso a las prestaciones y servicios, actualmente muy desequilibrada, consensuando un catálogo de prestaciones sociales y sociosanitarias que puedan converger en *derechos universales*.
- *Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias 1999-2005*, en fase de definición y aprobación, que define una estrategia diferenciada para un colectivo cuyas tasas de prevalencia en el año 2000 se estiman entre un máximo de 669.478 y 334.724 personas mayores de 65 años, es decir, tasas situadas

entre el 10 y el 5 por ciento de la población mayor. El impacto social, económico y familiar es de tal intensidad en el caso de las demencias que requiere un plan específico para este colectivo y las familias afectadas.

## A.2) Actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo

- Los «*Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores*» de 1995 donde se configura un esquema de servicios de atención a las personas mayores que sea integral, interdisciplinar y rehabilitador, sobre todo referido a las personas mayores, que define como frágiles o de alto riesgo, con edad de 80 o más años y los pacientes geriátricos con procesos incapacitantes y que tienen 75 o más años. Se definen los servicios de atención primaria y especializada dirigidos a la población, así como las necesidades de servicios sociales. La Comisión Sociosanitaria de Área se constituye en órgano interinstitucional de valoración, asignación, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores, tal como antes señalamos.
- *Plan estratégico del INSALUD* de 1997, que adopta como estrategia la Atención Sociosanitaria (Cap. 5): Coordinación integrada de recursos sanitarios y sociales, coordinación interdisciplinar y responsabilidad de la Atención Primaria en la CSS.
- *Plan Calidad del INSALUD* de 1999, como desarrollo del plan estratégico y regulación de las Cartas de Servicios (R. D. 1.259/1999).
- *Creación de los ESAD* (Equipos de Soporte de Ayuda a Domicilio) de 1999 de atención primaria y hospitalaria a la Tercera Edad y, en general, a pacientes muy dependientes y terminales.

## A.3) Actuación conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

- El *Acuerdo Marco de 1993* entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales y Convenio Interministerial para la

Atención Sociosanitaria de las Personas Mayores que pone en marcha en diferentes Áreas de Salud del INSALUD *Comisiones Sociosanitarias de Área* para valorar, asignar recursos, planificar y evaluar los programas de atención a las personas mayores desde una perspectiva de integración de recursos sanitarios y sociales.

Ambas iniciativas, que forman parte de un mismo proceso, no suponen tanto un crecimiento de los recursos empleados en la atención sociosanitaria cuanto un cambio de perspectiva en la atención de las personas con dependencia, ensayos de metodologías de intervención y la disposición de un marco institucional favorable a la CSS. Al mismo tiempo la racionalización de los recursos sanitarios dirigidos a las personas mayores ha sido una política permanente a lo largo de la última década en parte posibilitada por la competencia central en materia sanitaria en el territorio INSALUD. Una vez que la transferencia de competencias se haya completado la estrategia de la Administración Central necesariamente tiene que cambiar reforzando los programas de coordinación y las políticas de equidad interterritorial. Es el mismo caso del IMSERSO, cuyo margen de intervención se ha visto limitado a medida que se han producido las transferencias de servicios. Su papel, sin embargo, ha sido crucial en el debate sobre la dependencia y en la creación de un clima favorable al consenso de programas sociosanitarios.

En todo caso, el cambio de orientación en la atención sociosanitaria es positivo tanto a nivel sanitario (creación de hospitales de día, unidades de convalecencia, unidades de agudos específicas en un nuevo esquema de intervención basado en los EVCG) como a nivel de servicios sociales (que se orienta a la potenciación de servicios comunitarios básicos, como el SAD, y de carácter intermedio, como es el Centro de Día). Sin embargo, las limitaciones presupuestarias, la falta de definición respecto de recursos necesarios pero de alto coste de inversión (Residencias asistidas, larga estancia) y la baja implicación de las Administraciones Territoriales en el desarrollo del nuevo modelo limitan su desarrollo.

## B) Programas y Planes de las CCAA

### B.1) *Programas Sociosanitarios*

Entendemos por Programas Sociosanitarios a aquellos que se caracterizan por crear una red específica de servicios sociosanitarios o espacios sociosanitarios, se dirigen a toda la población con necesidades sociosanitarias y su orientación dominante es en unos casos sanitaria (Cataluña, Castilla y León, Valencia), en otros social (País Vasco) y en otros mixta (Galicia y Cantabria).

Dentro de este grupo cabe mencionar seis programas: El Programa Vida als Anys, el Programa Sociosanitario de Castilla y León, el Programa PASOS de Galicia, los Programas Sociosanitarios de las Diputaciones del País Vasco, el Programa PALET de la Comunidad Valenciana y el proyecto del Programa Sociosanitario de Cantabria. Sus características básicas vienen reflejadas en la Tabla 2.8.

**TABLA 2.8. Programas Sociosanitarios**

Denominación	Programa Vida Al Anys Cataluña O. 29-5-1986	Plan de Atención sociosanitaria Castilla y León D. 16/1998	Programa Pasos Galicia D. 48/1998
DEFINICIÓN SOCIO SANITARIA	Red Específica. Continuo sociosanitario.	Red de Asistencia Sociosanitaria. Espacio sociosanitario. Integración de sistemas.	Coordinación sociosanitaria. Continuo Asistencial.
CRITERIOS MODELO	Integral, global, Interdisciplinar.	Integral, interdisciplinar, rehabilitador.	Integral, multidisciplinar y sinérgico.
POBLACIÓN OBJETIVO	Toda la población con problemas de dependencia. Especial referencia a personas mayores, enfermos mentales y terminales.	Toda la población con problemas de dependencia. Especial referencia a personas mayores (18,9% dependientes —85.000— de los que 7,8 son graves: 35.000 personas).	Toda la población dependiente: mayores, enfermos mentales, discapacitados y enfermos terminales. Población mayor dependiente: 17% —82.966— de los que 7% son graves: 34.000.

(Continúa)

**TABLA 2.8. Programas Sociosanitarios** (continuación)

Denominación	Programa Vida Al Anys Cataluña O. 29-5-1986	Plan de Atención sociosanitaria Castilla y León D. 16/1998	Programa Pasos Galicia D. 48/1998
IDENTIFICACIÓN/ VALORACIÓN NECESIDAD	Comisiones de Coordinación por Áreas de Salud. Equipos de gestión de casos multidisciplinares.	Comisiones de Coordinación por Áreas de Salud. Equipos de Gestión de Casos, equipos de atención primaria, equipos de acción social.	Equipos de valoración multidisciplinares.
RECURSOS	a) Sociosanitarios: U. Larga Estancia, convalecencia, cuidados paliativos, Sida. b) Servicios alternativos: Hospital día, programa de atención domiciliaria o PADES, UFISS.	U. Hospitalarias paliativas, Centros regionales Referencia, U. hospitalarias de referencia, U. Larga estancia. U. Asistidos Demencias, Hospital Día, Centros Acción Social, Centros Base Minusválidos.	a) U. Internamiento. Larga estancia, larga estancia psicogeriátrica. b) Asistencia domiciliaria sanitaria y social. PADSS.
FINANCIACIÓN	Cofinanciación de SCS e ICASS con sistema de copago en función de grado de dependencia y recursos.	Presupuesto público de 50.000 M. más copago en función de recursos.	Módulos de financiación con copago en función de recursos.
Denominación	Programas sociosanitarios Diputaciones vascas	Programa PIASS (Palet) Valencia O. 30-3-95 D. 16/1998	Proyecto Plan de acción sociosanitario para el mayor 1999-2005
DEFINICIÓN SOCIO SANITARIA	Espacio sociosanitario.	Ámbito sociosanitario de intervención de las redes sanitaria y social con predominio sanitario.	Sistema de ASS integral.
CRITERIOS DEL MODELO	Integral, coordinación e interdisciplinar.	Integral, interdisciplinar, rehabilitador, integrado.	Integral, multidisciplinar, comunitario, rehabilitador, flexible.

(Continúa)

**TABLA 2.8. Programas Sociosanitarios** (continuación)

Denominación	Programas sociosanitarios Diputaciones vascas	Programa PIASS (Palet) Valencia O. 30-3-95 D. 16/1998	Proyecto Plan de acción sociosanitario para el mayor 1999-2005
POBLACIÓN OBJETIVO	Personas mayores dependientes, pacientes terminales y discapacitados. Especial atención psicogerátrica.	Pacientes con cronicidad avanzada y terminales. 100.000 personas.	Personas mayores dependientes.
IDENTIFICACIÓN/ VALORACIÓN NECESIDAD	Comisiones territoriales y sectoriales de CSS.	Comisiones de Coordinación autonómica por Áreas de Salud.	Comisión Sociosanitaria de Área y equipo de gestores de casos.
RECURSOS	Predominio de la red de servicios sociales comunitarios e institucionales.	Adecuación de recursos existentes de tipo institucional y ambulatorio y domiciliario, sanitarios y sociales.	Potenciar red de servicios sociales y redes naturales de atención sociosanitaria.
FINANCIACIÓN	Acuerdos de compensación de costes entre sanidad y servicios sociales.	No específica.	Modelo sanitario gratuito. Modelo social en función de recursos.

A continuación analizamos los rasgos más relevantes de cada uno de dichos programas sociosanitarios. Dado que aquí no podemos hacer un análisis crítico de cada programa en detalle enfatizaremos en la «problemática de la financiación» ya que constituye el objetivo final de este trabajo.

1. *El Programa Vida Als Anys*, que nace en 1986, es la primera iniciativa sociosanitaria que tiene lugar en España. Surge en el propio Servicio Catalán de Salud, dirigido en principio a colectivos con más de 60 años que sufren enfermedades crónicas invalidantes, gran dependencia, demencias agudas y enfermedades terminales. Posteriormente se amplía a la población general con dependencias graves.

Se apoya en una red de recursos específica, de orientación y dominio sanitario, tal como los Programas de Atención a Domicilio o PADES, Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS), Hospitales de Día de

carácter sociosanitario, Hospitales y servicios de Larga Estancia y de Convalecencia. Los módulos sanitario y social se financian por cada nivel institucional, sistema sanitario y servicios sociales, en colaboración con la aportación del usuario.

La orientación excesivamente sanitaria del modelo, como mecanismo de racionalización de recursos del sistema hospitalario, plantea problemas de coordinación efectiva con los servicios sociales, así como el sistema de financiación. Sin embargo, el reciente sistema de gestión de casos y la diversificación de la financiación en función del grado de dependencia constituyen elementos de perfeccionamiento de un sistema que es aún un referente para muchos de los programas autonómicos de carácter sociosanitario.

Independientemente de la subordinación del sistema de servicios sociales al sistema sanitario en el origen del modelo sociosanitario, es lo cierto que la debilidad estructural de aquéllos sigue siendo el principal problema para el desarrollo de lo que es el verdadero núcleo de lo sociosanitario: los cuidados de larga duración que, fundamentalmente, aunque no en exclusiva, son sociales.

El modelo catalán tiene en estos momentos tres retos de futuro. El primero se refiere al desarrollo del modelo: el perfeccionamiento de una organización de servicios diferente debido a la presión del cambio social y profesional. El segundo, el más difícil y complejo, es el referente a la coordinación de los servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios, en el que intervienen factores históricos, de cultura profesional y de organización. El tercero es la conversión de la red sociosanitaria de hecho en una realidad de derecho cuya realidad dependerá en buena medida del desarrollo de la atención sociosanitaria en otras CCAA.

No podemos ocultar que la realidad del modelo sociosanitario catalán como red sociosanitaria específica contrasta con otras orientaciones diferentes que plantean no tanto la creación de una red sociosanitaria cuanto la coordinación de los actuales recursos, potenciando, a su vez, la necesaria expansión de los servicios sociales, sin los que no es posible un desarrollo efectivo de la atención sociosanitaria.

Desde el punto de vista de la financiación el programa es gratuito en lo que se refiere al sistema sanitario y establece un pago o copago como mecanismo de

financiación de los servicios sociales. Con lo que se cristaliza un modelo dual y desigual de financiación del programa.

2. *El Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León* se inicia con el Decreto 16/1998, de 29 de enero, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Su orientación es predominantemente sanitaria, si bien no en exclusiva, ya que el Plan de ASS es parte del Plan de Salud de dicha Comunidad si bien se apoya en el Sistema de Acción Social.

Su objetivo es crear una Red de ASS de recursos ambulatorios, hospitalarios y de Residencias de media y larga estancia, así como fomentar alternativas asistenciales. Pero al mismo tiempo, se pretende lograr una «integración» suficiente de los dos sistemas fomentando la creación de un espacio sociosanitario.

El Plan se concreta en programas específicos: enfermedades crónicas que abocan a una fase terminal, enfermedades degenerativas (Alzheimer) patologías asociadas y no asociadas al envejecimiento, patologías psiquiátricas de larga evolución y mal pronóstico y atención temprana de grupos de alto riesgo.

El Plan define los criterios básicos del modelo de ASS: integral, interdisciplinar y rehabilitador. Al mismo tiempo el modelo organizativo de recursos pretende ser global, flexible y de implantación gradual y armónica. En cada Área de Salud se crea una Comisión de Dirección de la ASS de la que forman parte centros, servicios y equipos de gestión de casos con un coordinador por Área.

La financiación del Plan es pública (aportación de las Administraciones Públicas, créditos no especificados de la UE y subvenciones) junto a una dotación inicial de 50.000 millones de pesetas. A ello hay que añadir el copago individual y aportaciones de entidades privadas colaboradoras.

3. *El Programa Sociosanitario de Galicia o Programa PASOS* se empieza a implantar en 1998 con el horizonte de 2001. Depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y a través de una subdirección general articula la problemática sociosanitaria más como un instrumento de apoyo y dinamización que como una unidad administrativa.

El modelo se orienta a la valoración integral de la persona dependiente desde un enfoque profesional interdisciplinar y en base a un modelo organizativo que pretende garantizar un continuo asistencial.

La cobertura sociosanitaria que se pretende es amplia: enfermos mentales crónicos, personas mayores con pluripatología, minusvalías y enfermos terminales.

El Programa no pone en marcha una red asistencial específica sino que pretende «reorientar» los servicios actuales y futuros para que den respuesta a las necesidades sociales y sanitarias bajo la lógica de la integración. Al mismo tiempo trata de establecer una metodología específica de trabajo basada en la valoración multidimensional de la persona dependiente y su concreción en un plan de cuidados individualizado. Se enfatiza tanto en la atención primaria como en la especializada (UCSS) a partir del reconocimiento de que los recursos son aún escasos aunque crecientes, mal distribuidos territorialmente y escasamente diversificados ya que predomina el internamiento. Por lo que el programa se centra en potenciar las UCSS, dinamizar la atención sociosanitaria y desarrollar recursos no institucionales.

Siendo un programa de producción mixta el Programa PASOS ha establecido un «sistema de concertación y acreditación de centros sociosanitarios» en función de las modalidades de asistencia así como módulos económicos concertados anuales para cada servicio sociosanitario (media estancia, larga estancia y asistencia domiciliaria).

En todo caso, así como la asistencia sanitaria es gratuita la atención social depende de la disponibilidad de recursos y de la cofinanciación de los usuarios bajo prueba de recursos. Como en otros programas se establece un dualismo en cuanto a la financiación de los servicios por parte de los usuarios que genera desigualdades.

4. *Programa PALET.* El Programa PALET (Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, a Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal) es un programa de actuación sanitaria dirigido a los colectivos antes mencionados que constituyen una nueva forma de demanda como consecuencia del envejecimiento de la población y que se estima en unas cien mil personas.

Para hacer frente a esta nueva demanda el Gobierno de la Comunidad Valenciana estableció un acuerdo para desarrollar y perfeccionar el Programa PALET en el sentido de potenciar la CSS evitando la creación de redes paralelas de atención en un ámbito fronterizo en el que intervienen dos redes con diferente intensidad según los casos (Acuerdo de 16 de mayo de 1995 del Gobierno valenciano en materia sociosanitaria).

El Programa, de naturaleza integral y rehabilitadora, tiene como objetivos no tanto la curación cuanto el aumento de la supervivencia y la mejora de la calidad de vida de las personas dependientes. El Programa es de predominio sanitario ya que la dirección y la gestión cae bajo el Servicio Valenciano de Salud.

Obviamente, el Programa selecciona a una parte sustantiva de las personas dependientes cuyo impacto en la asistencia sanitaria es elevado en términos de cuidados y de coste. De hecho, se pretende que el PALET no entre de manera innecesaria en el Hospital General potenciando la hospitalización domiciliaria (Orden de 26 de mayo de 1995), las unidades de convalecencia, rehabilitación, cuidados paliativos, de psicogeriatría y de larga estancia (Orden de 13 de octubre de 1997). Bajo este enfoque el programa plantea la necesidad de crear plazas de Residencia para grandes dependientes o sustituyendo las plazas de válidos por las de asistidos. Igualmente, como entre el 90 y el 95 por ciento de los pacientes PALET requieren atención domiciliaria de manera permanente o temporal, se plantea el desarrollo de dicha atención a través de equipos de atención primaria sanitarios y equipos sociales de base en servicios sociales junto al desarrollo del voluntariado.

El Programa no especifica el sistema de financiación de la ASS. Como en otros programas parece deducirse que la atención sanitaria es gratuita, mientras que la gratuidad de los servicios sociales depende de la renta del paciente.

5. *Plan de Acción Sociosanitaria del Mayor de Cantabria 1999-2005*. El Plan de Acción Sociosanitaria del Mayor de Cantabria se plantea como un sistema de ASS integral dirigido a las personas mayores. Su óptica es sociosanitaria, si bien con un gran énfasis en los servicios sociales, tanto comunitarios como institucionales, ya que el programa pretende «potenciar los cuidados necesarios para que el mayor se mantenga en su entorno

social en las condiciones más óptimas», al mismo tiempo que tiene entre sus objetivos la potenciación de las «redes naturales» de atención a las personas dependientes.

En todo caso el objetivo central del programa es «garantizar una atención integral sociosanitaria al mayor», para lo cual se propone crear un Consejo Autonómico del Plan de Atención Sociosanitario (CASYS), Comisiones Sociosanitarias de Área y un Equipo Técnico de Gestores de Casos que establezcan en cada caso la red de servicios sociosanitarios necesarios. Se da una importancia especial a la acreditación de centros sociales, sanitarios y mixtos, proponiéndose la creación de un órgano único de regulación.

En lo que se refiere a la financiación el programa es explícito: los servicios sanitarios se rigen por el criterio de igualdad, equidad y gratuidad. Los servicios sociales serán financiados «por el usuario de acuerdo a la aportación económica que se establezca en cada caso. La Administración, y de forma subsidiaria, cubrirá la parte que la persona por falta de recursos no pueda hacer frente. En el caso de que un mayor tenga poco dinero circulante pero sí tenga patrimonio, inmuebles u otros valores, la Administración deberá legislar las formas o mecanismos por los cuales el usuario pueda hacer frente a la deuda devengada».

Es decir, el coste total de la prestación se divide en dos módulos: por una parte, la atención médica, enfermería y rehabilitación, y, por otra, un módulo social en el que se incluye el coste hostelero y todos aquellos servicios no reconocidos como prestación universal y gratuita que, como decimos, será financiado en base al principio de «plena responsabilidad patrimonial de la persona por el usuario». Se propone que en la futura ordenación del modelo de financiación se deberá contemplar el reconocimiento de deuda, la intransmisibilidad del patrimonio del usuario en el tiempo que esté en el centro o en lista de espera y la prescripción de deuda o personas obligadas al pago de la misma. El proyecto no especifica qué parte de la atención social debe ser gratuita cuando se trata de la ASS de personas dependientes una vez garantizada la plena gratuidad de la atención sanitaria.

6. *Programas Sociosanitarios de las Diputaciones Vascas.* No existe en cuanto tal un Programa Sociosanitario Vasco. Lo que existe son tres modelos sociosanitarios pertenecientes a las Diputaciones Forales de Vizcaya, Gui-

púzcoa y Álava, si bien entre ambos existen importantes semejanzas. Por otra parte, todos los programas forales tienen un doble marco regulador: por una parte, la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales y, por otra, la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que tienen, entre otros objetivos, el logro de la universalización de las prestaciones sanitarias y sociales.

El modelo sociosanitario vasco se caracteriza por la importancia central del rol de los servicios sociales en la ASS y una especial incidencia en los problemas de salud mental. Forma parte de una larga tradición en la que la cobertura de los servicios sociales y su intensidad protectora es muy superior a la media del Estado. Basten algunos ejemplos que tiene que ver con los programas de coste que luego se analizarán:

- La cobertura del SAD es del 1,98 en Madrid, en Cataluña 1,71, en Castilla-La Mancha 2,54 y en Álava 5,63, con intensidades promedio de horas/usuario/mes de 18, 19, 35, 20 y 28,25 horas, respectivamente.
- La cobertura de Centros de Día como porcentaje de la población de 65 y más años es del 0,17 en Madrid, 0,23 en Cataluña, 0,08 en Castilla-La Mancha y 0,90 en Álava.
- La cobertura residencial de personas dependientes como porcentaje de la población de 65 y más años: 1,36 en Madrid, 2,58 en Cataluña, 0,56 en Castilla-La Mancha y 1,96 en Álava.

En este contexto hay que comprender el desarrollo del denominado espacio sociosanitario vasco, que se basa en *Acuerdos-Marco de colaboración* entre el Servicio Vasco de Salud y los Departamentos de Servicios Sociales de las Diputaciones Vascas, que se coordinan para crear lo que se denomina «*espacio sociosanitario*» y que tiene como objetivo crear una sinergia de gestión en beneficio de los usuarios actuando en las zonas fronterizas de lo social y lo sanitario.

Un breve recorrido por los tres Acuerdos existentes puede poner de manifiesto su importancia:

- a) *Convenio de Cooperación entre el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Álava* de 1993 para mejorar y racionalizar la cobertura de la aten-

ción psicogerítrica en el territorio histórico de Álava, que tiene entre sus objetivos: aumentar la atención psicogerítrica ambulatoria y domiciliaria así como desarrollar el apoyo psiquiátrico a las Residencias. También el desarrollo por el Instituto Foral de Bienestar Social de estructuras intermedias como son los Centros de Día y la agilización de derivación entre Hospitales Psiquiátricos y Residencias compensando el coste.

En el mismo sentido cabe mencionar el Convenio de 1995 entre el Instituto Foral de Álava y el Servicio Vasco de Salud para la realización de servicios sociosanitarios compensados. En este caso concreto la compensación de costes es como sigue: el Instituto Foral de Bienestar Social utiliza camas del Hospital de Leza para alojar ancianos con discapacidades físicas y/o psíquicas a cambio de que el Centro Especial de Empleo mantenga los servicios de lencería del Hospital Psiquiátrico de Álava.

- b) *Acuerdo-Marco entre el Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Guipúzcoa* en 1996 para desarrollar la atención sociosanitaria no sólo en el caso de las personas mayores dependientes, sino también en otros colectivos, como enfermos terminales, enfermos con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales y toxicómanos con diferentes edades.

Se crean para el desarrollo del Acuerdo una Comisión Territorial y Comisiones Sectoriales de coordinación sociosanitaria para aplicar programas compartidos con los que atender a personas mayores con problemas fronterizos entre la hospitalización y las Residencias asistidas, así como valorar minusvalías, atender los problemas de salud mental en Residencias y desarrollar la atención comunitaria social y sanitaria.

- c) *Acuerdo-marco entre el Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Vizcaya* en 1998 con objetivos similares a los del acuerdo-marco de Guipúzcoa. Es decir, por una parte, se definen los colectivos objeto prioritario de la ASS, como son personas mayores dependientes, minusvalías, enfermedades crónicas, enfermedades terminales, drogo-dependencias y personas sometidas a abusos y malos tratos. Por otra parte, se crean comisiones técnicas que desarrollen los objetivos de la comisión mixta sanidad/servicios sociales, como son:

- La residencialización de personas hospitalizadas que estén en alta médica y precisen de ayuda social y la prestación sanitaria a personas que viven en Residencias.
- Los problemas de la residencialización de personas ingresadas en Hospitales Psiquiátricos y de personas que viven en Residencias y tienen problemas de salud mental.

## **B.2) Planes de Atención a Personas Mayores**

Son planes de Atención a Personas Mayores aquellos que tratan de potenciar la CSS, se dirigen sobre todo a las personas mayores y su orientación es fundamentalmente social o de cuidados sociales.

Aquí podemos mencionar como planes de referencia el de Andalucía, Madrid y Castilla-La Mancha, si bien no agotan la lista de planes existentes.

### *a) Red Sociosanitaria de Andalucía.*

El Capítulo V de la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía (Ley 6/1999) regula la ASS dirigida a las personas mayores que tengan un alto grado de dependencia, especialización en los cuidados e insuficiencia de apoyo familiar y requieran ser atendidos conjuntamente por los recursos sanitarios y sociales.

La ley andaluza configura una «red sociosanitaria» (art. 26) a determinar reglamentariamente y compuesta por servicios de todas las Administraciones regionales y locales más los de entidades privadas colaboradoras. Las prestaciones sociosanitarias estarán compuestas, entre otras, por la atención domiciliaria, atención en períodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos, atención en estancias diurnas y atención de larga duración.

Esta ley, a diferencia de los planes que siguen, aborda el problema de la financiación, señalando (art. 28) que estará compuesta por los presupuestos públicos que se integren en el objetivo sociosanitario, subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares y la participación de los usuarios en el coste de los servicios de acuerdo con el principio de prueba de medios que regula el art. 22

de dicha ley, es decir, «serán computadas tanto las rentas y bienes de la persona mayor como los de aquellos obligados a prestarle alimentos, sin perjuicio de que las personas que carezcan de recursos suficientes para abonar su importe tengan derecho a la exención o bonificación del pago del coste de los servicios que reciban».

b) *El Programa de Envejecimiento de Castilla-La Mancha*

El programa sociosanitario de esta Comunidad se basa en el Plan de Atención a las Personas Mayores 1998-2002, cuyo punto de partida es el Plan Regional de Solidaridad (Ley 5/1995). El Plan se plantea «desarrollar nuevas formas de intervención social y de coordinación sociosanitaria para dar respuesta a las nuevas necesidades y demandas de las personas mayores» y sus criterios fundamentales son los de enfoque integral de las necesidades, coordinación efectiva entre Administraciones, colaboración con la iniciativa social, racionalización en la utilización de los recursos e integración social.

Desde este enfoque general el Programa se plantea varios objetivos coincidentes en servicios sociales y en sanidad de cara a la construcción de una atención sociosanitaria.

Así, desde la óptica de los servicios sociales, es un objetivo la atención integral a domicilio con una expansión de la cobertura superior al 5 por ciento (el 8 por ciento para los mayores de 80 años), el desarrollo de una Red de Centros de Día psicogerriátricos y la garantía de una plaza residencial para toda persona en estado de dependencia.

En el caso del sistema sanitario se pretende hacer operativos los objetivos del Plan de Salud de Castilla-La Mancha 1995-2000 y, concretamente, implantar protocolos de evaluación sobre la situación sociosanitaria de las personas mayores, servicios sociosanitarios domiciliarios, desarrollo de Unidades Geriátricas por cada Área de Salud y coordinación con los servicios sociales para la adecuada atención sociosanitaria en Residencias asistidas, definición de protocolos de derivación y creación de Centros de Día sociosanitarios.

El carácter emergente de este Programa impide hacer mayores consideraciones sobre su desarrollo concreto.

c) *Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid*

El Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998 tiene entre sus objetivos la potenciación de la atención sociosanitaria. No hay que olvidar que Madrid es pionera en el desarrollo de las comisiones sociosanitarias. De hecho, el modelo de coordinación responde básicamente al esquema de ordenación de servicios definido por el INSALUD y el IMSERSO.

Entre los objetivos del programa están el desarrollo de la cartera de servicios de salud de atención primaria para las personas mayores, así como la atención domiciliaria sanitaria, la creación de plazas sociosanitarias en Residencias para personas con graves dependencias o necesitadas de cuidados paliativos. También la generalización del modelo de EVCG en la red hospitalaria y un sistema de derivación eficaz.

El caso de Madrid es, sobre todo, un modelo de coordinación sociosanitaria en el que es más importante la continuidad entre servicios que la creación de una red específica de tipo sociosanitario. El problema en este caso es la debilidad del sistema de servicios sociales, claramente insuficiente, dado el elevado envejecimiento de la población de Madrid capital.

Una característica de todos planes mencionados, orientados sobre todo a un mayor protagonismo de los servicios sociales, es que no abordan el problema de la financiación o lo hacen de manera muy genérica —utilización de expresión «en función de los recursos disponibles»— y, además, siguen rigiéndose por el principio asistencial de la prueba de medios, que excluye a rentas medias del acceso a diferentes dispositivos.

No cabe duda, por otra parte, de que en la construcción y desarrollo del espacio sociosanitario se han dado pasos muy importantes en la «racionalización» de los servicios y, en concreto, en la «ordenación de los servicios», de manera particular en la definición de tipologías de servicios, que han generado una importante convergencia en su denominación, contenido, acreditación de centros y en menor medida en cuanto a evaluación. Ahora mismo puede hablarse de una importante convergencia a nivel del Estado en cuanto a los cuatro niveles de ASS y los servicios que los integran: servicios domiciliarios, centros diurnos o intermedios, centros residenciales y unidades de soporte al dependiente y al cuidador.

Sin embargo, este desarrollo, por otra parte desigual entre territorios, deja sin resolver el problema de la financiación del espacio sociosanitario, que sigue rigiéndose por el doble modelo de gratuidad sanitaria y copago social. Es obvio, por otra parte, que la definición de un modelo de financiación dependerá de que exista un marco protector de la dependencia que clarifique, junto a otros problemas, cómo se va a financiar la ASS. A ello nos referiremos posteriormente.

### B.3) Planes de Salud

Son aquellos planes que introducen la problemática de la CSS sin generar una red propia de recursos. Entre éstos podemos mencionar, a título ilustrativo, los de Canarias y Andalucía.

- a) *El Plan de Salud de Canarias* (D. 37/1997) dedica un epígrafe específico a la «Atención a las personas mayores» desde el punto de vista de la ASS de las situaciones de dependencia grave, cuya población se estima en el 8,6 por ciento de la población mayor de 65 años.

El Plan tiene como objetivo específico la elaboración de un Programa Integral Sociosanitario para la atención a las personas mayores. Además se plantea la mejora en la oferta de servicios: integración y coordinación de recursos sociales y sanitarios, acreditación de centros que provean cuidados continuados, adecuación del Plan Canario de Asuntos Sociales, valoración funcional de personas mayores de 75 años por Equipos de Atención Primaria y reconversión de Residencias de válidos en centros polivalentes.

Como en otros casos la financiación es mencionada de manera vaga y genérica: «el Gobierno de Canarias desarrollará los sistemas de financiación destinados a los Cuidados Continuados Institucionales acorde a criterios de equidad y realismo».

- b) *II Plan Andaluz de Salud*. En sus objetivos y estrategias señala tres referencias a la ASS: a) concluir un Plan de Atención al Mayor en diciembre de 1999, en su 2ª fase, junto con la Consejería de Asuntos Sociales, la 3ª fase en enero de 2000 y su implantación definitiva a lo largo del año 2000; b) facilitar el acceso de las personas

mayores a las Unidades Periféricas y Dispositivos de Apoyo de Rehabilitación; c) finalmente, antes del año 2003 se desarrollarán mecanismos de coordinación (protocolos) al alta hospitalaria entre los servicios hospitalarios, los de atención primaria, servicios sociales y otras instituciones implicadas.

### ***A modo de valoración***

La denominación de cada modelo sociosanitario como Red Sociosanitaria (Cataluña), Sistema de Coordinación (Madrid), Programa de Envejecimiento (Castilla-La Mancha) o como Espacio Sociosanitario (País Vasco) revela distintas formas de desarrollo de la atención sociosanitaria y diferentes tradiciones en cuanto al peso de los sectores implicados, servicios sociales y sanitario (citamos estos cuatro casos puesto que son territorios donde se ha elegido la muestra de casos para realizar el análisis económico). Todo ello, sin duda, matizará la interpretación del análisis de los casos en cuanto al coste final y la estructura de dicho coste así como las consecuencias asistenciales de cada modelo. Es decir, por una parte lo sociosanitario se ha abierto paso progresivamente. No existe CA que no tenga un plan, programa o norma que no haga referencia a la necesidad de proteger la dependencia mediante la ASS y a la consiguiente coordinación de recursos. Sin embargo, sigue habiendo un triple lastre en el desarrollo de lo sociosanitario: el contraste entre sanidad y servicios sociales en cuanto a los derechos que generan y los recursos de que disponen; también la desigualdad de recursos entre CCAA y, finalmente, los distintos ritmos y formas de incorporación de lo sociosanitario en las instituciones públicas de cada Comunidad. La tensión entre las fuerzas de convergencia y las fuerzas diferenciadoras en lo sociosanitario no se resolverá fácilmente y llevará tiempo. Cabe pensar razonablemente en que cada CA tendrá su propio modelo de ASS y que será posible, además de deseable, un marco común estatal que garantice el derecho universal a la atención sociosanitaria, la financiación del sistema, protocolos comunes de valoración de la dependencia y mecanismos de equidad territorial para garantizar un nivel de servicios suficiente y de calidad.

En todo caso esta diversidad, que sólo con unos ejemplos relevantes hemos querido demostrar, podrá ayudar a explicar la disparidad de los casos que se analizan en cuatro ciudades importantes de cuatro CCAA y la dificultad de comparar costes de casos que tienen lugar en contextos institucionales y culturales diferentes. La comparación no puede ser sino ilustrativa y tentativa.

## 2.4. Recursos públicos y privados en la protección de la dependencia y financiación de la atención sociosanitaria

### a) Recursos destinados a la dependencia

En España se dedican recursos públicos y privados a la protección de las situaciones de dependencia que, siendo modestos, constituyen un punto de partida importante. Los recursos públicos son las prestaciones monetarias y servicios que emplean las Administraciones públicas. En nuestro caso se han incluido los referentes a los servicios sociales. No están incluidas las de Sanidad, si bien cabe pensar que serán incorporadas en el futuro una vez que se defina la metodología que incluya de manera adecuada los costes que asume la Sanidad pública.

En cuanto al gasto privado se ha incluido el gasto residencial y no está incluido el servicio doméstico y gastos monetarios directos en productos o en rehabilitación de la vivienda, que son muy importantes en enfermedades como la de Alzheimer.

Finalmente se incluye el tiempo de cuidados informal que reciben las personas dependientes.

En la Tabla 2.9 se puede ver el conjunto del gasto social no sanitario de las Administraciones públicas y el gasto residencial privado para los años 1990 y 1995, junto al tiempo de cuidados de las familias y la población cuidadora.

### b) Un modelo de cobertura pública básica de servicios sociales: una hipótesis de trabajo

Teniendo en cuenta el supuesto de un modelo universal de protección de la dependencia de producción mixta y donde el seguro privado es complementario pasamos a plantear, a modo de hipótesis, lo que sería un seguro universal básico que cubriera mínimamente la necesidad de ASS en función de los diferentes tipos de dependencia. Los supuestos de tal modelo están desarrollados en el trabajo *La protección social de la dependencia* (1999). Aquí nos limitamos a señalar la cobertura actual, la cobertura necesaria en el futuro y la necesidad de financiación (ver Tabla 2.10).

Este supuesto servirá como modelo de comparación del que se realiza en el Capítulo V construido a partir del análisis de costes que se hace en el Capítulo III.

**TABLA 2.9. Gasto público y privado en CLD y tiempo de cuidado informal**

Gasto en CLD	1990	1995
1. Admons. Centrales	70.166	137.924
2. CCAA	16.945	38.587
3. Residencias P. Asistidas	17.767	37.778
<b>TOTAL</b>	<b>104.878</b>	<b>214.289</b>
%/GTAP	0,48	0,64
%/ PIB	0,21	0,31
Incremento		104,3
Prestaciones económicas	58.973	117.014
Servicios	45.906	97.275
1. Admons. públicas	104.878	214.289
2. Gasto residencial privado	37.642	73.010
<b>TOTAL</b>	<b>142.520</b>	<b>287.299</b>
%/ PIB	0,28	0,41
TIEMPO DE CUIDADOS EN 1993		
	Total dependientes	Graves/Severos
1. Horas semana	22,3	38,9
2. Horas año	1.160	2.023
% Reciben ayuda	89,2	83,9
	TOTAL	VARONES
Población cuidadora	<b>2.269.720</b>	<b>25,6</b>
		<b>74,4</b>

Fuente: *Protección Social de la Dependencia*, 1999. Encuesta APM, IMSERSO y PHOGUE 1ª

Existe una amplia dispersión de la intensidad protectora de la dependencia ya que depende de si hablamos de asistencia domiciliaria o residencial y, dentro de la primera, de su intensidad. En el mencionado estudio se optó por un modelo de protección de AD con un máximo de 10 horas semanales para dependientes graves y de seis horas en el caso de los dependientes moderados y con un coste hora de 1.200 pesetas, quizá, algo bajo, pero que nos serviría de manera indicativa para realizar una primera estimación. Es decir, prestaciones de 48.000 y 28.000 pesetas al mes, respectivamente. Para los casos de grave dependencia o depen-

dientes severos, que requieren atención residencial asistida, la cuantía se estableció en 70.000 pesetas mensuales, basándonos en la diferencia entre el coste de una Residencia de asistidos (180.000) y otra de válidos (110.000) para el año 1996.

En base a estas cuantías y suponiendo que el 50 por ciento de la población dependiente opta por los servicios, es decir, la cuantías completas antes mencionadas, y que el otro 50 por ciento opta por la prestación en dinero como compensación a los cuidados proporcionados en el domicilio (reduciéndose las cuantías a la mitad), el coste efectivo de la protección de la dependencia en esta hipótesis desarrollada en base al modelo alemán y con un nivel de intensidad medio sería el siguiente:

**TABLA 2.10. Coste de implantación de un seguro público de CLD por grados de dependencia**

	Gran depend.	Graves	Medios	Total
<b>65 y más años</b>				
Población	214.569	494.545	96.762	1.005.876
Protegidos	116.063	54.906	32.944	203.913
Población a proteger	98.506	439.639	263.818	801.963
Prestación (Ptas mes)	70.000/ 52.500	48.000/ 36.000	28.800/ 21.600	
Coste anual (Millones/ptas.)	62.059	189.924	68.381	320.364
<b>18-65 años</b>				
Población	160.767			
Protegidos	81.759			
Neto	79.008			
Prestación (Ptas. mes)	70.000/ 52.500			
Coste anual (M.)	49.775			

### **c) La financiación de la atención sociosanitaria**

La financiación actual de la ASS es compleja ya que mientras los servicios sanitarios son gratuitos los servicios sociales tienen que ser abonados por el usuario, excepto si no supera cierto baremo de ingresos. Según en que punto del continuo sociosanitario se encuentre una persona dependiente se verá obligado o no a abonar una parte del coste, produciéndose, sin duda, muchas situaciones injustas. Además, según se trate de unas u otras CCAA determinados servicios sociales serán gratuitos o se exigirá una aportación del usuario, lo que, sin duda, es un factor de desigualdad.

En este sentido se plantean varios problemas:

1. En primer lugar, los servicios sociales no garantizan la gratuidad de la atención social para toda la población con necesidades de dependencia. Las leyes de servicios sociales reconocen derechos sin soporte financiero real. En general los servicios sociales de base tales como información y orientación son gratuitos. Algunas leyes manifiestan que su objetivo es la gratuidad total de los servicios, como es el caso de las leyes de servicios sociales de Galicia, Murcia y Extremadura. Estas mismas CCAA y otras, como Cantabria y Valencia, establecen la gratuidad de los servicios de primer nivel. Los servicios especializados se financian no sólo con recursos públicos sino con las aportaciones de los usuarios, bajo el criterio de que no pueden superar el coste real del servicio. En todo caso el criterio determinante es la capacidad económica del usuario.

Un aspecto controvertido en la financiación de los servicios sociales, objeto de resistencia por las personas mayores y sus familias, es la inclusión del patrimonio del usuario o aportaciones de su familia como garantía o pago de un servicio. Así lo disponen las leyes de servicios sociales de Castilla-La Mancha y Galicia. Sobre aportaciones de la familia encontramos referencias explícitas en las leyes de servicios sociales de Cataluña, Aragón, País Vasco y Baleares, dando lugar a controversias no cerradas. La ley catalana 10/1996 sobre obligación de alimentos entre parientes, integrada en el Código de Familia de la Ley 9/1998, ha abierto una polémica sobre la responsabilidad individual y familiar en situaciones de necesidad.

En definitiva, en lo referente a los servicios sociales la situación es que no existe garantía de gratuidad de los servicios que se relacionan directa-

mente con la dependencia, que se reserva a los que tienen ingresos muy bajos, y por otra parte se está abriendo paso la idea y la práctica de la garantía patrimonial del usuario y la responsabilidad familiar en el coste de la dependencia.

2. La superación de esta situación puede venir por varias vías: en primer lugar, por un cambio en las leyes de servicios sociales, de forma que se reconozcan como *derechos subjetivos los relacionados con la protección de la dependencia*, que tendrían garantía real y se financiarían con impuestos. En segundo lugar, en dicha cobertura han de descontarse los gastos relacionados con el alojamiento y la alimentación, que el dependiente financiará con sus propios ingresos. En determinados casos pueden preverse aportaciones puntuales por servicios no relacionados directamente con la ASS. Finalmente, los servicios sociales y el sistema sanitario tendrán que llegar a acuerdos de financiación servicio por servicio, comunitario y residencial, en porcentajes determinados por el peso real que cada servicio tiene en una intervención determinada. Los acuerdos socio-sanitarios de financiación de las Diputaciones vascas son un referente importante.
3. Finalmente, a nivel de las Administraciones Centrales el reconocimiento del derecho a la protección de la dependencia podría enmarcarse en el ámbito de la Seguridad Social, como una nueva extensión protectora, garantizando una parte sustancial de la financiación, o bajo otra fórmula de financiación de ciertas prestaciones sociosanitarias relacionadas con la dependencia. La planificación y gestión de la ASS sería competencia de las CCAA junto con los Ayuntamientos que, además, gestionarían directamente una serie de servicios de referencia. Las entidades sociales y empresas acreditadas colaborarían en la gestión de servicios y los seguros privados tendrían un rol complementario para todos aquellos que deseen unos niveles de servicio superiores a los que ofrece el sector público que, por razones presupuestarias, no pueden ser ilimitados.

## 3. LOS GASTOS ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

### 3.1. Introducción

La dependencia es el mayor efecto desfavorable asociado al envejecimiento; así, las personas mayores con dificultades en la movilidad tienen un alto riesgo de convertirse en dependientes. La discapacidad está asociada a dependencia, ya que la persona discapacitada será dependiente de otra cuando no pueda valerse por sí misma para todas o para algunas de las actividades de la vida diaria a causa de dicha dependencia.

El término dependencia se refiere, en el contexto de la política social, a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de la vida cotidiana. El Consejo de Europa (1998) ha propuesto la siguiente definición: «son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria». En los países donde se han desarrollado sistemas específicos de protección a la dependencia suelen operativizar la «ayuda importante» como «ayuda de otra persona».

El gasto sanitario y social asociado al envejecimiento está condicionado a variables como el número de personas mayores (aumento de la esperanza de vida), el número de personas que sufren discapacidades, la expectativa de años de vida con procesos invalidantes, el tipo de recursos sanitarios y sociales utilizados por dichas personas, así como la frecuencia e intensidad en el consumo de dichos recursos.

Las variables explicativas del gasto irán variando a medida que cambie el entorno y se produzcan alteraciones que incidan en cualquiera de ellas, como, por ejemplo, que la expectativa del número de años con dependencia disminuya; pero

para conocer cuál puede ser la repercusión en el gasto del fenómeno del envejecimiento es necesario conocer cuál es el estado actual del gasto sanitario y social que acompañan a los procesos invalidantes.

La dependencia genera gastos en el sistema sanitario, pero también en el sistema social (ayuda de una tercera persona); por tanto, *el análisis del gasto debe ser omnicomprendivo, incluyendo el consumo de servicios sanitarios y sociales, así como el consumo de otros productos* (farmacia, ayudas técnicas y otros). *El objetivo de este trabajo es mostrar una aproximación a los costes sanitarios y sociales que generan las personas mayores dependientes, a partir del momento en que surge la dependencia, y la discriminación del coste según niveles de dependencia.*

Conocer el consumo de recursos asociados a la dependencia, así como el gasto que éste genera, es un aspecto importante en la planificación de la atención sanitaria y social, especialmente cuando en España tenemos actualmente un porcentaje de mayores dependientes que supone el 19,3% del colectivo de mayores, y si no hay cambios en el entorno (reducción del número de años de dependencia, disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas), la cifra del gasto se incrementará de acuerdo con la evolución demográfica.

*El objetivo de este capítulo es estimar el gasto sanitario y social que, como promedio, genera una persona mayor con dependencia. Asimismo se obtiene el gasto sanitario y social del colectivo estudiado en la fase de «no dependencia» con el fin de poderlo comparar con el gasto en la fase de la «dependencia».*

Una de las principales conclusiones de este capítulo es que *el gasto sanitario y social está estrechamente ligado al nivel de dependencia, aumentando a medida que aumenta la dependencia, siendo uno de los principales factores explicativos del gasto el consumo de servicios en centros de internamiento.* Otra de las conclusiones es que *el 90% aproximadamente del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se concentra en los últimos siete u ocho años de vida de la persona que sufre algún proceso de dependencia.*

### **a) Metodología del estudio**

Este estudio se basa en un estudio longitudinal sobre el consumo de recursos sanitarios y sociales causados por las personas mayores dependientes. Los datos se recogen desde los 65 años hasta el momento de la realización del estudio.

Los datos proceden de 177 historias clínicas de usuarios que manifestaban algún nivel de dependencia en el momento de recogida de la información. Los 177 casos han supuesto tratar 3.441 fichas, ya que cada «año de vida» de cada uno de los individuos se han considerado como una «ficha». Las historias clínicas escogidas recogen la historia de los últimos veinte años de vida de los casos, como promedio, ya que empiezan haciendo el recorrido de los individuos desde los 65 años hasta el momento de la recogida de los datos. Así, la Tabla 3.1 recoge el número de años de vida examinados, el promedio de usuarios que incluye cada tramo de edad y el promedio de años de vida de cada tramo y del total.

La muestra se ha compuesto de un 30% de varones y un 70% de mujeres; dicha distribución se ha mantenido en las fichas seleccionadas de cada uno de los centros que han intervenido en el estudio. No obstante, los resultados no se han discriminado por razón de sexo debido a la no distribución homogénea en cada uno de los grupos.

La selección de los casos se ha realizado en función de elegir usuarios en seis centros situados en localidades ubicadas en cuatro Comunidades Autónomas. Los centros escogidos tenían el común denominador de atender a personas dependientes, si bien en unos casos eran centros cerrados, otros eran centros abiertos y, en otro caso, fue una área básica de salud.

Se hizo un diseño de ficha para volcar los datos de las historias clínicas, recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, el número de días (al año) de consumo de los servicios sanitarios y sociales, nivel de dependencia física y psíquica, patología principal y patología crónica y ayudas técnicas. Además, se recogió el dato del gasto en productos farmacéuticos de forma indirecta.

**TABLA 3.1 Años de vida**

	Años de vida (total)	Individuos (promedio)	Años de vida (promedio)
De 65 a 74 años	1.725	172,5	9,75
De 75 a 84 años	1.264	126,4	8,05
De 85 a 99 años	452	32,28	5,58
<b>TOTAL</b>	<b>3.441</b>	<b>101,2</b>	<b>19,44</b>

Se realizaron estimaciones cuando se desconocía o no era posible conocer el dato exacto, como es el caso del número de visitas al médico de familia. Esto es así porque generalmente se dispone de datos de los últimos años de la persona, pero no de la evolución de los diez o quince primeros años de vida (a partir de los 65).

En cuanto al gasto en farmacia no se pudo recoger el consumo para cada uno de los individuos ya que en las fichas clínicas no hay constancia de las medicinas tomadas en cada momento, al menos hasta que ingresa en un centro cerrado. Es por ello que se han utilizado las estadísticas del INSALUD en las que se recoge el dato del gasto de los pensionistas en productos farmacéuticos. Aunque el concepto de pensionista es más amplio que el de persona mayor, se tomó el dato del «gasto pensionista» como aproximación al gasto en productos farmacéuticos de una persona mayor.

*Los diferentes servicios sanitarios y sociales se clasificaron en servicios sanitarios: hospital de agudos, unidad de media estancia o centro de convalecencia, unidad de larga estancia o centro sociosanitario, hospital de día y atención primaria, la cual incluye la atención sanitaria domiciliaria. En cuanto a servicios sociales, se contemplaron los de Residencias sociales —públicas y privadas—, residencias psicogeríatras, centros de día y psicogeríatras, ayuda domiciliaria pública y servicio doméstico destinado a cuidar ancianos.*

Los datos de las ayudas técnicas se obtuvieron a partir de los registrados en las fichas y se completó con los datos facilitados por los usuarios, familiares o cuidadores; no obstante, este dato adolece de grandes limitaciones ya que generalmente no se recoge en la ficha clínica y es difícil reconstruir la historia.

La clasificación del nivel de dependencia se hizo en función de unos parámetros que fueron definidos por el equipo del estudio. Ello fue motivado porque, en primer lugar, no hay una clasificación universal del nivel de dependencia y, en segundo lugar, porque en las fichas clínicas no siempre aparece el nivel de dependencia o aparece cuantificado según criterios de valoración muy diferentes. Es por ello que se definieron los niveles de dependencia en función de la necesidad de ayuda de una tercera persona, en lugar de las limitaciones de la vida diaria, y se estimaron en el número total de años de vida de los individuos estudiados.

*Así, el nivel de dependencia física leve (1) es cuando necesita ayuda para facilitarle la autonomía en algunas actividades de la vida diaria, como ayuda puntual para subir escaleras, para cortar la carne, etc.; el nivel de dependencia grave (2)*

*es cuando necesita ayuda para suplir algunas actividades de la vida diaria, como asistencia al baño, ayuda de otra persona para subir escaleras, etc.; el nivel de dependencia física severo (3) es cuando necesita permanentemente ayuda de una tercera persona para suplir las actividades de la vida diaria. En el mismo sentido, el nivel 1 de dependencia psíquica es cuando empieza a tener algunos signos de demencia, como fallos de la memoria; el nivel 2 de dependencia psíquica es cuando los signos de demencia son más habituales como, por ejemplo, el empobrecimiento del lenguaje, desorientación ocasional, algunos problemas de comportamiento, etc., y, el nivel 3 de dependencia psíquica es cuando se manifiesta la pérdida de autonomía psíquica, como, por ejemplo, pérdida de la memoria, desorientación, problemas permanentes de comunicación, etc.*

Las *patologías* sufridas por los individuos, a partir de los 65 años se desglosaron entre *patologías principales* y *patologías crónicas*. Los datos recogían la posibilidad de hasta cuatro patologías principales como causantes de enfermedades a lo largo de un año y se identificaban hasta cinco posibles patologías crónicas que podía sufrir el individuo en un año, pudiéndose repetir éstas a lo largo de los años.

El tratamiento de los datos de las patologías ha dado lugar al cálculo de la frecuencia de éstas en los usuarios y, también, para realizar un análisis sobre casos concretos, en los que se correlaciona el consumo de recursos con la manifestación de una patología concreta.

En cuanto a los costes, teniendo en cuenta que se recogieron fichas de servicios y centros diferentes ubicados en distintas Comunidades Autónomas, se procedió a pedir el coste del servicio unitario a cada uno de los diferentes centros y se calculó el coste medio ponderado en función del número de individuos consumidores de cada servicio.

## **b) El contexto económico y social de los individuos**

En este apartado se describe el contexto económico y social de los individuos a los que se recogió su historial relacionado con el consumo de recursos sociales y sanitarios a partir de los 65 años.

La situación económica de los individuos de la muestra refleja que el 80% de los sujetos declaran poseer recursos económicos entre 35.000 y 140.000 pesetas al mes (entre 210,35 y 841,41 euros), concentrándose la mayor proporción (51%)

en el tramo comprendido entre 35.000 y 70.000 pesetas al mes (entre 210,35 y 420,70 euros), seguido del tramo de entre 70.000 y 140.000 ptas./mes (entre 420,70 y 841,41 euros) (30%). (Ver Tablas 3.2. y 3.2. bis.)

Esta situación se corresponde con la distribución normal de las pensiones en nuestro país según el *Boletín de Estadísticas Laborales* (1999), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el que cifra el importe de la pensión media de todos los regímenes de la Seguridad Social alrededor de las 75.000 ptas./mes (450,75 euros). No se han detectado cambios significativos de situación económica a lo largo de los años de vida recogidos de los individuos.

**TABLA 3.2. Situación económica (en pesetas)**

Hasta 35.000 ptas./mes	5%
De 35.000 a 70.000 ptas./mes	51%
De 70.000 a 140.000 ptas./mes	30%
De 140.000 a 200.000 ptas./mes	12%
Más de 200.000 ptas./mes	2%

**TABLA 3.2. bis. Situación económica (en euros)**

Hasta 210,35 euros/mes	5%
De 210,35 a 420,70 euros/mes	51%
De 420,70 a 841,41 euros/mes	30%
De 841,41 a 1.202,02 euros/mes	12%
Más de 1.202,02 euros/mes	2%

**TABLA 3.3. Situación social**

Vive con familiar en el domicilio	70%
Recibe soporte de algún familiar de fuera del domicilio	23%
Soporte vecinal	4%
Voluntariado	2%
Otros	1%

En relación con la situación familiar de los individuos de la muestra, se refleja la distribución porcentual en el momento en que los individuos empezaban a utilizar algún servicio institucionalizado, incluyendo la atención sanitaria domiciliaria; no obstante, este dato no siempre estaba recogido en las fichas o no siempre era fiable, con lo cual ha sido un dato irrelevante para los objetivos del estudio.

Tal como refleja la Tabla 3.3, la mayor parte de los individuos poseían soporte familiar; de ellos, el 70% vivían con algún otro miembro de la familia (esposo/a, hijo/a, hermano/a, etc.) y el 23% con algún tipo de soporte familiar, pero de algún miembro que vivía en otro domicilio. El resto se reparte entre un 4% de soporte vecinal, un 2% del voluntariado y un 1% de otras situaciones.

## **3.2. La dependencia y las patologías en las personas mayores**

La literatura aporta diversos estudios que muestran una relación causal entre ciertas patologías y el proceso desencadenante de la invalidez o el agravamiento de ésta, en el caso de que ya existiese una discapacidad previa. El comienzo de la discapacidad física es, a menudo, un proceso dinámico progresivo derivado de la aparición de patologías asociadas al envejecimiento o el resultado de enfermedades crónicas. Trece enfermedades han sido asociadas consistentemente con la discapacidad física; entre ellas, la artritis, la fractura de cadera, las disfunciones cognitivas y las enfermedades del corazón son patologías altamente prevalentes con la edad. Otras enfermedades, como el cáncer, son conocidas como causa de discapacidad, pero la asociación con la dependencia es menor que en las enfermedades citadas (Frienda & Guralnick, 1997).

Las enfermedades crónicas son una de las causas de la dependencia o invalidez en los individuos. En las personas mayores, además, se da una mayor probabilidad de que quienes padecen enfermedades crónicas sufran discapacidades y, al revés, aquellas personas que padecen discapacidades tienen más propensión a sufrir enfermedades crónicas. En este sentido, Guccione (1994) menciona que una de las mayores causas de la incapacidad física son las enfermedades crónicas, tales como la artritis y las enfermedades cardíacas crónicas. En el mismo sentido, señala que son causas de discapacidad física las enfermedades crónicas ligadas al envejecimiento, como la hipertensión, la osteoporosis, diabetes, demencias, etc.

Por otro lado, hay ciertas enfermedades que motivan la hospitalización, lo cual en personas de edad avanzada será una de las causas de discapacidad. Los diagnósticos más frecuentes que motivan la hospitalización son los accidentes vasculares cerebrales, la insuficiencia cardíaca, las enfermedades pulmonares crónicas y agudas, las fracturas de cadera y las enfermedades neoplásicas. Durante la propia hospitalización, tanto la enfermedad que genera el ingreso como la propia hospitalización puede presentar complicaciones. De entre todas las complicaciones, el deterioro funcional provoca una repercusión especial en la vida posterior de la persona, ya que suele requerir un incremento de su necesidad de cuidados.

En consonancia con los datos de la bibliografía apuntada, los resultados de este estudio apuntan que las principales patologías sufridas por las personas mayores dependientes analizadas (aunque no se ha comprobado si existe una relación

**TABLA 3.4. Frecuencia de las patologías**

	Patología principal (%)	Patología crónica (%)
Aparato circulatorio	21	35
Trastornos mentales	19	15
Aparato locomotor	16	16
Endocrinas y nutricionales	4	15
Aparato respiratorio	7	9
Otras patologías	33	10

directa entre patología y dependencia) son, en relación con la patología principal, *enfermedades del aparato circulatorio (21%), trastornos mentales (19%) y enfermedades del aparato locomotor (16%)*. Asimismo, en cuanto a las patologías crónicas, la primera causa coincide con la de la patología principal, siendo las enfermedades del aparato circulatorio (35%); en segundo lugar, las enfermedades de aparato locomotor (16%), y en tercer lugar están los trastornos mentales junto con las enfermedades endocrinas (15% para cada grupo). Ver Tabla 3.4.

De acuerdo con la referencia de que los accidentes cerebrovasculares son una de las principales causas de la dependencia física de los individuos, en este estudio se obtienen resultados análogos a la conclusión anterior, ya que muestra que *la relación entre patología cerebrovascular y dependencia física es bastante manifiesta; en el 75% de los casos estudiados aparece dependencia física a partir del momento de sufrir la patología cerebrovascular (C.V.) o inmediatamente después*. Sólo el 25% restante ya padecía algún tipo de dependencia cuando se le declara esta enfermedad, pero incluso en estos casos se manifiesta un empeoramiento de la dependencia.

*La edad es también una de las causas de la dependencia psíquica, la cual es generada, mayoritariamente, por la enfermedad de Alzheimer y todo tipo de demencias seniles*. Elane M. Guterman (1999) y otros señalan que la prevalencia de la demencia senil es de un 5% en los individuos de más de 65 años y asciende al 45% en los individuos mayores de 80 años. Asimismo, en este estudio se observa una prevalencia de las patologías de demencia senil del orden de casi el 40% del total de los casos estudiados, siendo la edad más frecuente entre los 75 y los 85 años, con una incidencia del 62% del total de casos, mientras que en el tramo de edad entre «65 y 74 años» la incidencia es sólo del 38%.

### **Número de años de dependencia**

Las personas dependientes necesitan de cuidados sanitarios que, en unos momentos, pueden ser cuidados puntuales y, en otros momentos, serán cuidados continuados. El estado de salud de la persona determinará la intensidad, la frecuencia, así como la tipología de los servicios.

La manifestación de un proceso agudo de una enfermedad requerirá la prestación de un servicio sanitario «puntual», ya que una vez recuperado no necesitará de este servicio; pero una persona con una enfermedad crónica nece-

sitará de cuidados sanitarios «continuados» que, según el contexto de la dependencia y del entorno familiar, serán suministrados por una institución de cuidados «puntuales» (atención primaria, hospital de día, etc.) o por una organización que preste el servicio sanitario y social de forma integrada (centro sociosanitario, hospital geriátrico, etc.), en el que recibirá cuidados sanitarios y sociales a la vez.

Desde el aspecto de soporte personal (servicios sociales) la aparición de las discapacidades, ya sean físicas o psíquicas, genera la necesidad de ayuda de «una tercera persona», cuya intensidad y frecuencia en el consumo dependerá del grado de discapacidad de la persona. La dependencia para las AVD (actividades de la vida diaria) conlleva una carga de *cuidados prolongados*, que en España ha venido ocupándose de forma tradicional la «familia» y, especialmente, la mujer (esposa, hija, hermana, etc.). La gran importancia de los cuidadores familiares se ha puesto de manifiesto en algunos estudios (Rodríguez, P. 1995), en los que el 83% del total cuidadores son mujeres, y de éstas declaran que no reciben ayuda de nadie para la realización de ese trabajo el 61,5%.

Fenómenos sociales como el incremento de la incorporación de la mujer al trabajo y el aumento del número de familias que viven solas o alejadas de los hijos han puesto en evidencia la necesidad de «servicios que suplan» al trabajo realizado por los cuidadores familiares; así, los «cuidados personales» realizados, tradicionalmente por las familias están siendo desarrollados —total o parcialmente— por *servicios especializados, como los de Ayuda a Domicilio, Centros de Día, Residencias, etc.*

Así pues, como resultado de la menor dedicación de la familia y, el aumento de años de dependencia se incrementa la intensidad de los consumos «externos» de los recursos sanitarios y sociales realizados por las personas mayores con dependencias.

**TABLA 3.5. Promedio años de dependencia**

Promedio años de vida	19,44%
Promedio años de dependencia	7,53%
% Años de dependencia /Años de vida	38,77%

Pero los mayores, en el transcurso de la etapa de los 65 años en adelante, no siempre consumen servicios sanitarios y sociales o, ciertamente, no lo hacen en la misma intensidad que cuando están en la fase de dependencia. Una de las conclusiones del estudio es que *casi el 90% del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se concentra en los últimos siete u ocho años de vida de la persona*, periodo que coincide con el de la aparición de la dependencia, tal como puede verse en la Tabla 3.5.

Así, el número de años que como media los mayores son dependientes es entre siete y ocho años (7,53), lo cual supone el 39% (38,77) del número de años de vida a partir de los 65 años de edad; ello implica que *casi el 20% del colectivo de mayores* (personas dependientes) *viven más de un tercio de vida en estado de dependencia física o psíquica*.

### 3.3. El gasto de las personas mayores dependientes

El gasto de los recursos sanitarios y sociales se considera integrando los servicios sanitarios y sociales consumidos por los individuos durante la etapa de la «no dependencia» o de la «dependencia».

Los recursos que utilizan las personas se componen de los servicios sanitarios (hospitales, atención primaria, etc), de los servicios sociales (Residencias, Centros de Día, Ayuda a Domicilio, etc.), además de otros recursos, como son los productos farmacéuticos y las ayudas técnicas, entre otros. Siguiendo este argumento, este estudio calcula el gasto global integrando, además del gasto en servicios, el gasto en productos farmacéuticos y el de las ayudas técnicas.

La perspectiva de la estructura del gasto no es paralela a la del consumo ya que interviene el factor de coste de los servicios; así resulta que el gasto en un servicio puede ser menor que el de otro servicio, aunque el consumo del primero sea mayor; ello es debido al menor precio del mismo.

Otro factor que podía enriquecer una comparación homogénea de los gastos es el hecho de que cada centro tiene sus propios costes, y ello conlleva a que dos centros que prestan una misma cantidad de servicios pueden reflejar gastos diferentes. En este estudio se ha procedido a obtener, basándose en los *datos de 1998*, un coste medio ponderado para cada uno de los

servicios, utilizándose este dato para calcular el gasto medio para los diferentes servicios<sup>(1)</sup>.

*En un primer nivel se diferenciará el gasto en servicios sanitarios y sociales, y en un segundo nivel añadiremos el gasto de los productos farmacéuticos y el de ayudas técnicas.* En los apartados anteriores sobre el consumo de servicios no se ha hecho mención a los productos farmacéuticos y ayudas técnicas ya que estos datos se han obtenido mediante fuentes indirectas y además el concepto de unidades consumidas no es el mismo que en el consumo de servicios, con lo que no era posible convertirlas en unidades equivalentes y poderlas sumar.

### a) El gasto en los servicios sanitarios y sociales

El gasto depende de la situación física y psíquica en que se encuentren los individuos. Una primera diferenciación será la del gasto en la fase de dependencia y el de la fase de «no dependencia».

El gasto medio anual de una persona mayor dependiente en el consumo de servicios sanitarios y sociales es de 1.499.924 pesetas (9.014,72 euros) en la fase de «dependencia» y 149.806 pesetas (900,35 euros) en la fase de «no dependencia». (Ver Tablas 3.6 y 3.6 bis y Gráficos 1 y 1 bis.)

**TABLA 3.6. Gasto en servicios sanitarios y sociales en las fases de dependencia y no dependencia (en pesetas)**

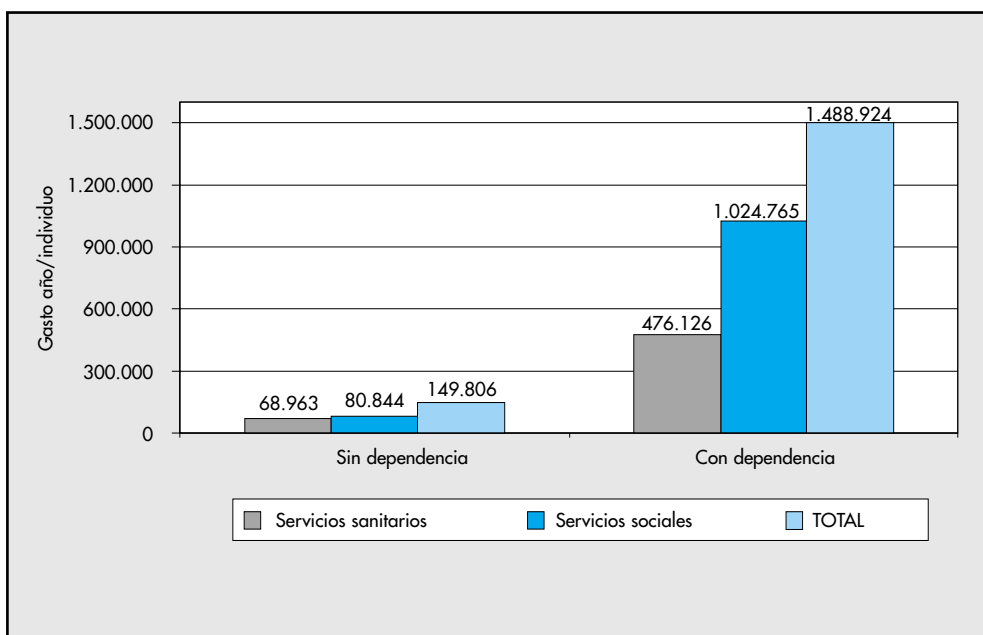
Gasto año/individuo	Sin dependencia	Con dependencia
Servicios sanitarios	68.963	475.126
Servicios sociales	80.844	1.024.795
<b>TOTAL GASTO</b>	<b>149.806</b>	<b>1.499.924</b>

<sup>(1)</sup> Costes medios ponderados resultantes: hospital de agudos, 40.565 pts./día (243,80 euros); unidad de convalecencia, 13.695 pts./día (82,30 euros); centro sociosanitario, 7.765 pts./día (46,66 euros); hospital geriátrico, 26.344 pts./día (158,33 euros); hospital de día, 19.984 pts./día (120,11 euros); atención sanitaria domiciliaria, 7.429 pts./visita (44,65 euros); consultas externas de atención primaria, 4.500 pts./visita (27,06 euros); Residencia asistida pública, 10.510 pts./día (63,16 euros); residencia privada, 5.080 pts./día (30,53 euros); Centro de día, 4.083 pts./día (24,54 euros); Centro de día psicogeriátrico, 13.717 pts./día (82,44 euros); atención domiciliaria pública, 1.795 pts./hora (10,79 euros), y servicio doméstico, 1.000 pts./hora (6,01 euros).

**TABLA 3.6. bis. Gasto en servicios sanitarios y sociales en las fases de dependencia y no dependencia (en euros)**

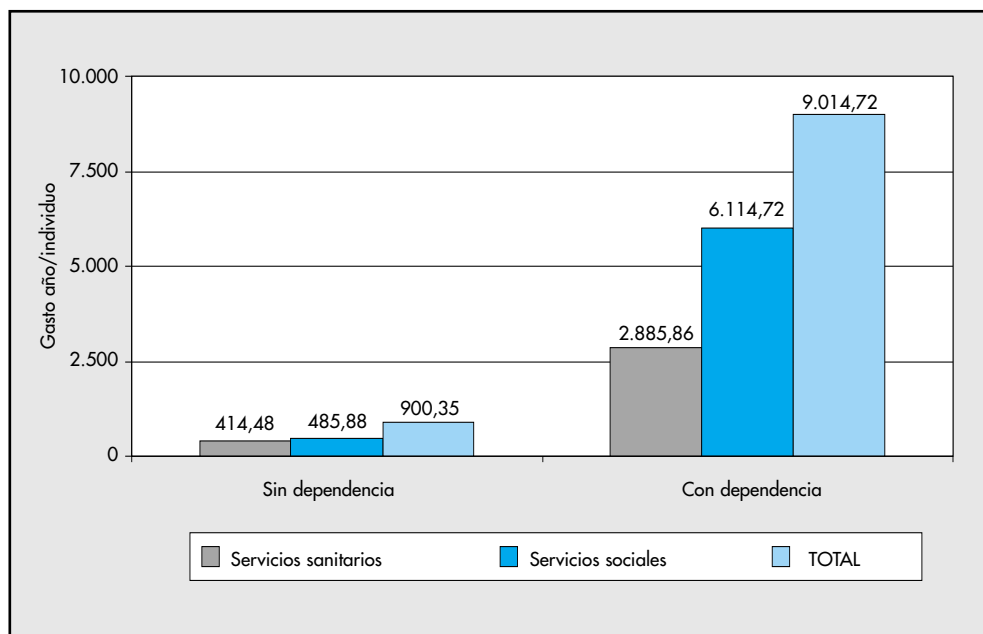
Gasto año/individuo	Sin dependencia	Con dependencia
Servicios sanitarios	414,48	2.855,56
Servicios sociales	485,88	6.159,14
<b>TOTAL GASTO</b>	<b>900,35</b>	<b>9.014,72</b>

**GRÁFICO 1. Gasto en servicios sanitarios y sociales en las fases de dependencia y no dependencia (en pesetas)**



Ello implica que el gasto medio en servicios sanitarios y sociales es 10 veces mayor en la fase de dependencia que en la fase de no dependencia. (Ver Tabla 3.7.)

**GRÁFICO 1. bis. Gasto en servicios sanitarios y sociales en las fases de dependencia y no dependencia (en euros)**



**TABLA 3.7. Multiplicador del gasto en servicios sanitarios y sociales: fases de dependencia y no dependencia**

Fase de dependencia	10	149.806 pesetas (900,35 euros)
Fase de no dependencia	1	1.499.924 pesetas (9.014,72 euros)

La estructura del gasto entre servicios sanitarios y sociales refleja el peso del gasto de cada uno de los subgrupos; así, en la *fase de dependencia*, el gasto se distribuye en un 68% para los servicios sociales y un 32% para los servicios sanitarios, pero la realidad es que el peso de los servicios sociales es mayor, situándose en un 74% respecto al 26% de los servicios sanitarios, tal como se estudia en el Capítulo IV; ello es así porque la media de los precios de los servicios sociales es inferior a la media de los precios de los servicios sanitarios y, por tanto, el mayor consumo de servicios sociales (74%) queda reducido al 68% en términos de gasto. (Ver Tabla 3.8.)

**TABLA 3.8. Peso del gasto entre servicios sanitarios y sociales en la fase de dependencia**

GASTO (%)	GASTO	
	Sin dependencia	Con dependencia
Servicios sanitarios	46	32
Servicios sociales	54	68

El desglose del gasto medio entre servicios sanitarios y sociales se muestra en la Tabla 3.12; así, el gasto sanitario en la fase de dependencia es de 475.126 pts. año/individuo (2.855,56 euros), mientras que en la fase de no dependencia es de 68.963 pts. (414,48 euros). En cuanto al gasto en servicios sociales, el gasto medio individuo en la fase de dependencia es de 1.024.795 pts./año (6.159,14 euros), mientras que en la fase de no dependencia es de 80.844 pts. (485,88 euros). El salto del gasto en servicios sanitario y del gasto en servicios sociales, entre la fase de no dependencia y la fase de dependencia, se muestra en las Tablas 3.9 y 3.9 bis.

**TABLA 3.9. Multiplicador del gasto entre la fase de dependencia y en la de no dependencia (en pesetas)**

	Servicios Sanitarios		Servicios sociales	
	Ptas./año	Multiplicador	Ptas./año	Multiplicador
Fase de dependencia	475.126	7	1.024.795	12,6
Fase de no dependencia	68.963	1	80.844	1

**TABLA 3.9. Multiplicador del gasto entre la fase de dependencia y en la de no dependencia (en euros)**

	Servicios Sanitarios		Servicios sociales	
	Euros/año	Multiplicador	Euros/año	Multiplicador
Fase de dependencia	2.855,56	7	6.159,14	12,6
Fase de no dependencia	414,48	1	485,88	1

Es significativo el incremento del gasto en servicios sociales, al pasar de la fase de no dependencia a la fase de dependencia, el cual se multiplica por casi 13 (12,6) veces, mientras que el gasto sanitario aumenta en siete veces. Ello es debido a un consumo mucho mayor de servicios sociales que de servicios sanitarios y, también, al hecho de que los servicios sociales que se consumen son mayoritariamente servicios de internamiento (ver *ranking* del gasto), la cual cosa significa servicios de 365 días al año, frente al consumo de servicios sanitarios que, aunque más caros, se consumen sólo unos cuantos días al año.

### b) El *ranking* del gasto en los servicios sanitarios y sociales

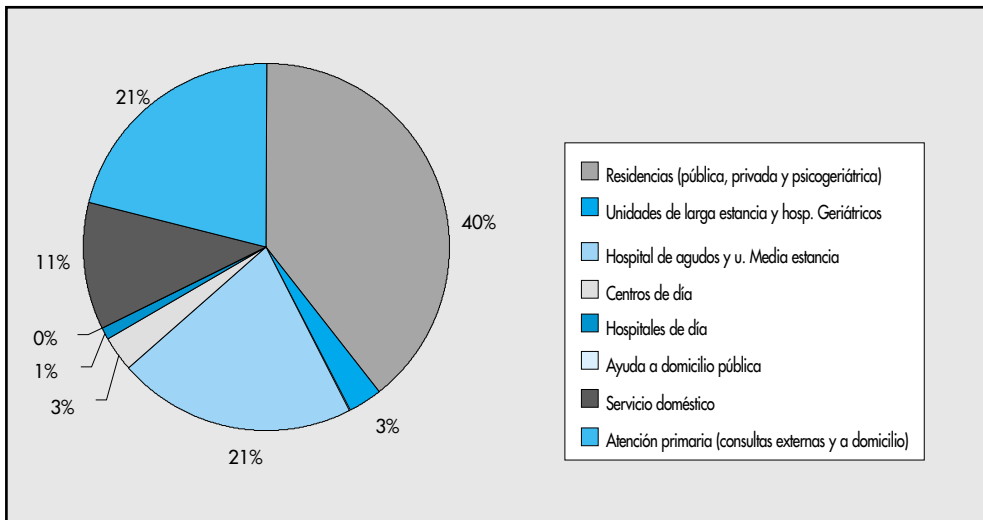
El *ranking* de los servicios sanitarios y sociales en cada una de las fases nos muestra como en la *fase de no dependencia* se gasta, aproximadamente, la mitad en servicios sanitarios y la mitad en servicios sociales. En *servicios sanitarios*, el gasto se concentra en: hospitales de agudos y unidades de media estancia (21% del total) y en atención primaria (21%). Por lo que respecta a *servicios sociales*, el gasto se localiza en servicios Residencias (40% del total) y servicio doméstico (11%), siendo muy poco significativo el consumo de otros servicios.

En la *fase de dependencia*, el gasto sanitario pierde peso, situándose al 32% a favor del gasto en servicios sociales, que alcanza el 68%. Los servicios sanitarios se concentran en: unidades de larga estancia (13% del total) y hospitales de agudos y unidades de media estancia (11% del total). En cuanto a los servicios sociales, el gasto se concentra en servicios residenciales (48% del total), adquieren un poco de protagonismo los centros de día (13% del total) y, en tercer lugar, se sitúa la ayuda domiciliaria pública y servicio doméstico, con un 8%. Ver Tabla 3.10 y Gráficos 2 y 2 bis.

**TABLA 3.10. *Ranking* del gasto de servicios sanitarios y sociales en la fase de dependencia y no dependencia (en %)**

	Sin dependencia	Con dependencia
Residencias (pública, privada, psicogeríátrica)	39	48
Unidades de larga estancia y hosp. Geriátricos	3	13
Hospital de agudos y u. media estancia	21	11
Centros de día	3	13
Hospitales de día	1	3
Ayuda a domicilio pública	0	4
Servicio doméstico	11	4
Atención primaria (consultas externas y a domicilio)	21	5

**GRÁFICO 2. Ranking del gasto de servicios sanitarios y sociales en la fase de no dependencia**



**GRÁFICO 2. bis. Ranking del gasto de servicios sanitarios y sociales en la fase de dependencia**

