

**EDITORIAL****HACIA UNA MAYOR ADECUACIÓN Y EQUIDAD DEL PROGRAMA DE AYUDAS A LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA****Rosa Gispert Magarolas**

Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut. Barcelona

La promulgación de la Ley 39/2006 y la consecuente puesta en marcha del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ha visualizado la irrupción en la arena política de una problemática largamente sentida en la esfera social: la necesidad de procurar ayuda pública a la creciente proporción de población en situación de dependencia<sup>1</sup>. Son conocidos los factores que se encuentran en el origen de este problema y su impacto en la sociedad actual. Por una parte los cambios en la estructura de la población resultantes de una menor mortalidad y natalidad (hasta hace muy pocos años), con un envejecimiento progresivo de la población. También los aportes muy importantes de colectivos pertenecientes a grupos de edades muy específicas como consecuencia de la inmigración, que han modificado los denominadores en el cálculo de algunos índices, como el del envejecimiento, moderando sus valores reales. En segundo lugar, la consolidación de un nuevo patrón de enfermedad (con una mayor supervivencia general y muy especialmente de las patologías más prevalentes y, por tanto, una mayor comorbilidad y discapacidad). En el terreno del entramado social, la carga que comporta el cuidado de

las personas dependientes no puede ser asumida por muchas familias debido a sus ocupaciones laborales, agravadas por la falta de compromiso en compartir este tipo de tareas de una alta proporción de hombres de todas las edades y por el envejecimiento de las generaciones femeninas que permanecieron fuera del mercado laboral, tradicionales cuidadoras del entorno familiar, factores que a la vez debilitan la red social, variable predictiva en el proceso de discapacidad<sup>2</sup>.

Los datos que reflejan la situación de contexto en España son elocuentes. Actualmente el 16,6% de la población española tiene más de 64 años, una proporción muy parecida a la media de los países de la comunidad europea (en la Europa de los 25 era del 17% en el 2006)<sup>3</sup>. Además, según las proyecciones a corto plazo, para el año 2018 se estima un crecimiento del 19% en los colectivos de población mayor de esa edad<sup>4</sup>. Se añadirá casi un millón y medio de personas a la población actual mayor de 64 años, resultando en un número aproximado de 8.960.000 habitantes, el 18,3% de la población total proyectada para ese año. Como consecuencia de esta situación, la razón de dependencia pasará del 47% actual al 53% (relación entre número de personas menores de 16 y mayor de 64 años en el numerador y los comprendidos entre 16 y 64 en el denominador). En lo que se refiere

---

Correspondencia:  
Rosa Gispert Magarolas  
C/Travessera de les Corts 131-159 08028 Barcelona  
rosa.gispert@gencat.cat

a la discapacidad o a la dependencia (su homóloga en el terreno social) los resultados provisionales de la encuesta del INE de 2008 muestran que el 8,5% de la población presenta alguna discapacidad y que en el 20% de los hogares españoles hay al menos una persona con discapacidad<sup>5</sup>. Análisis más detallados de la encuesta anterior muestran que el 17% de ellos tiene un alto grado de dependencia y el 3,8% dependencia total<sup>6</sup>. El número de personas mayores de 65 años con diferentes grados de necesidad de ayuda<sup>7</sup> se estima entre uno y dos millones y medio, cifra que podría ser mayor si esta situación de dependencia se refiriera a personas de todas las edades, puesto que la falta de autonomía no es consecuencia únicamente de la edad<sup>6</sup>. Aunque también hay que tener en cuenta que la variabilidad de las estimaciones es importante, dependiendo en gran manera de las discapacidades o grados de ayuda necesaria considerados y de las fuentes de información utilizadas<sup>7</sup>.

Según la Ley la *dependencia*, es la situación permanente en la que se encuentran las personas que precisan ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria. Es la condición opuesta a la de *autonomía personal*, entendida como la capacidad de afrontar por propia iniciativa decisiones relativas a la vida personal y desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (aseo personal, actividades domésticas básicas, desplazamiento esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender, etc.). La *discapacidad* (origen de la falta de autonomía) se refiere a la dificultad o imposibilidad de realizar determinadas actividades (por ejemplo subir escaleras u otras actividades de la vida diaria), como consecuencia de algunas *limitaciones funcionales* (en la marcha, la vista, etc.) que a su vez pueden estar causadas por enfermedad o accidente<sup>1</sup>. Estos conceptos aunque forman parte de una misma secuencia de situaciones, se refieren a fases distintas de un proceso que va desde la enfermedad

hasta la dependencia y aunque aparentemente no son difíciles de definir son muy complicados de medir de manera objetiva.

En el contexto clínico diferentes métodos diagnósticos permiten con relativa fiabilidad obtener un diagnóstico de las limitaciones funcionales. Sin embargo, las diferentes escalas de medida de la discapacidad (aún validadas y adaptadas culturalmente) que se usan en el ámbito de los estudios epidemiológicos y clínicos no están exentas de un primer factor de subjetividad, puesto que en parte dependen de la percepción de capacidad del propio individuo. Además, el tema se complica cuando hay que valorar las consecuencias que la limitación supone para cada persona en su vida diaria. La valoración del grado de dependencia, es decir de la necesidad de ayuda en función de las características individuales y -desde luego- del entorno, puede añadir más motivos de variabilidad. Esta variabilidad se suma al hecho de que cada sociedad adopta un concepto de dependencia y establece un baremo diferente para la distribución de las ayudas, en función no sólo de las discapacidades de las personas si no también de las características de su medio, en el cual influyen la percepción social y cultural de los roles de los individuos. Tal como muestran Albarrán et al. en uno de los artículos que se publican en este ejemplar de la Revista Española de Salud Pública<sup>8</sup>, el número de personas que se considerarán beneficiarias de ayudas a la dependencia depende en gran parte del baremo utilizado para su clasificación. A partir de una aproximación empírica con datos de la encuesta de 1999, comparan la aplicación de tres baremos europeos (español, alemán y francés) a la población española y muestran que la valoración que se está realizando en nuestro país es la más generosa. También ponen de relieve la dificultad de valorar bajo el mismo enfoque no sólo los grados de dependencia si no el concepto en sí mismo, puesto que resta un volumen nada despreciable de personas que quedarían

excluidos de la percepción de ayudas según cual sea el sistema empleado.

La provisión de cuidados sanitarios a las personas dependientes en España corre a cargo mayoritariamente de los servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, caracterizado por una baja provisión de camas hospitalarias por habitante en comparación al resto de países del entorno (338,9 versus 570,7 por cien mil habitantes en la Europa-15 en 2006)<sup>9</sup>. Lo mismo ocurre con los cuidados en residencias asistidas y en centros de larga estancia para pacientes crónicos, a juzgar por los datos sobre el gasto per cápita que sitúan España a la cola de los países europeos (162 euros por habitante, menos del 10% del gasto total en salud) y muy alejada de los países que se encuentran en posiciones intermedias, con un gasto entre 400 y 500 euros por habitante, como Alemania, Bélgica o Francia<sup>10</sup>. Así mismo, los servicios sociales de financiación pública están procurados fundamentalmente por los gobiernos autonómicos y municipales, a diferencia de otros países como los escandinavos, donde la prestación de ambos tipos de servicios, sanitarios y sociales, depende del gobierno local o municipal. Además, en España el gasto en cuidados a domicilio en relación al producto interior bruto se encuentra entre los niveles más bajos de los países de la OCDE (el 0,2% en 2004, frente al 2,75% de Suecia)<sup>11</sup>.

El bajo nivel de prestaciones sociales en cuanto a las alternativas residenciales y de financiación pública, así como la preferencias sociales hacia la alternativa domiciliaria, la capacidad relativa de pagar y la disponibilidad de mano de obra más barata, suplida por la emigración en los años más recientes, ha comportado en gran medida que la asistencia a las personas con dependencia se base fundamentalmente en los cuidados informales. Los datos son contundentes, tal como ilustra el artículo de Jesús Rogero incluido en este número de la

revista<sup>12</sup>, puesto que el 89,4% de las personas que necesitan ayuda reciben cuidado informal, siendo ésta la única fuente de apoyo para el 77,5% de ellas. El estudio detecta además que un mayor porcentaje de mujeres no recibe cuidado pese a necesitarlo, que los hombres reciben más cuidado informal como única fuente de apoyo y que las mujeres reciben más cuidado formal. Muy probablemente en este desequilibrio influye el papel del cónyuge, sobre todo si es mujer, y la residencia en hogares con más de un individuo, que pueden ser causa, pero también consecuencia, de percibir este tipo de atención, al verse obligadas las familias a acoger las personas faltas de autonomía.

La implementación de las medidas previstas en la ley, que ha generado muchas expectativas, no está exenta de complejidad, más si se tiene en cuenta el contexto económico actual, en el que habrá que moverse en el futuro inmediato. Los datos actualizados relativos a su aplicación ponen de manifiesto una enorme variabilidad entre comunidades autónomas, tanto en lo que se refiere a las solicitudes como a los dictámenes y beneficiarios con derecho a prestación. Por ejemplo, los datos acumulados a 1 de abril de 2009<sup>13</sup> muestran que el 30% de las solicitudes proceden de Andalucía, comunidad que representa algo menos del 18% de la población española, mientras que sólo el 4,5% procede de la comunidad de Madrid en la que vive el 13,6% de los habitantes del país. Dicho en otros términos el 23,1% y el 4,5% de las personas mayores de 65 años de esas comunidades, respectivamente, solicitaron la prestación. También llama la atención que las proporciones de solicitudes resultantes con derecho a prestación sean tan distintas, sobre todo en aquellas comunidades con una gran mayoría de las valoraciones realizadas. Así, el 100% de las solicitudes de la región de Murcia se resolvieron con derecho a prestación, en cambio en Cantabria solo lo fueron en el 75,1%, aunque el porcentaje de solicitudes

por habitante mayor de 65 años es parecida en ambas comunidades (12, 2% y 14% respectivamente). Estas grandes diferencias sugieren que, como mínimo, la difusión de la información sobre las prestaciones y los trámites para su gestión distan de ser homogéneos y que probablemente tampoco lo sean los criterios de valoración, a pesar de la existencia de un único baremo

La implementación del sistema de ayudas a la dependencia se enfrenta a numerosos retos para poder garantizar la adecuación y la equidad (individual y territorial) en la distribución de estas prestaciones. En el ámbito de la economía, en primer lugar la disponibilidad económica pero también el desarrollo de estudios de evaluación que permitan dilucidar cuales son las intervenciones de los servicios sociales más costo efectivas, así como el establecimiento de criterios objetivos y evaluables, tanto de la medida de la necesidad para establecer las cantidades a percibir y los criterios de reparto, como para la evaluación de los resultados de la intervención<sup>14</sup>. Más cuando una de las medidas que propone la ley con carácter excepcional (“la posibilidad de recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, como pueden ser los familiares de la persona dependiente”) resulta ser en la realidad el medio más utilizado y asequible en España<sup>12</sup>. Además, y probablemente en primer lugar, sería necesario desarrollar una metodología clínico epidemiológica más precisa para la medición de la discapacidad y la dependencia y armonizar su aplicación, de manera que permita establecer la clasificación de los individuos de manera más homogénea y fiable.

Para ello, una primera oportunidad a corto plazo la ofrecen los datos de la nueva encuesta de discapacidad del INE<sup>5</sup> que, entre otras cosas, podría servir para tratar de explicar las diferencias territoriales en la necesidad de ayuda por métodos científicos y poder comparar con los datos que se reco-

gen a partir del sistema estadístico de las ayudas a la dependencia<sup>13</sup>.

A medio plazo, una mejora en la atención a la dependencia debería pasar por una mayor integración entre la prestación de los servicios sanitarios y los sociales. Además de más coordinación, esta medida bien aplicada podría redundar en la posible reducción de recursos necesarios, en la racionalización de los tratamientos rehabilitadores, en una disminución de las estancias hospitalarias y una mayor sensación de seguridad para las personas dependientes y sus familias. La experiencia no es nueva en Europa, donde además de algunos países escandinavos la está aplicando de forma piloto Reino Unido con resultados prometedores<sup>15</sup>. En España, algunos equipos de atención primaria disponen de programas domiciliarios que hacen seguimientos proactivos de pacientes con patología múltiple, mediante la figura de la enfermera de enlace (que sirve de puente entre los servicios de atención primaria y el hospital), además de integrar en los equipos sanitarios personal de los servicios sociales<sup>11</sup>. En este contexto la valoración de las necesidades de las personas se podría realizar de manera más fiable por profesionales sanitarios, que conocen por sí mismos las limitaciones de las personas, junto con los profesionales que están al tanto de su entorno social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm 229 de 15/12/2006. Disponible en: <http://www.imsersodependencia.csic.es/>
2. Escobar MA, Puga D, Martín M. Asociaciones entre red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2008; 82: 637-651.
3. Comisión Europea. Población mayor de 65 años en diferentes países. Base de datos Eurostat. Bruselas:

- Comisión Europea. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>
4. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población de España a corto plazo, 2008-2018. Madrid: INE; Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np538.pdf>
  5. Instituto Nacional de Estadística. 7 de Abril. Día mundial de la salud. Un chequeo a los Españoles. Cifras INE.2009; 2: 9. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0209.pdf>
  6. Gispert Magarolas R, Clot-Razquin G, Rivero Fernández A, Freitas Ramírez A, Ruíz-Ramos M, Ruíz Luque C, Busquets Bou E, M<sup>a</sup> Argimón Pallàs J. El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999. Rev Esp Salud Pública 2008; 82 (6): 653-665.
  7. Palacios Ramos E, Abellán García A, Esparza Catalán C. Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España. Informes Portal Mayores núm 56. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
  8. Albarrán Lozano I, Alonso González P y Bolancé Losillas C. Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 379-392.
  9. European Commission. Hospital beds (HP.1) - Absolute numbers and rate per 100,000 inhabitants (hlth\_rs\_bds) Eurostat. Statistics Database. Brussels: European Commission; Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database)
  10. European Commission Nursing Indicators of the health and long term care strand. Eurostat Statistics database. Brussels: European Commission; Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment\\_and\\_social\\_policy\\_indicators/omc\\_social\\_inclusion\\_and\\_social\\_protection/health\\_long\\_term\\_care\\_strand](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_and_social_policy_indicators/omc_social_inclusion_and_social_protection/health_long_term_care_strand)
  11. Tarricone R, Tsouros AD (Eds). Home care in Europe. Denmark: WHO Europe; 2008. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/E91884.pdf>
  12. Rogero García J. La distribución del cuidado formal e informal a personas dependientes de 65 años y más. España, 2003. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 393-406.
  13. SAAD-IMSERSO. Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 de abril de 2009. Madrid: SAAD-IMSERSO Servicio de Estadísticas de la Sudirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/saad/estsisaad20090401.pdf>
  14. Casado Marín D. El nuevo sistema de atención a la dependencia: una agenda de investigación. Economía y salud. Boletín informativo de la Asociación de economía de la Salud. 2009;64:1-3. Disponible en: <http://www.aes.es>
  15. Mooney H. Pilot sites in England to test the impact of integrating health and social care. BMJ. 2009;338:b1416.

